

Silje Thorkildson

**Etableringen av korttidssykehjem i Oslo:
en analyse av årsaker og vurderinger
som ligger til grunn for valget av denne
organisasjonsformen.**

UNNTATT OFFENTLIGHET

**Masteroppgave i styring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag
Oslo 2014**

Forord

Med god støtte gjennom hele studietiden fra min arbeidsgiver Sykehjemsetaten var det naturlig å velge et tema etter ikke bare egne, men også deres ønsker. Etter samtale med både områdedirektør, og min tidligere leder falt valget om problemstilling relativt fort ned på det siste fattede vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem i Oslo. Dette var også noe som ville kunne berøre meg direkte som leder ved en rehabiliteringsavdeling, og dermed noe jeg opplevde det som høyaktuelt å fordype seg i. Arbeidet med oppgaven har vært både lærerikt, men også utfordrende. Høsten som høygravid med barn nummer tre med full jobb, og deretter skriving med baby på armen har vært en spennende prosess, med mange nye utfordringer. Det føles derfor nå godt å endelig komme i mål, selv om det også er litt vemodig at tre spennende og lærerike år nærmer seg slutten.

Jeg vil først og fremst få takke min fantastiske veileder Signy Vabo for kloke innspill, inspirasjon, motivasjon og spennende diskusjoner. Jeg vet ikke om jeg noen gang hadde kommet i mål uten hennes ukuelige optimisme og drahjelp i riktig retning.

Jeg må også takke en svært samarbeidsvillig samboer og to, etter hvert tre gutter, som tålmodig har akseptert at mamma de siste tre årene har skullet lese til eksamen, skullet skrive en oppgave, eller har trengt arbeidsro til masteroppgaven. Nå har jeg måttet love dem å ikke påta meg noe ekstra den nærmeste tiden...

Arbeidsgiver Sykehjemsetatens støtte har vært uvurderlig både gjennom tilrettelegging for fri til samlinger, gjennom støtte fra kolleger og ansatte, og ikke minst for å frivillig stille som forskningsobjekt og tema både i studieoppgaver og masteroppgaven. Spesielt ønsker jeg å takke min tidligere leder Bente Sæve som har stilt opp på alle mulige måter, både som diskusjonspartner, men også som en unik støttespiller sentralt plassert i forhold til temaet for masteroppgaven.

Verdens beste naboer også få en takk, for både moralsk støtte, diskusjoner, men også særlig for tilbud om trilleturer med en gråtende baby, eller barnepass for syke storebrødre gjennom tre år med både eksamenslesing og masteroppgaveskriving.

Sist, men ikke minst, må jeg få takke alle informantene for at de tok seg tid til å delta i prosjektet.

Oslo, 21.april 2014
Silje Thorkildson

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er etableringen av korttidssykehjem i Oslo kommune. I Oslo kommunes budsjett for 2014 offentliggjøres det at det skal åpnes egne separate korttidssykehjem, og at det første korttidssykehjemmet skal være opprettet innen våren 2014. Av budsjettet fremkommer det lite informasjon om bakgrunnen for dette vedtaket, og jeg vil derfor her analysere hvilke forklaringsfaktorer og drivkrefter som kan ha ført til dette vedtaket om endret organisasjonsstruktur i Sykehjemsetaten.

Teorien i forhold til organisasjonsendringer er omfattende, og både ytre og indre krefter kan ha ført til at det ble gjort et valg om å etablere rene korttidssykehjem. Jeg har her valgt å benytte to ulike rammeverk for å belyse problemstillingen; Pollitt og Boucaerts rammeverk for offentlige reformer for å analysere de ytre faktorene, samt Van de Ven og Poole, kombinert med en av Jacobsens teorier, for å kartlegge de indre drivkreftene.

Analysen er gjennomført som en kvalitativ undersøkelse med individuelle dybdeintervjuer av personer som har vært involvert i arbeidet rundt vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem. Informasjonen fra intervjuene er videre utdypet gjennom en dokumentanalyse.

Resultatene fra undersøkelsen viser et sprik mellom informantenes meninger og det som kan trekkes ut i fra tilgjengelig dokumentasjon. I forhold til de ytre påvirkningsfaktorene fremkommer det i intervjuene ikke en tydelig primær årsak, men en kombinasjon av flere, så som både sosioøkonomiske forklaringsfaktorer, politiske faktorer, samt ulik påvirkning fra omgivelsene. Dokumentanalysen peker derimot særlig ut økonomi som noe som kan defineres som en hovedårsak til denne endringen.

De organisasjonsinterne drivkreftene som trekkes fram av informantene varierer på lik linje som for de ytre, og ingen enestående drivkraft kan trekkes fram som styrende. Denne endringen fremstår derfor som et resultat av en kombinasjon av flere drivkrefter som sammen har drevet fram endringen. Vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem fremstår dermed i lys av både intervjuene og dokumentanalysen som en større, og mer kompleks organisasjonsendring en først antatt, og denne syntes å komme på bakgrunn av flere ulike forklaringsfaktorer hvor både indre og ytre elementer har preget prosessen.

Abstract

The theme for this assignment is the establishment of Short-Term Nursing Homes in the municipality of Oslo. In Oslo municipality's budget for 2014 it is announced that there will be opened own, separate Short-Term Nursing homes, and that the first Short-Term Nursing Home will be established by spring 2014. In the budget, little information about the background for this resolution is presented, and thus I will here analyze which explanatory factors and generating forces may have led to this resolution about changed organizational structure in the Nursing Home Agency in Oslo.

The theory pertaining to organizational change is vast, and both external and internal forces may have led to a choice about establishing own separate Short-Term Nursing Homes being made. Here I have chosen to make use of two different frameworks to highlight the problem; Pollitt and Boucaert's Framework for Government Reforms to analyze the external factors, and Van de Ven and Poole, combined with one of Jacobsen's theories, to map the internal driving forces.

The analysis was conducted as a qualitative study with individual in depth interviews with people who have been involved in the work around the resolution about establishing own, separate Short-Term Nursing Homes. The information acquired through the interviews was further on elaborated through a document analysis.

The results from the study shows a gap between the informants' opinions and what may be deducted from documentation available. In relation to the external factors of influence, any clear primary cause is not apparent, but a combination of several, both socioeconomic explanatory factors and political factors as well as varying influence from the surroundings. The document analysis, on the other hand, particularly points out economy as one factor that can be defined as a main cause for this change. The internal organizational generating forces cited by the informants, varies in the same way as for the external, and no unprecedented generating force can be brought forward as governing. Consequently, this change appears to be a result of a combination of various generating forces that together have contributed to drive the change forwards. Hence, in the light of both the in depth interviews and the document analysis, the resolution to establish own, separate Short-Term Nursing Homes comes across as a larger and more complex organizational change than first assumed, and it seems to come about on the basis of several different explanatory factors where both internal and external elements have influenced the process.

**Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag
Oslo 2014**

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Problemstilling	2
2.0 SYKEHJEMSETATEN I OSLO	3
2.1 Bakgrunn og etablering av Sykehjemsetaten	3
2.2 Dagens organisering av sykehjemsdrift i Oslo	3
2.2.1 Sykehjemsetatens organisering.....	3
2.2.2 Bestiller-Utfører organisering.....	6
2.3 Sykehjemsetatens myndighet	6
2.4 Spesialiseringsprinsipper	7
2.5 Samhandlingsreformens innvirkning på driften av sykehjem i Oslo	8
2.6 Verbalvedtak H36/2012	9
2.6.1 Sykehjemsetatens arbeid.....	9
2.6.2 Ny organisasjonsstruktur: korttidssykehjem	10
3.0 FORKLARINGSFAKTORER OG DRIVKREFTER TIL ENDRING I SYKEHJEMSETATEN	12
3.1 Ytre påvirkningskrefter	12
3.1.1 Sosioøkonomiske faktorer	12
3.1.1.1 Demografiske endringer.....	12
3.1.1.2 Det økonomiske aspekt.....	13
3.1.2 Politisk påvirkning.....	14
3.1.2.1 Den politiske påvirkning	14
3.1.2.2 New Public Management.....	16
3.1.3 Omgivelsenes påvirkning	17
3.2 Indre drivkrefter for endring	18
3.2.1 Teori om livssykluser	19
3.2.2 Teori om teleologi.....	19
3.2.3 Teori om dialektikk.....	20
3.2.4 Teori om evolusjon.....	21
3.2.5 Teori om anarki.....	21
4.0 METODE	22
4.1 Valg av metode	22
4.2 Dokumentanalyse	23
4.2.1 Gjennomsiktighet.....	23
4.2.2 Ekstern dokumentasjon	24
4.2.3 Intern dokumentasjon	25
4.3 Utvalg av informanter	25
4.4 Spørsmålsutforming og intervjusituasjon	27
4.5 Evaluering av den kvalitative undersøkelsen	28
4.6 Ethiske utfordringer og svakheter ved analysen	30

5.0 BAKGRUNNEN FOR ENDRING I SYKEHJEMSETATEN	32
5.1 Ytre påvirkningsfaktorer.....	32
5.1.1 Sosioøkonomiske forklaringsfaktorer	32
5.1.1.1 Demografisk påvirkning	32
5.1.1.2 Økonomisk påvirkning.....	33
5.1.2 En politisk påvirkning.....	35
5.1.2.1 Det politiske miljøets påvirkning.....	35
5.1.2.2 En endring i tråd med NPM?.....	35
5.1.3 Omgivelsene som årsak.....	37
5.1.3.1 Inspirasjonskilder	37
5.1.3.2 Samhandlingsreformen.....	38
5.1.3.3 Økt spesialisering som årsak.....	38
5.1.3.4 Ulike aktørers medvirkning.....	39
5.2 Indre drivkrefter til organisasjonsendring.....	41
5.2.1 Livssyklus som drivkraft.....	41
5.2.2 Teleologi som drivkraft	42
5.2.3 Dialektikk som drivkraft.....	42
5.2.4 Evolusjon som drivkraft.....	43
5.2.5 Anarki som drivkraft	43
5.2.6 En kombinasjon av drivkrefter	44
5.3 En kompleks organisasjonsendring med pasienten i fokus	45
5.3.1 Et bedret pasienttilbud.....	45
5.3.2 Ikke bare en endring til rene korttids- og langtidssykehjem.....	46
5.3.3 Videre arbeid.....	47
6.0 KONKLUSJON	50
6.1 Hva kan forklare dette valget om å etablere egne korttidssykehjem som ble gjort?	50
6.2 Etterord.....	52
LITTERATURLISTE	54

Figurer:

- Figur 1: Oversikt over type plasser som tilbys i Sykehjemsetaten, kategorisert under de fire hovedgruppene.
- Figur 2: Tendensen etter innføringen av samhandlingsreformen viser en tydelig nedgang i liggetid for utskrivningsklare pasienter i sykehus.
- Figur 3: Fire kategorier drivkrefter illustrert av Van de Ven og Poole.
- Figur 4: Illustrasjon av forløpet ved en planlagt endring.
- Figur 5: Skisse for videre arbeid.

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.
- Vedlegg 2: Intervjuguide.

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Den 1. januar 2007 overtok Sykehjemsetaten i Oslo driften av kommunale sykehjem og ansvaret for de privatdrevne. Denne overføringen av driftsansvar gjorde Sykehjemsetaten til landets største drifter av Sykehjem, og til Oslos nest største etat, med til sammen om lag 4700 heldøgns plasser, 700 dagplasser, og 3800 årsverk. Sykehjemsetaten skal i henhold til denne organiseringen ”*gi personer med behov for heldøgns pleie, rehabilitering og omsorg et best mulig tilbud innenfor de vedtatte politiske, økonomiske og administrative rammer i Oslo kommune.*” (Sykehjemsetaten, 2014a).

I tråd med samfunnsutviklingen gjennomgår Oslos sykehjem stadig endringsprosesser, så som blant annet konkurranseutsettinger, endring av bemanningsnorm, etablering av nye typer avdelinger, avvikling av tosengsrom, og lignende. Den siste av endringene som er vedtatt gjennomført i Oslo kommunes budsjett for 2014 er etableringen av rene korttidssykehjem (Oslo kommune - byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, 2014).

Denne nye organisasjonsformen innebærer en endring av strukturen i Sykehjemsetaten, fra en struktur hvor ulike typer avdelinger er blandet og spredt geografisk på ulike sykehjem, til en økt spesialisering gjennom en etablering av rene korttids- og langtidssykehjem.

Flere elementer fremstår som relevante for å kunne forklare valget av ny organisasjonsmodell med etableringen av rene korttids- og langtidssykehjem i Oslo, slik som ulike sosioøkonomiske forhold, den politiske påvirkning, samt ulike indre drivkrefter. En gjennomgang av disse momentene, i tillegg til en vurdering av relevant dokumentasjon og en vurdering av ulike personer og organisasjoners påvirkning vil kunne bidra til å gi svar på problemstillingen.

1.2 Problemstilling

I Oslo kommunes budsjett for 2014 presiseres det at det skal opprettes egne sykehjem for korttids- og langtids plasser. Denne nye organiseringen av korttids plasser har som mål å øke spesialiseringen, samt å sikre et mer individrettet og tilpasset rehabiliteringsløp.

Informasjonene som er gitt fra Sykehjemsetaten i forhold til dette vedtaket presiserer at dette er en nødvendig endring som følge av samhandlingsreformen, det er allikevel viktig å ytterligere kartlegge bakgrunnen for denne endringen, da det for øvrig fremkommer lite informasjon om bakgrunnen for denne valgte løsningen.

Hva kan forklare dette valget om å etablere egne korttidssykehjem som ble gjort?

2.0 SYKEHJEMSETATEN I OSLO

2.1 Bakgrunn og etablering av Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten i Oslo ble etablert etter en lengre prosess i sykehjemssektoren. Fra og med 1. januar 2007 overtok Sykehjemsetaten driften av Oslos sykehjem fra bydelene.

(Sykehjemsetaten, 2014a). Fram til dette var Oslos sykehjem organisert under Oslos bydeler. Bydelene hadde dermed selv ansvar for å drifte sine sykehjem innenfor de geografiske grensene som var etablert.

Valget av organisasjonsform ble utført etter en lengre politisk prosess, og som en konsekvens av behovet for å effektivisere sykehjemsdriften i Oslo. På oppdrag fra bystyret ble byrådet bedt om å utrede ulike organisasjonsformer for sykehjemsdriften i Oslo kommune. Flere ulike organisasjonsformer ble vurdert, blant annet en etatsmodell og en foretaksmodell (Oslo kommune Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, 2005).

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester under ledelse av Sylvi Listhaug gjorde rede for de aktuelle alternativene, men anbefalte til sist en sentral organisering i en etat. Denne nye etaten skulle i tråd med bestiller-utfører modellen overta driftsansvaret for sykehjemmene, mens bydelene fortsatt skulle inneha ansvar for tildeling, kontroll og vedtak (Oslo kommune Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, 2005). På bakgrunn av denne utredningsrapporten ble Sykehjemsetaten vedtatt etablert som en enkelt etat av Bystyret den 21. juni 2006

2.2 Dagens organisering av sykehjemsdrift i Oslo

2.2.1 Sykehjemsetatens organisering

Oslos sykehjem var frem til 1. januar 2014 organisert under Sykehjemsetatens direktør i tre områder. Områdedirektør 1 og områdedirektør 2 hadde ansvaret for de kommunale sykehjemmene, mens områdedirektør 3 hadde ansvar for de private sykehjemmene (Sykehjemsetaten, 2012a). Fra og med 1. Januar 2014 ble denne organiseringen endret til at etatsdirektør leder to områdedirektører hvor områdedirektør 1 har ansvaret for alle de

kommunale sykehjemmene, mens områdedirektør 2 har oppfølgingsansvar for de private sykehjemmene. Hvert kommunale sykehjem har en institusjonssjef som er direkte underlagt områdedirektøren, mens de privatdrevne institusjonene har noe ulik organisasjonsform avhengig av drifter. Ved de kommunale institusjonene er det etablert driftsstyrer som organisatorisk er plassert direkte over institusjonssjef. Internt på de kommunale sykehjemmene er avdelingssykepleiere og andre ledere underlagt institusjonssjef, mens de private igjen har noe ulik driftsmodell med blant annet teamledere, og lignende (Sykehjemsetaten, 2014d).

På bakgrunn av Sykehjemsetatens mål og formål er det etablert flere ulike avdelingstyper som er fordelt rundt på sykehjemmene. Hovedtyngden av sykehjemsplasser er langtidsplasser for pasienter med behov for heldøgns pleie. I tillegg til disse ordinære heldøgns plassene kommer ulike spesialplasser som for eksempel skjermede enheter, rehabiliteringsavdelinger ved syv sykehjem, korttidsavdelinger, spesialavdeling for yngre demente ved Villa Enerhaugen, spesialavdeling for rusavhengige ved Stovnerskogen sykehjem, palliative avdelinger ved Lillohjemmet og Akerselva sykehjem, og spesialavdelinger for MRSA-positive pasienter (Sykehjemsetaten, 2013a).

Etter etableringen av Sykehjemsetaten har det vært en økning i type spesialavdelinger, samt at sammensetningen av avdelinger ved de ulike sykehjemmene er i kontinuerlig utvikling. Dette innebærer at avdelinger flyttes, avvikles eller opprettes, slik at dagens tilbud ikke er det samme som det tilbudet som eksisterte ved etableringen av Sykehjemsetaten.

Organiseringen av sykehjemsavdelinger kan deles i fire hovedtyper: aldershjemsopphold, langtidsopphold, tidsbegrenset opphold og dagopphold i sykehjem, som alle tildeles etter spesifiserte kriterier (Sykehjemsetaten, 2013b). Felles for de fire kategoriene plasser er at inntakskriteriene er forhåndsdefinerte for å sikre en mest mulig lik og rettferdig tildeling av plasser. Plassene tildeles av pasientens bostedsbydel etter en bestiller-utfører modell. Både aldershjemsopphold og dagopphold blir i denne oppgaven lite relevante. Det er derimot viktig å skille mellom langtidsopphold og tidsbegrenset opphold, som gjerne kalles korttidsopphold.

Langtidsopphold defineres i Oslo kommune som permanent opphold i sykehjem slik at ulike typer plasser som blant annet skjermede enheter og ordinære somatiske langtidsplasser sorterer under denne definisjonen. Tidsbegrensede opphold, eller korttidsopphold defineres av Sykehjemsetaten som:

Korttidsopphold i sykehjem etter HOL§3-2 femte ledd er et tidsbegrenset tilbud. Tidsbegrenset opphold i sykehjem kan vare fra 2 dager til 12 uker avhengig av funksjonssvikt og målsettingen med oppholdet. Oppholdet skal være kortvarig, og målsettingen med oppholdet må begrunnes tydelig og være kjent for pasient og pårørende/hjelpeverge (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1). Tilbudet kan også være rullerende. (Sykehjemsetaten, 2013b, 13).

Figur 1: Oversikt over type plasser som tilbys i Sykehjemsetaten, kategorisert under de fire hovedgruppene, per 13. mars 2014 (Sykehjemsetaten, 2013b).

Opphold i aldersavdeling	Langtidsopphold	Tidsbegrenset opphold	Dagopphold
- Plasser i særegne aldersavdelinger	<ul style="list-style-type: none"> - Langtidsopphold i ordinære enheter. - Langtidsopphold i skjermete/forsterkede enheter. - Langtidsopphold i skjermet enhet for pasienter med demens. - Langtidsopphold i skjermet enhet for pasienter med demens og APSD (atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer) - Langtidsopphold i særskilt forsterket enhet for pasienter med demens og sterk grad av APSD. - Langtidsopphold for yngre pasienter i skjermet enhet for demens. - Langtidsopphold for pasienter med psykisk sykdom. - Langtidsopphold i forsterket enhet annet (for eksempel alvorlige nevrologiske lidelser). - Langtidsopphold i enhet for døve. - Langtidsopphold i forsterket enhet for personer med rusavhengighet. - Langtidsopphold for mentalt friske. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabiliteringsopphold. - Korttidsopphold. - Opphold for personer med rusmisbruk med adferdsmessige endringer, eventuelle psykiske tilleggssymptomer. - Opphold for asylsøkere i transitt/UDI plasser. - Opphold for personer med smitte, inkludert MRSA . - Tilbud om opphold i hospice/lindrende enhet. - Avlastningstilbud for pårørende. - Trygghetsavdeling som sikkerhetsnett for hjemmeboende. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dagsenter. - Unntaksvis nattopphold.

2.2.2 Bestiller-Utfører organisering

Ved etableringen av Sykehjemsetaten ble det vedtatt at organiseringen av driften av Sykehjem i Oslo skulle ta utgangspunkt i en bestiller-utfører organisering hvor Sykehjemsetaten skulle ha en utførerrolle og bydelene en bestillerrolle.

Denne organiseringen kan defineres som en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring hvor kontrakter og forhandlinger vil være fremtredende. Bestillerfunksjonen har ansvar for å vurdere behov, mens utførerfunksjonen skal utføre oppgaver etter hva bestillerfunksjonen definerer som sine behov (NOU 2005: 3).

I praksis innebærer dette at bydelene, ved bestillerkontorene bestiller og tildeler plasser ut i fra sine pasienters behov, mens Sykehjemsetaten drifter og tilbyr plasser i Oslos sykehjem etter bydelenes bestillinger.

2.3 Sykehjemsetatens myndighet

Etableringen av Sykehjemsetaten i 2007 innebar en overføring av driftsansvaret for Oslo kommunes sykehjem fra bydelene til Sykehjemsetaten.

Fram til 2007 var det den enkelte bydels ansvar å drifte sykehjem innenfor et definert geografisk område i Oslo. Dette innebar utfordringer i forhold til at den demografiske situasjonen endret seg slik at de ulike bydelene ikke hadde ett stabilt behov for sykehjemsplasser. Tilbudet ble i så måte til dels ulikt fra bydel til bydel, sykehjemsplasser ble stående tomme i enkelte bydeler, mens andre igjen ikke hadde nok plasser (Oslo kommune Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, 2005).

Ved overføringen av driftsansvar ble tilsynelatende et nytt ledd i styringskjeden for sykehjemmene i Oslo innført. Sykehjemsetaten plasserer seg i Oslo kommunes organisasjonskart under Bystyret og Byrådet, men over det enkelte sykehjems ledelse. Bydelen er i denne modellen plassert noe på siden uten direkte ansvar for sykehjemmene, men i en bestillerrolle hvor behovet for sykehjemsplasser er styrende for bestillingene (Oslo kommune, 2013a).

Denne organisatoriske plasseringen av Sykehjemsetaten innførte en relativt begrenset styringsmulighet. Etaten vil både økonomisk og i forhold til andre saker være bundet av vedtak fattet høyere opp i styringskjeden. Styringsansvaret blir dermed begrenset til de vedtatte rammer, slik at den reelle styringen vil foregå innenfor disse forhåndsbestemte premissene.

2.4 Spesialiseringsprinsipper

Etableringen av rene korttidssykehjem beskrives som en økt intern spesialisering som følge av kravene til sykehjemsdrift, samt ønsket om et styrket og mer individtilpasset rehabiliteringsløp (Oslo kommune - byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, 2014)

Hvordan den formelle organisasjonsstrukturen utformes avhenger av flere faktorer, og både indre og ytre aktører spiller en stor rolle. Felles er allikevel et nivå av spesialisering og samordning, enten ved horisontal, eller vertikal spesialisering (Christensen mfl. 2010). Den vertikale spesialiseringsgraden sier noe om antall ledd i en organisasjon, samt definerer over- og underordning og hierarkisk fordeling av oppgaver i en organisasjon. Horisontal spesialiseringsgrad viser antall enheter på samme nivå, og spesialiseringen sier noe om hvordan ulike oppgaver kan bli organisert på samme nivå ut i fra organisasjonsstrukturen. De horisontale spesialiseringsprinsippene kan grupperes i henhold til Luther Gulicks teori, i fire hovedområder: prosessprinsippet, hvor sakene fordeles etter prosessen som brukes for å nå målene; formålprinsippet, hvor sakene fordeles etter ulike områder de omhandler; geografiprinsippet, hvor sakene reflekterer en geografisk inndeling; og klientprinsippet, hvor sakene fordeles etter hvem de angår (Christensen mfl. 2010).

Etableringen av korttidssykehjem syntes å kunne plasseres innenfor to spesialiseringsprinsipper: klient og geografi.

Sykehjemsetatens hovedoppgave er å ivareta personer som har behov for heldøgns pleie, rehabilitering og omsorg på best mulig måte (Sykehjemsetaten, 2014a). I forhold til denne definisjonen av oppgaver kan Sykehjemsetaten sies å følge klientprinsippet: de skal ivareta en spesifikk gruppe mennesker, med varierende behov. Etableringen av korttidssykehjem kan

dermed tolkes til å følge klientprinsippet: en spesiell kategori pasienter skilles ut, og det etableres et tilbud til disse på bakgrunn av Sykehjemsetatens oppgaver.

I tillegg til klientprinsippet syntes også geografiprinsippet å være fremtredende: de nye korttidssykehjemmene skal etableres i fire regioner i Oslo. Dette innebærer en geografisk avgrensning av inntaksområder for korttidspasienter.

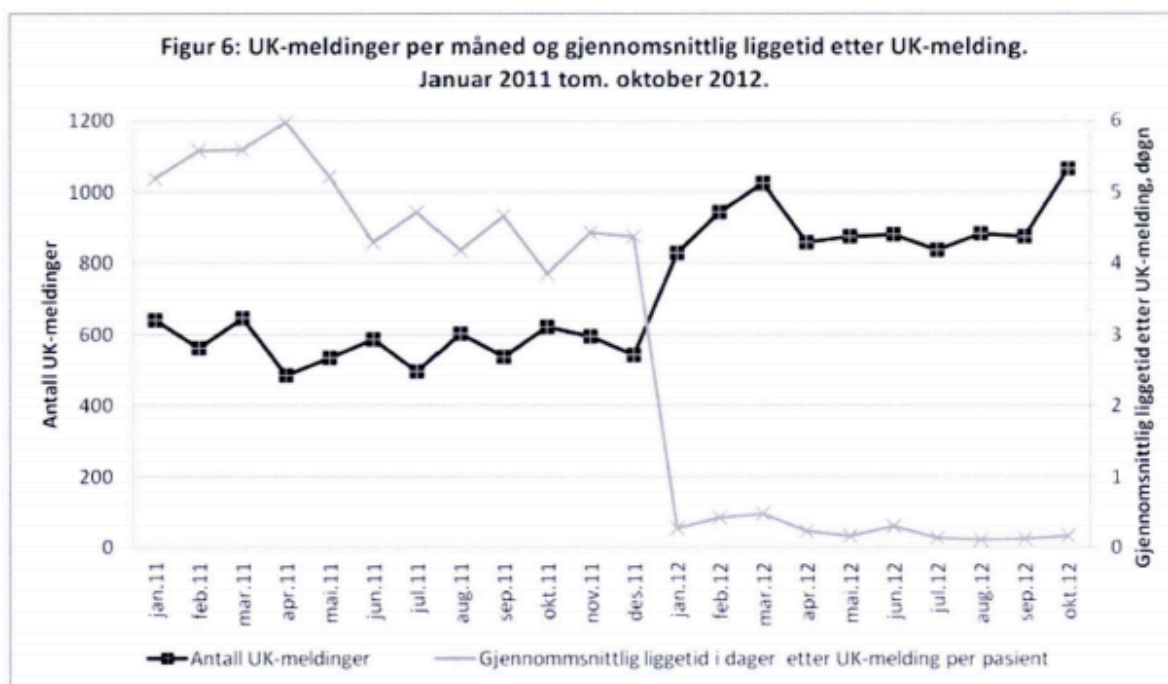
2.5 Samhandlingsreformens innvirkning på driften av sykehjem i Oslo

Samhandlingsreformen trådte i kraft den 1. januar 2012, med mål om at pasientene skulle få raskere hjelp, nærmere der de bor, samt et mer helhetlig og individtilpasset tilbud.

Reformendringene skal gjennomføres over flere år, og ulike tiltak iverksettes for å nå målet (Helsedirektoratet, 2011).

For Sykehjemsetaten, og Oslos sykehjem framstår en av de største, og også mest omtalte, endringene å være at pasientene skrives raskere ut fra sykehus for å overføres til det kommunale behandlingsapparatet.

Figur 2: Tendensen etter innføringen av samhandlingsreformen viser en tydelig nedgang i liggetid for utskrivningsklare pasienter i sykehus (Sykehjemsetaten, 2012b).



Når pasientene er definert som utskrivningsklare av sykehuset, det vil si ferdige med all aktiv behandling, overtar kommunehelsetjenesten ansvaret både medisinsk og finansielt etter 24 timer. Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan gi et tilbud innen denne fristen, påbeløper et gebyr på 4000 kroner per pasient per ekstra døgn hvor pasienten blir liggende i sykehus (Helse og Omsorgsdepartementet, 2012).

Denne endrede pasientstrømmen, hvor pasientene tilsynelatende skrives raskere ut, samtidig som at antallet utskrivningsklare pasienter har økt har medført et behov for endring og tilpasning i Sykehjemsetaten. Sykehjemsetaten har i denne forbindelsen måtte iverksette flere tiltak for å tilpasse seg samhandlingsreformen blant annet på korttidsavdelingene hvor andelen ansatte med fagkompetanse har blitt økt. I Oslo kommunes budsjett for 2014 vektlegges i tillegg til økning av fagkompetansen fordelen av å etablere rene korttidssykehjem for å gi ett bedre tilbud for tidsbegrensede plasser i kommunehelsetjenesten.

2.6 Verbalvedtak H36/2012

2.6.1 Sykehjemsetatens arbeid

Endringen som er igangsatt i Sykehjemsetaten kommer på bakgrunn av verbalvedtak H36/2012, hvor:

Byrådet bes legge frem en sak om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. Saken skal gi en vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av de ulike sykehjemsplassene. Saken skal sikre at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger. Byrådet bes i saken vurdere effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene, samt vurdere andre mulige finansieringsmodeller. (Sykehjemsetaten, 2012b).

Sykehjemsetaten fikk i oppdrag å foreslå flere tiltak i forhold til spørsmålene som ble reist i verbalvedtak H36/2012. I juni 2012 startet arbeidet med dette i Sykehjemsetaten. Tre arbeidsgrupper ledet av etatsdirektør utarbeidet tre delrapporter som sammen skulle gi svar på oppdraget. Arbeidsgruppene gjennomførte dette arbeidet uten bydelenes direkte involvering, men har innhentet synspunkter fra bydelsdirektører fra de ulike regionene (Sykehjemsetaten, 2013e).

I disse tre delrapportene foreslår Sykehjemsetaten flere tiltak som tilsvar til byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester:

- Etableringen av rene korttids- og langtidspsykehjem.
- Ny finansieringsmodell for korttids- og langtids plasser.
- En reduisering av tilbudet av ulike typer korttids plasser.
- Ved tildeling av fast plass på sykehjem overføres vurderingsansvaret for å vurdere behovet for type plass til Sykehjemsetaten fra bydel.
- Fritt sykehjemsvalg for langtids plasser begrenses til innenbys plasser.
- Ved liggetid over 8 uker ved korttids plass, overføres vurderingsansvaret og muligheten til å flytte pasienten til langtids plass til Sykehjemsetaten.
- Bestillingsrutinen for en bloc plasser, det vil si forhåndsbestilte korttids plasser, endres fra tre til to ganger per år.

2.6.2 Ny organisasjonsstruktur: korttidssykehjem

Fram til vedtaket om etablering av rene korttidssykehjem var ulike typer sykehjemsplasser fordelt rundt på sykehjemmene, slik at et sykehjem for eksempel kunne ha både langtids plasser, korttids plasser og skjermet enhet. Ved å vedta en omstrukturering med etablering av rene korttids- og langtidspsykehjem samles samme type plasser på samme sykehjem. Det vil si at sykehjem som tidligere har hatt flere typer plasser, nå i større grad kun skal ha en plasstype, for eksempel bare korttids plasser.

Det finnes i dag lite offentliggjort informasjon om den framtidige organiseringen og framdriften av etableringen av rene korttidssykehjem.

Informasjon om vedtaket offentligjøres først i Oslo kommunes budsjett for 2014. Her kommer det fram at forslaget om økt spesialisering i form av korttidssykehjem kommer fra Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, og at dette forslaget har vært på høring i bydelene (Oslo kommune - byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, 2014).

I følge Sykehjemsetaten (2014b) skal det etableres fire korttidssykehjem på ulike steder i byen. Det første sykehjemmet hvis plassammensetning endres til kun å være korttids plasser er Solvang sykehjem. Videre utvalg og tidsramme er her ikke spesifisert. Det presiseres dog at denne omorganiseringen utføres for å kunne håndtere samhandlingsreformens utfordringer

gjennom å øke spesialiseringen, noe som igjen vil styrke både fagmiljøene og øke kompetansen.

Internt i Sykehjemsetaten har denne informasjonen blitt utdypet gjennom muntlig informasjon gitt til institusjonssjefene av Etatsdirektør. Institusjonssjefene har deretter informert ut i sykehjemmene blant annet på allmøter. Det er her opplyst om at Oslo skal deles inn i fire geografisk definerte regioner: nord, sør, øst og vest. Hver av disse regionene skal få et eget korttidssykehjem, og først ut er region nord, Groruddalen, med Solvang sykehjem som utvalgt korttidssykehjem. Bakgrunnen for disse valgene fremgår ikke.

Sykehjemsetaten (2014b) beskriver til dels hvordan endringen skal utføres, men vektlegger et pasientperspektiv. Det framkommer ingen informasjon om hvordan prosessen skal gjennomføres fra et ansattperspektiv, og dette er noe som bekreftes i den muntlige informasjonen som har blitt gitt. Det er heller ikke opplyst om hvordan denne prosessen i praksis skal gjennomføres.

3.0 FORKLARINGSFAKTORER OG DRIVKREFTER TIL ENDRING I SYKEHJEMSETATEN

Teorien i forhold til organisasjonsendringer er omfattende og kompleks, og omhandler så vel ytre påvirkningskrefter som organisasjonsinterne drivkrefter til endring. Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte begge innfallsvinkler for å belyse den valgte problemstillingen. Pollitt og Boucaerts rammeverk for reformer gir et godt rammeverk for å analysere hvilke ytre påvirkningsfaktorer som kan ha vært bakgrunnen for en endring; mens Van de Ven og Pooles ulike teorier, supplert med Jacobsens anarki-teori, gir et godt analysegrunnlag for hvilke indre drivkrefter som kan ha ført til denne endringen.

3.1 Ytre påvirkningskrefter

Pollitt og Boucaert (2004) presenterer i sitt arbeid flere ulike ytre faktorer som kan forklare en reform eller organisasjonsendring. De har skapt ett rammeverk, presentert som en modell for å analysere de ulike kreftene som driver fram en offentlig styringsreform. Jeg velger i denne oppgaven å se bort i fra det de beskriver som de det administrative system, da det vil være mindre relevant i forhold til problemstillingen.

3.1.1 Sosioøkonomiske faktorer

De sosioøkonomiske faktorene som medvirkende årsak til en reform, eller organisasjonsendring beskrives blant annet av Pollitt og Boucaert (2004). Flere faktorer som var fremtredende i arbeidet som ble gjort før etableringen av Sykehjemsetaten finner sin parallell i prosessen rundt etableringen av rene korttidssykehjem, og må derfor også vurderes i forhold til den pågående prosessen.

3.1.1.1 Demografiske endringer

Allerede i utredningsarbeidet før etableringen av Sykehjemsetaten i 2007 ble de sosioøkonomiske kreftene vektlagt. To av hovedårsakene til at det ble vurdert som nødvendig å reformere sykehjemssektoren i Oslo var de demografiske endringene, samt de økonomiske forholdene (Oslo kommune Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, 2005).

Særlig i de vesteuropeiske landene har det de siste tiårene vært observert en økning i levealderen, samtidig med at dødeligheten har gått ned. Dette har som en direkte konsekvens at forsørgerbyrden blir større (Brunborg, 2004). Den demografiske endringen i det norske samfunnet trekkes også fram i prosjekt sykehjemsutredning som utarbeidet en prosjektrapport i arbeidet med reformen av sykehjemssektoren. Økt levealder trekkes også her fram som et argument, men det påpekes at det i aldersgruppen 67-79 år har vært en nedgang i behov for sykehjems plasser, mens det i aldersgruppen 80 år og eldre observeres en økning. I rapporten vektlegges heller det medisinske behovet framfor alder: det at de eldre som har behov for sykehjems plass i dag blir sykere. Kravene til den medisinske behandlingen øker, og medisinsk oppfølging som tidligere ble vurdert som en sykehusoppgave, er nå en oppgave som utføres på sykehjem. Det foregår dermed en forskyvning av oppgaver fra sykehus til sykehjem, og fra sykehjem til hjemmetjenester. Her ser en parallelt også en vridning mot at de eldre krever en annen oppfølging en tidligere, det er blant annet et gjennomgående ønske fra mange å få bli hjemme så lenge som mulig, noe som muliggjøres av en nyere og mer tilpasset bygningsmasse. Samtidig økes kravene til mer medisinsk tilpassede spesialplasser når behovet for tjenester melder seg (Oslo kommune Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, 2005).

Fra denne vurderingen før etableringen av Sykehjemsetaten i 2007 kan det trekkes paralleller til vurderingene som ligger til grunn for etableringen av rene korttidssykehjem som en konsekvens av samhandlingsreformen. Både økt levealder, og mer komplekse sykdomsbilder medfører høyere krav til de tjenestene som ytes i sykehjem. Her igjen øker behovet for individtilpassede tjenester ved korttidsopphold for å fylle kravet om et mer tilpasset rehabiliteringsforløp, dette for å bidra til å oppfylle pasientenes hyppige ønske om å få bo hjemme lengst mulig.

3.1.1.2 Det økonomiske aspekt

I bystyrets saksdokumenter før etableringen av Sykehjemsetaten trekkes det økonomiske aspektet fram i forhold til behovet for å reformere sykehjemssektoren. Fram til reformen i sykehjemssektoren var den enkelte bydel ansvarlig for drift av sykehjems plasser. Da behovet for plasser varierte over tid medførte denne driftsformen ofte en merkostnad for bydelene. Denne merkostnaden måtte dekkes inn av bydelene, noe som medførte at sykehjems plasser kunne bli en salderingspost dersom behovet uteble. Bystyret foreslo derfor i sine

saksdokumenter å endre organisasjonsmodell for å gå over til en bestiller-utfører modell i sykehjemssektoren. Ved å samle driften i en enhet mente bystyret at en ville oppnå en bedre utnyttelse av sykehjemsplassene, de økonomiske konsekvensene for bydelene ville opphøre, samtidig med at en ville få stordriftsfordeler. Bydelene ville med denne modellen allikevel fortsatt ha en innvirkning på sykehjemmene gjennom sin vedtaksmyndighet, og sin kontrollfunksjon (Bystyret, 2004).

Disse argumentene støttes i rapporten utarbeidet av prosjektgruppen før etableringen av Sykehjemsetaten. Her trekkes det fram at sykehjemsplassene har blitt dyrere, og at det har utviklet seg en kultur for kjøp og salg av sykehjemsplasser mellom bydelene. Denne desentraliserte modellen medførte store ulikheter mellom bydelene, både medisinskfaglig, med tanke på antall sykehjemsplasser, og innholdet og kvaliteten på disse tjenestene (Oslo kommune Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, 2005).

Vedtaket om etablering av rene korttidssykehjem fremstår igjen som en parallell til vurderingene som lå til grunn for etableringen av Sykehjemsetaten. Etableringen av Sykehjemsetaten samlet driften av sykehjemsplasser i en etat, mens etableringen av rene korttids- og langtidssykehjem er en ytterligere sentralisering og spesialisering av driften av ulike typer avdelinger.

Informasjon om vedtaket om etablering av rene korttidssykehjem offentliggjøres første gang i budsjett for Oslo kommune 2014, dette fremstår i tillegg som en sterk indikator på at økonomiske forhold kan ligge til grunn for vedtaket.

3.1.2 Politisk påvirkning

3.1.2.1 Den politiske påvirkning

Flere teoretiske retninger trekker fram den politiske påvirkningen som en viktig årsaksfaktor til endringer og reformer i offentlig sektor, blant annet Pollitt og Boucaert i sitt rammeverk for analyse av reformer (Pollitt og Boucaert, 2004).

Oslos politiske miljø har en sterk påvirkning og innflytelse på eldreomsorgen og dens utvikling. Vedtakene og dertil tilhørende endringer fattes på politisk nivå før de implementeres i Sykehjemsetaten.

Oslo styres i dag etter en parlamentarisk styringsmodell hvor byrådet står til ansvar overfor bystyret. Bystyret, som med sine 59 folkevalgte representanter er Oslo kommunes øverste myndighet, avgjør hovedlinjene i den politikken som skal føres i Oslo. Byrådet har i enkelte saker egen vedtaksmyndighet, men innstiller særlig saker til bystyret, samt har en utførerrolle i forhold til fattede vedtak (Oslo kommune, 2013b). På det nåværende tidspunkt er Oslo kommunes øverste leder, ordføreren, en representant for partiet Høyre; mens byråden for eldre og sosiale tjenester representerer Kristelig folkeparti. Mandatene i Oslo etter kommunevalget i 2011 viser ett flertall for sentrumspartiene i samarbeid med Høyre og FRP, noe som tilsier et blått styre i Oslo (Oslo kommune, 2011). Politikken som de siste årene har vært ført, og som berører Sykehjemsetaten direkte, har i tråd med dette vært en politikk med blant annet økt konkurranseutsetting og spesialisering (Oslo kommune, 2014). Totalt er det for eksempel i bystyret vedtatt at åtte sykehjem skal konkurranseutsettes i perioden 2012 – 2014. Denne prosessen gjennomføres ved at Sykehjemsetaten anbefaler hvilke sykehjem det gjelder til Byrådet, som på sin side har fullmakt til å gjennomføre konkurranseutsettingen (Sykehjemsetaten, 2013c). I tillegg til denne konkurranseutsettingen har det siden etableringen av Sykehjemsetaten regelmessig blitt etablert spesialavdelinger, blant annet egne avdelinger for pasienter i aktiv rus, MRSA-avdeling, og palliative avdelinger (Sykehjemsetaten, 2013d).

Etableringen av rene korttidsavdelinger fremstår som en fortsettelse av denne politikken med økt spesialisering. Eldrepolitikken som føres i Oslo per i dag arbeider tilsynelatende ut i fra en tankegang om at økt spesialisering fører til et bedre tilbud i eldreomsorgen. På samme måte som at konkurranseutsetting, med private driftere av sykehjem vil føre til et bedre og mer tilpasset tilbud til byens eldre.

En ytterligere parallell til denne politikken kan syntes å være den nasjonale endringen som har funnet sted med etableringen av helseforetakene, og den dertil tilhørende samlokaliseringen av like avdelinger.

3.1.2.2 New Public Management

New Public Management (NPM), eller på norsk ny offentlig styring er et sett av læresetninger, eller doktriner som har preget den offentlige styringen i flere OECD-land siden slutten av 70-tallet (Hood, 1991). NPM sees på som en endring fra Gammel offentlig styring som er en mer klassisk styringsform basert på Webers idealtyper, til en styringsform mer lik den man finner i privat sektor (Osborne, 2006). Flere av de siste årenes reformer innenfor offentlig sektor i Norge bærer preg av læresetningene i NPM. Det vil dermed være nyttig å vurdere hvorvidt etableringen av rene korttidssykehjem føyer seg inn i rekken av endringer som er i tråd med denne tankegangen. Flere av særtrekkene ved politikken som føres innenfor eldreomsorgen i Oslo kommune kan se ut til å hente sine ideer fra denne tankegangen. Blant annet er viktige stikkord for dagens eldrepolitikk i Oslo valgfrihet gjennom for eksempel fritt sykehjemvalg, og resultatfokus gjennom økt konkurranseutsetting.

Læresetningene i NPM, som beskriver denne nye styringsmåten er flerfoldige, og er beskrevet og kategorisert på ulike måter av flere forfattere som blant annet Hood (1991), Osborne (2006), og Denhardt og Denhardt (2000):

- Ny-liberalisme, gjennom både økt valgfrihet og mer bruk av desentralisering.
- Ny-institusjonell økonomisk teori slik som i eiendomsrettsteori, transaksjonskostnadsanalyse og agentteori.
- Antagelser om ledelsespraksis som økt bruk av målstyring og økt myndiggjøring.
- Pragmatisme: økt fokus på resultater.

Denne dreiningen av offentlig sektor mot økt likhet med privat sektor har også møtt kritikk, noe som blant annet fremheves av Christopher Hood (1991), han trekker fram særlig fire områder som kritiseres. Han fremhever at NPM mangler substans og at problemene og svakhetene fortsatt er de samme som før NPM; at NPM har skadet offentlig sektor ved ikke å være kostnadseffektiv i forhold til målene for offentlig sektor; at NPM heller enn å virke til felleskapets beste heller er mer egnet for å oppnå fordeler for enkeltindivider; og at NPMs universtaltetsprinsipp ikke er universelt nok til å dekke kompleksiteten i offentlig sektor. Det fremstår her som viktig å kartlegge om NPM-ideer kan ha vært en medvirkende årsak til at vedtaket om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem ble fattet.

3.1.3 Omgivelsenes påvirkning

I tillegg til både sosioøkonomisk og politisk påvirkning må flere ulike faktorer vurderes i forhold til sin rolle i forhold til hvorfor en organisering med rene korttidssykehjem har blitt valgt. Både media, fagforbund og innbyggernes påvirkning kan ha vært medvirkende.

Sykehjem og eldreomsorg er noe som berører ”alle”. Mange mener noe om hvordan sykehjemsdriften bør organiseres, enten fordi de er direkte berørte som pårørende eller pasient, fordi de arbeider i sektoren, eller fordi det er et tema som generelt engasjerer. Eldreomsorg er også en hyppig gjenganger som tema i media, og veien fra en vellykket sykehjemsreform til skandaleoppslag i dagspressen syntes kort. Både gjennom politiske utspill, men også gjennom som oftest negative historier er det lite vanskelig å finne eksempler på at sykehjemsdrift er i vinden som tema i media. Dette er også noe som bidrar til at media blir sett som en av de største direkte mulighetene til å påvirke for både pasienter og pårørende. Med artikler eller innslag i aviser, tv, eller radio om eldre som ikke får stå opp, eller som må dele rom med en ukjent påvirkes raskt de valgavhengige politiske representanter.

Etableringen av korttidssykehjem vil i så måte være sårbart for mediekritikk: dette er en pasientgruppe i kontinuerlig endring da pasientene ikke blir værende i disse plassene, og disse plassene er ofte den første kontakten pasientene har med sykehjemssektoren i Oslo. En vellykket organisering av korttidsplasser fremstår derfor som en forutsetning for å sikre en vellykket pasientbehandling. På samme måte vil også en hensiktsmessig organisering av langtidsplassene være en viktig forutsetning for at pasientene skal oppleve en verdig avslutning på livet.

De ansatte i sykehjemssektoren fremstår også som en sterk pressgruppe, både som enkeltpersoner, men særlig gjennom sterke fagbevegelser. Ulike profesjoner, som er kjent for å ha en sterk påvirkningskraft gjennom sine fagforbund har tidligere vært sterkt delaktige i forhold til reformer i sykehjemssektoren. Det er dermed viktig å vurdere hvilken rolle disse partene har hatt i arbeidet med ny organisasjonsstruktur i Sykehjemsetaten. Det å lede, og dermed også å reformere sektorer med en høy andel profesjoner syntes å innebære ulike utfordringer. Dette er for eksempel faggrupper med sterke meninger om sin yrkesutøvelse og arbeidsplassens rammevilkår. Noe av utfordringen i forhold til å innføre reformer innen slike

sektorer er at de fagutdannede mener de sitter med en fasit til hvordan deres sektor bør styres (Mintzberg, 1998).

3.2 Indre drivkrefter for endring

Andrew Van de Ven og Marshall Scott Poole (1995) har gjennom en større litteraturstudie kartlagt og kategorisert de ulike indre drivkreftene som finnes i forhold til endring. De har samlet disse perspektivene i fire hovedkategorier som beskriver hvorfor endringer finner sted: teori om livssykluser, teori om teleologi, teori om dialektikk, og teori om evolusjon.

Figur 3: fire kategorier drivkrefter illustrert av Van de Ven og Poole (1995, s.520), (Roness, 1997).

Analyse- enheter	Flere	Evolusjon	Dialektisk
	En	Livssyklus	Teleologisk
		Pålagte	Konstruktive/planlagte
		Type endring	

I tillegg til disse fire teoriene trekker også Dag Ingvar Jacobsen (2012) fram en femte kategori som beskriver endring som anarki.

Roness (1997) påpeker for øvrig i forhold til de fire kategoriene at disse ikke nødvendigvis må sees på som separate drivkrefter, men at det i praksis ofte vil være en kombinasjon av en eller flere av disse som fører til endringer i organisasjoner.

3.2.1 Teori om livssykluser

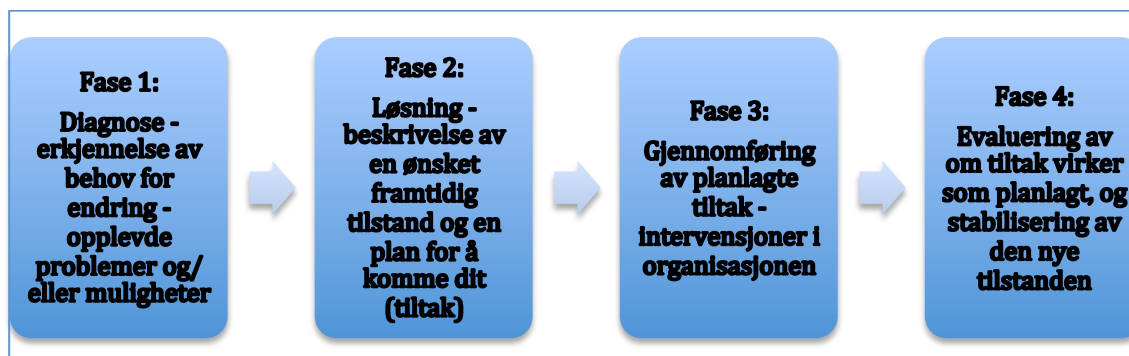
Livssyklusmodellen er et alternativ hvor endringen beskrives som et naturlig utviklingsmønster i en enhets levetid. Innenfor denne modellen er endringene forutbestemt, og følger et bestemt mønster som er de fasene enhver enhet skal gjennom (Van de Ven og Poole, 1995). Jacobsen (2012) beskriver ulike faser en organisasjon skal igjennom i løpet av sin livssyklus, noe som avhenger av både alder og størrelse. Sykehjemsetaten ble etablert i 2007, og kan i så måte vurderes som en relativt ung organisasjon. Størrelsesmessig kan etaten med sine om lag 3800 årsverk vurderes som en stor organisasjon (Sykehjemsetaten, 2014a). Begge disse faktorene fremstår som viktige elementer som kan forklare en organisasjonsendring i tråd med teorien om livssyklus (Jacobsen, 2012).

Hvorvidt etableringen av rene korttidssykehjem i Sykehjemsetaten kan føye seg inn i denne logikken må kartlegges gjennom intervju. Gjennom sin livssyklus har Sykehjemsetaten vært i kontinuerlig utvikling og endring. Om dette siste vedtaket er en utviklingsmessig forutbestemt endring syntes derfor naturlig å vurdere. For å kartlegge dette vil en eventuell sammenligning med lignende etaters utvikling kunne være med på å gi svar, eventuelt vil andre kommuners valg av tilsvarende organisasjonsløsning kunne gi et sammenligningsgrunnlag.

3.2.2 Teori om teleologi

Modellen om teleologi er et alternativ hvor endringer skjer planlagt. Endringene skjer som følge av at personer ser problemer, og deretter setter seg mål for å løse disse problemene (Van de Ven og Poole, 1995).

Figur 4: illustrasjon av forløpet ved en planlagt endring (Jacobsen, 2012).



Dersom etableringen av korttidssykehjem skal passe inn i teorien om teleologi må dette være en planlagt endring. I tråd med Jacobsens skjema fra 2012 innebærer dette at noen har sett og anerkjent et behov for endring, allikevel er hvem som har stått for denne anerkjennelsen ikke noe som fremkommer i dagens tilgjengelige dokumentasjon. Fase 2 som er løsningen fremstår her å være valget av en organisering med egne korttidssykehjem. Fase 3 og 4 fremstår i forhold til denne oppgaven som lite relevante, men vil derimot kunne være beskrivende og relevante i det videre arbeidet rundt korttidssykehjemmene i Oslo.

Hvorvidt denne modellen kan bidra til å besvare problemstillingen vil dermed avhenge av prosessen som har ført til dette valget om endring, og da særlig om dette valget har vært planlagt og rasjonelt.

3.2.3 Teori om dialektikk

Den dialektiske prosessen tar utgangspunkt i at endringer skjer som følge av en interessekonflikt (Van de Ven og Poole, 1995). Endringen inntreffer som et resultat av en maktkamp hvor møtet mellom en tese og en antitese skaper en syntese, eller en ny endring. Denne interessekonflikten kan foregå både internt i organisasjonen, men også mellom organisasjoner (Jacobsen, 2012).

Hvilken interessekonflikt som eventuelt kan ligge til grunn for valget av rene korttidssykehjem vil komme til syne i intervjuene av informanter. Flere faktorer både internt og eksternt kan ha ført til en interessekonflikt som har framprovosert denne endringen. Eksternt kan for eksempel samhandlingsreformen ha ført til denne typen interessekonflikt ved at ansvaret for pasientene nå overføres tidligere oppstår det en konflikt i forhold pasientbehandlingen som også inkluderer økonomiske utfordringer. Syntesen på denne interessekonflikten blir dermed å gjennomføre en endring som innebærer å etablere rene korttidssykehjem.

Interne interessekonflikter vil for eksempel i dette tilfellet slik jeg ser det være innenfor organisasjonen Oslo kommune, og ikke kun i Sykehjemsetaten. Eksempelvis vil politiske holdninger og vurderinger kunne ha vært med på å skape denne typen interessekonflikt, for eksempel ved ulike holdninger til driftsmodell i Sykehjemsetaten og i det politiske miljø.

3.2.4 Teori om evolusjon

Evolusjonsmodellen spiller på teorien om naturlig utvelgelse av Darwin. På lik linje som innenfor den biologiske naturlige utvelgelsen vurderes her organisasjonsendringer som en varig syklus av variasjoner, utvalg og opprettholdelse (Van de Ven og Poole, 1995).

Endringene vurderes her som å inntreffe som et resultat av en konkurranse om knappe ressurser (Jacobsen, 2012).

Evolusjonsmodellen som tar utgangspunkt i en konkurranse om knappe ressurser kan være en mulig forklaringsfaktor til endringen i Sykehjemsetaten. I tråd med dette kan etableringen av rene korttidssykehjem sees som en naturlig utvikling og tilpasning til dagens behov og endrede krav hvor bare den sterkeste overlever. Slik jeg forstår det kan dette forstås i tråd med endringene i dagens samfunn, hvor kun de som tilpasser seg kravene til økt spesialisering og sterkere individrettet pleie vil kunne finne sin plass. Med økte krav til både pleien, og endrede økonomiske rammer som følge av samhandlingsreformen kan denne endringen ha vært en nødvendighet for å sikre videre drift av korttidsplasser.

3.2.5 Teori om anarki

Jacobsen (2012) fremmer et femte perspektiv på endring i tillegg til de fire presentert av Van de Ven og Poole. Innenfor den anarkiske modellen sees endring på som et resultat av tilfeldigheter. Organisasjonsendringen blir i så måte vurdert som noe som skjer uten at en klar intensjon ligger til grunn. Endringen forekommer og bestemmes innenfor denne modellen som et resultat av at ulike aktører møtes på ulike steder til ulike tidspunkt. Tilfeldigheten vil spille inn da hvem som møtes, hvor og hvordan vil være avgjørende faktorer. Disse faktorene vil kunne variere, og løsningen vil dermed kunne være et resultat av tilfeldigheter.

Den anarkiske modellen fordrer i motsetning til teorien om teleologi at endringen skjer som følge av en tilfeldighet. I forhold til etableringen av rene korttidssykehjem fremkommer ikke bakgrunnen for valget av organisasjonsstruktur og hvor dette initiativet kommer fra. Om dette er et resultat av tilfeldigheter, eller om det er en planlagt strukturendring, vil det være nødvendig å kartlegge i dybdeintervjuer.

4.0 METODE

4.1 Valg av metode

Den samfunnsvitenskapelige metoden har som formål å frembringe kunnskap om vår sosiale virkelighet, gjennom analyse og tolkning skal denne informasjonen gi oss økt kunnskap om vår verden (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011).

Johannesen, Christoffersen og Tufte (2011) trekker fram ett viktig metodologisk skille innenfor den samfunnsvitenskapelige metoden: kvalitativ og kvantitativ metode.

Den kvantitative metoden innebærer å kartlegge gjennom telling en problemstilling mer i bredden ut i fra ett definert sett av enheter og variabler. Informasjonen som innhentes ut i fra den kvantitative metoden vil kunne være begrenset, men strukturert, og vil kunne bli hentet inn gjennom særlig spørreundersøkelser (Ringdal, 2007).

Den kvalitative metoden, som hovedsakelig utføres ved intervjuer, eller observasjon, tillater en dypere forståelse av problemstillingen. Problemstillingen kan her endres ut i fra svarene en oppnår, blant annet hvis en blir gjort kjent med nye relevante elementer for problemstillingen. Den kvalitative metoden tillater en større fleksibilitet i forhold til å innhente informasjon for å svare på problemstillingen, samtidig som det er mulig å fortolke et sosialt fenomen. Et valg av en kvalitativ metode vil i så måte kunne gi mer informasjon om kvalitet og bakgrunnen for en reform da dette er noe som vanskelig kan tallfestes (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011).

For å besvare denne oppgavens problemstilling vil det slik jeg ser det være mest hensiktsmessig å benytte en kvalitativ forskningsmetode. Intervjuer fremstår her som mest relevant for å klare å samle relevante data. I tillegg til den kvalitative studien med intervjuer syntes det hensiktsmessig å innhente dokumentasjon som kan ha vært brukt som bakgrunn for vedtaket om å etablere korttidssykehjem.

4.2 Dokumentanalyse

For å underbygge, bekrefte eller avkrefte funn fra intervju fremstår det som nødvendig å kartlegge eventuell dokumentasjon som kan ligge til grunn for valget om å etablere rene korttidssykehjem.

4.2.1 Gjennomsiktighet

Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (2006) regulerer forhold rundt offentlighet, og er ment å sikre både gjennomsiktighet og åpenhet i offentlig sektor. Hovedregelen i loven er at det er innsynsrett i offentlige dokumenter, men det trekkes også fram ulike unntaksbestemmelser i kapittel 3.

I forhold til kartleggingen av dokumenter som finnes i forhold til etableringen av korttidssykehjem er det slik jeg ser det fremtredende at disse kan syntes vanskelig tilgjengelig for allmennheten. Størstedelen av dokumentene fra byrådsavdelingens offentlige journal om temaet er unntatt offentlighet, og kan kun oppnås på forespørsel med begjæring om innsyn. I tillegg er også saksdokumentene fra Sykehjemsetaten unntatt offentlighet, noe som vanskeliggjør tilgangen.

Kapittel 3, §14 i Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (2006) presiserer at dokumenter i forhold til internt saksarbeid kan unntas offentlighet. Dette vil allikevel være en viktig avveining da gjennomsiktighet og åpenhet rundt offentlig dokumentasjon vil kunne øke tilliten og forståelsen for det offentlige apparat. Hvorvidt dokumentene som berører vedtaket om etableringen av korttidssykehjem går inn under denne paragrafen må vurderes i forhold til de ulike dokumentene, men fremstår som en viktig diskusjon. Balansen mellom å gi riktig og relevant informasjon til allmennheten, samtidig som at arbeidsprosessen internt skal fungere best mulig vil etter min oppfatning ha en naturlig innvirkning på dette valget.

4.2.2 Ekstern dokumentasjon

Gjennom søk etter ekstern fritt tilgjengelig dokumentasjon fremstår det som tydelig at det finnes relativt lite. Søk i databaser etter forskning, men også søk i postjournaler både hos byrådsavdelingen og i Sykehjemsetaten gir få treff som kan forklare bakgrunnen for valget av ny organisasjonsmodell for korttidsplasser.

Informasjonen som er tilgjengelig i postjournal særlig hos byrådsavdelingen består i stor grad av mailutvekslinger og informasjonsdokumenter fra Byråd for eldre og sosiale tjenester. Denne informasjonen forklarer ikke hvor ideen om å etablere rene korttidssykehjem kommer fra, ei heller hvorfor denne modellen ble valgt. Sykehjemsetatens offentlig tilgjengelige informasjon gir også få slike opplysninger.

Ved søk på Oslo kommune og Sykehjemsetatens nettsider finnes det lite informasjon om etableringen av korttidssykehjem. I tillegg til informasjonen som ligger i budsjettet for Oslo kommune 2014, er det under nyheter fra Sykehjemsetaten lagt inn en kort beskrivelse av endringen som skal gjennomføres (Sykehjemsetaten, 2014b). Begge steder trekkes samhandlingsreformens utfordringer fram som pådriver for behovet for å endre og videreutvikle korttidstilbudet i Sykehjemsetaten. Det beskrives ikke ytterligere hvorfor akkurat denne organisasjonsformen er valgt, ei heller hvilke vurderinger som har ført til dette valget.

Ved søk i databaser er det få treff i forhold til korttidssykehjem. Tidligere forskning berører i stor grad helsefaglige problemstillinger, men i liten grad organisatoriske forhold. Søk i databaser som for eksempel Ebsco host, som er en samleside for ulike tidsskrifter, gir ingen treff i forhold til hva som kan ligge til grunn for det valget som er gjort i Oslo kommune. Forskningsartiklene som finnes her tar i stor grad for seg medisinske aspekter i forhold til korttidsopphold i sykehjem, i tillegg finnes det artikler i forhold til tidsperspektivet for korttidsopphold, forholdet mellom korttidsopphold og sykehus, samt vurderinger av behovet for korttidsplasser.

Fagbladet til Norsk sykepleierforbund og Tidsskriftet for den norske legeforening publiserer i Norge en stor del av den forskningen som gjøres i forhold til helsesektoren. Søk etter korttidssykehjem i Sykepleien gir ett treff, en artikkel som omtaler et korttidssykehjem i Bergen kommune, men hvor fokuset er arbeidsforholdene til fagpersonellet (Fonn, 2013).

Søk i Tidsskriftet etter korttidssykehjem gir to treff hvor en er en kostnadsanalyse av intermediærplasser kontra sykehusplasser, og den andre omtaler spesialiserte korttidsplasser i tråd med Trondheimsmodellen (Tidsskriftet for den norske legeforening, 2014).

Øvrige søk, blant annet på regjeringen.no, gir ingen relevante treff.

4.2.3 Intern dokumentasjon

Under arbeidet med oppgaven, og gjennom kontakter i Sykehjemsetaten gjøres jeg kjent med at det eksisterer flere interne dokumenter som omhandler valget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem. Dette gjelder særlig tre delrapporter som er utarbeidet i forbindelse med verbalvedtak H36/2012, diverse intern informasjon i forbindelse med disse, samt dokumenter til bruk i den videre arbeidsprosessen. Disse blir jeg gitt tilgang til, og tillatelse til å bruke, under forutsetning av at oppgaven unntas offentlighet da dette er informasjon som foreløpig ikke er allment kjent.

I postjournal for Byråd for eldre og sosiale tjenester finnes noe dokumentasjon i forhold til etableringen av korttidssykehjem, da særlig gjennom å følge verbalvedtak H36/2012. Mye av informasjonen som ligger tilgjengelig der er unntatt offentlighet, og er i så måte kun tilgjengelig på forespørsel (Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, 2014).

På bakgrunn av dette opplever jeg at det er lite tilgjengelig informasjon om bakgrunnen for valget av ny struktur for Sykehjemsetaten. Hvorvidt det finnes, eller er gjort forskning på denne typen organisasjonsform, og hvorfor akkurat denne er valgt, syntes viktig å få informasjon om i intervjusituasjonen.

4.3 Utvalg av informanter

Intervjuer kan i en kvalitativ undersøkelse innebære både individuelle samtaler og gruppeintervjuer. Utvalget og størrelsen på dette vil være avgjørende (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011).

I forhold til denne oppgaven fremstår gruppeintervjuer som lite aktuelt da informantenes interaksjon og diskusjoner rundt problemstillingen sannsynligvis vil gi lite hensiktsmessig informasjon da informantene det er aktuelt å intervjuer har og har hatt ulike roller i prosessen. Individuelle intervjuer for å kartlegge prosessen rundt reformen som er vedtatt vil etter min oppfatning gi mest relevant informasjon. Ved å intervjuer vil det være mulig å få inngående data om informantenes deltagelse og rolle i reformprosessen, samt kunnskap om bakgrunnen for denne.

Johannesen, Christoffersen og Tufte (2011) definerer ulike metoder for strategisk utvelgelse av informanter, blant annet ekstreme og/eller avvikende utvalg, intensive utvalg, utvalg med maksimal variasjon, homogent utvalg, utvalg med typiske tilfeller, kvoteutvelgelse, utvalg med kritiske tilfeller, eller kriteriebasert utvelgelse.

Antallet informanter vil avhenge av målet med intervjuet, og hvilken problemstilling som ligger til grunn. Dette antallet vil også avhenge av mulighetene for tids- og ressursbruk for den enkelte forsker (Ringdal, 2007).

For å samle inn data om prosessen rundt etableringen av korttidssykehjem vil et tilfeldig utvalg av informanter være svært lite hensiktsmessig. En kriteriebasert utvelgelse, hvor informantene velges ut i fra fastsatte kriterier, syntes i denne oppgaven å være mest hensiktsmessig (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Relevante kriterier her vil være at informanten har hatt en rolle i prosessen med å etablere reformen av sykehjemsdriften i Oslo, samt at vedkommende enten politisk eller administrativt har deltatt i dette arbeidet. I forhold til den aktuelle problemstillingen vil etter min oppfatning følgende informanter oppfylle kriteriene for deltakelse: representant for byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, prosjektleder for etableringen av korttidssykehjem, ledelsen i Sykehjemsetaten som har vært involvert i prosessen rundt etableringen av korttidssykehjem, og representanter for ulike fagforbund, så som for eksempel Norsk sykepleierforbund, Legeforeningen, og Fagforbundet. Totalt forespørres ti personer om å delta i undersøkelsen.

Fremgangsmåten for å kontakte informanter er noe ulik i forhold til byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten. Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester kontakter jeg først per telefon, hvor jeg så blir bedt om å sende forespørselen per e-post. Deretter kontakter jeg igjen byrådsavdelingen per telefon for å gjøre en konkret avtale om intervju. Etter telefonisk kontakt med prosjektleder i Sykehjemsetaten sendes der forespørselen om deltakelse i intervju

direkte til aktuelle informanter på e-post. Forespørselen følges opp enten på e-post, eller på telefon.

I byrådsavdelingen stiller en person i en ledende rolle til intervju. Vedkommende har vært sterkt deltakende i prosessen rundt vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem. Denne informanten har forespurt øvrige ansatte i byrådsavdelingen, men det har der ikke vært andre aktuelle personer som har hatt anledning til å delta.

I Sykehjemsetaten forespørres ni personer om å delta, og fire av disse stiller til intervju. Tre av personene gir ingen respons verken på telefon, eller på e-post. En av de forespurte ønsker ikke å delta da hun mener hun ikke har nok kompetanse i forhold til den aktuelle problemstillingen. Ytterligere en informant sier hun kan stille, men hun har ikke anledning til å stille til intervju før om relativt lang tid slik at dette vanskelig lar seg gjennomføre i forhold til frister for oppgaven. De fire personene som intervjues i Sykehjemsetaten er ansatt i ulike roller, og gir på tross av antallet etter min oppfatning allikevel et godt bilde av situasjonen da flere av dem har vært sterkt delaktige i prosessen rundt etableringen av korttidssykehjem i Oslo. Samtlige informanter som intervjues er kvinner.

4.4 Spørsmålsutforming og intervjusituasjon

Intervjuet innenfor den kvalitative metoden defineres som en samtale som har ett formål og en struktur. Dette intervjuet kan gjennomføres på tre ulike måter: ett ustrukturert intervju, et semistrukturert intervju, eller et strukturert intervju. Intervjumetoden defineres med andre ord av hvor planlagt dette er i forkant, samt av hvor strengt dette styres av forskeren (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011).

I forhold til å samle inn data i forhold til valget om å etablere rene korttidssykehjem syntes å være en hensiktsmessig endring vil et semistrukturert intervju slik jeg ser det være best egnet. Her vil intervjuer ta utgangspunkt i en overordnet intervjuguide, men det vil være rom for variasjoner og endringer innenfor denne (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Denne metoden syntes mest relevant da det vil være nødvendig å kartlegge ulike bestemte ting, slik som blant annet hvorfor denne organisasjonsformen er valgt, samtidig som det er nødvendig å

la den enkelte informant selv få utdype sine meninger rundt de ulike temaene som er relevante.

Et ustrukturert intervju vil slik jeg opplever det være lite hensiktsmessig i forhold til den aktuelle problemstillingen. Temaet kan av den enkelte tolkes og den eventuelle misnøyen i forhold til arbeidsforhold i eldreomsorgen, etableringen av Sykehjemsetaten, personlige forhold eller lignende kan bli overskyggende. På den måten vil problemstillingen forsvinne, og informanten ser intervjuet som en utløpsmulighet for sin frustrasjon, eller personlige meninger. Et strukturert intervju vil i motsatt retning i denne sammenhengen bli for bindende i forhold til problemstillingen. Det strukturerte intervjuet vil etter min oppfatning begrense muligheten til å innhente relevante data til denne typen problemstilling.

Ved dette semistrukturerte intervjuet vil det være relevant å utforme spørsmål som kan sikre at jeg får svart på problemstillingen, men uten at disse blir overstyrende for samtalen. Spørsmålene i intervjuguiden blir viktige for å holde den røde tråden, samtidig som de sikrer at nødvendig informasjon blir samlet inn. Intervjuguiden er konkret utformet for å kunne svare på problemstillingen: først på et mer overordnet nivå i forhold til det spørsmålet jeg ønsker å besvare, deretter mer spesifikt i forhold til de ulike teoretiske perspektivene som kan forklare en organisasjonsendring. Ut i fra informantenes svar, har det også vært anledning til å utdype enkelte punkter, samt be om presiseringer der dette har vært nødvendig.

Intervjuene har vært tilpasset informantenes behov, men samtlige har blitt tatt opp med digital opptaker. To av intervjuene har vært utført per telefon, mens de tre andre intervjuene har vært gjennomført ved personlig oppmøte. Skriftlig samtykke har blitt innhentet fra alle intervjuobjektene.

4.5 Evaluering av den kvalitative undersøkelsen

Den kvalitative undersøkelsen fordrer en vurdering av kvaliteten på undersøkelsen, dette på lik linje, men med andre metoder, som innenfor kvantitativ metode hvor blant annet reliabilitet og validitet undersøkes. Innenfor den kvalitative metoden er undersøkelsen av

kvalitet annerledes, og begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet, og bekreftbarhet benyttes (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011).

Pålitelighet henspiller på undersøkelsens data, men er tilsynelatende mindre hensiktsmessig enn reliabilitetstesting innenfor den kvantitative metode. For å øke påliteligheten innenfor den kvalitative metoden vil stikkord som sporbarhet, grundige beskrivelser av prosess og kontekst være viktig (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). I forhold til den valgte problemstillingen syntes blant annet en grundig beskrivelse av informantutvalg og kontekst å være særs viktig for å sikre påliteligheten i undersøkelsen. Påliteligheten i dette tilfellet syntes etter min oppfatning ivaretatt da alle informantene er utvalgt fra forhåndsbestemte kriterier, samt at konteksten og prosessen rundt utvalget etter min oppfatning er grundig beskrevet.

Troverdighet innenfor den kvalitative metoden har som fokus om forskerens metode og data speiler virkeligheten. Det vil si om funnene og den benyttede metoden inneholder feilkilder, og om dataene er troverdige (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Troverdigheten når det gjelder den aktuelle problemstilling vil slik jeg ser det særlig avhenge av beskrivelsen av fortolkningen av informantenes synspunkter og informasjon. Kartleggingen og åpenheten rundt mulige feilkilder, så som for eksempel hukommelsesskjevhet da hensikten er å kartlegge tidligere hendelser, vil være svært viktig. Samtlige informanter har vært involvert i prosessen rundt etableringen av korttidssykehjem i Oslo. De har allikevel deltatt i ulike stadier og roller i prosessen rundt etableringen av korttidssykehjem noe som kan medføre feilkilder som følge av ulike oppfatninger av situasjonen. Denne ulike oppfatningen av situasjonen kan bunne i hukommelsesskjevhet, men den kan også være reell ut i fra de ulike informantenes rolle. Jeg vurderer forøvrig nærmere de svakhetene jeg mener er viktige i forhold til analysen i kapittel 4.6.

Overførbarhet viser til dataenes generaliserbarhet, det vil si om de aktuelle funnene i undersøkelsen kan benyttes for å belyse lignende problemstillinger på andre lignende områder (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Hvorvidt dataene fra denne undersøkelsen er generaliserbare vil avhenge av de funnene forsker gjør. Oslo kommune, og Sykehjemsetaten er i en særstilling, blant annet med tanke på størrelse og ansvarsområde, noe som kan vanskeliggjøre generaliserbarheten (Sykehjemsetaten, 2012a). Ulike funn syntes allikevel etter min mening å kunne generaliseres innenfor Oslo kommune hvis man ser ut over det rent spesifikke som berører temaet eldreomsorg. Øvrige funn i forhold til det å gjennomføre en

større organisasjonsendring kan i så måte kunne benyttes i andre sammenhenger. I forhold til eldreomsorg kan eventuelle funn generaliseres og eventuelt benyttes i forhold til tilsvarende prosesser som skal gjennomføres i andre kommuner.

Bekreftbarhet spiller på at resultatene fra undersøkelsen skal være et resultat av funn, og ikke av forskerens rolle. Dette gjøres gjennom at forskeren klargjør prosessen rundt metodearbeidet, og er åpen i forhold til eventuelle feilkilder, og påvirkning av fortolkningen. For å underbygge bekreftbarheten kan det være hensiktsmessig å benytte annet datamateriale for å styrke vurderingene forskeren har gjort (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). Bekreftbarheten av funnene i denne undersøkelsen vil slik jeg ser det til en viss grad kunne underbygges av ulike data innhentet fra dokumentanalysen, dette kan for eksempel være forskning fra eventuelle tilsvarende reformer, eller organisasjonsendringer i offentlig sektor, samt ulike arbeidsdokumenter. I forhold til den aktuelle problemstilling vil blant annet dokumentanalysen kunne bidra til å bekrefte, eller avkrefte hvorfor denne typen organisasjonsform ble valgt.

4.6 Ethiske utfordringer og svakheter ved analysen

En forsker har i forbindelse med sine undersøkelser en rekke juridiske og etiske forpliktelser som må følges. De forskningsetiske retningslinjene og reglene må overholdes, og kategoriseres gjerne i tre ulike grupper: informantens rett til selvbestemmelser og autonomi, respekt for informantens privatliv og ansvar for å unngå skade (Johannesen, Christoffersen og Tufte, 2011). I forhold til den valgte problemstillingen vil også blant annet Oslo kommunes etiske retningslinjer spille en viktig rolle.

Etter min oppfatning er en viktig svakhet ved analysen antallet informanter som har deltatt. Utfordringen med å få informanter til å stille til intervju innenfor en rimelig tidsperiode har vært til dels utfordrende, da særlig i forhold til den øverste ledelsen i Sykehjemsetaten. På tross av et godt kontaktnett, og en positiv holdning til oppgaven i Sykehjemsetaten har det å få aktuelle personer til å stille til intervju vært mer utfordrende en antatt. Årsakene til dette har vært sammensatte: både manglende tid, vanskeligheter med å opprette kontakt, men også ønsket om ikke å delta har vært forklaringer. Selv med disse utfordringene, og det

opprinnelige ønsket om flere informanter, opplever jeg at de fem informantene jeg har gjennomført intervju med har gitt ett godt nok grunnlag for å svare på problemstillingen. Informantene representerer ulike roller, og har deltatt i ulike tidsrom av prosessen rundt etableringen av korttidssykehjem i Oslo. Intervjuene av disse fem har også gitt mye likelydende informasjon, og det har vært få punkter hvor det har vært stor uenighet mellom disse, det er derfor lite sannsynlig at flere informanter nødvendigvis ville gitt nye opplysninger.

En annen svakhet som vil kunne virke inn på analysen av data i sammenheng med problemstillingen er utfordringene i forhold til det å forske i egen organisasjon. Som forsker og ansatt i Sykehjemsetaten kan balansen mellom forutinntatthet og nøytralitet være vanskelig. I tillegg vil en eventuell presentasjon av negative resultater kunne være mer utfordrende da ansettelsesforholdet skal fortsette også utover forskningsarbeidet, noe som kan medføre konflikter i arbeidsforholdet.

En utfordring med arbeidet med oppgaven, noe som også kan bli vurdert som en svakhet ved analysen, har vært den manglende gjennomsiktigheten i forhold til dokumentasjonen som finnes i forhold til etableringen av korttidssykehjem i Oslo. Det å få tak i dokumentasjon og rapporter har vært svært utfordrende, noe som innebærer en mulig feilkilde i forhold til at det ikke er sikkert at jeg har fått tak i all relevant dokumentasjon. I tillegg til den rent praktiske utfordringen rundt det å innhente informasjon innebærer dette også et ønske fra Sykehjemsetaten om å unnta oppgaven fra offentlighet for en tidsbegrenset periode. Dette primært for å sikre arbeidsro, da informasjonen jeg er gitt tilgang til foreløpig ikke er gjort offentlig kjent. Samtidig er prosessen rundt etableringen av korttidssykehjem foreløpig i startfasen noe som gjør det viktig at denne får fortsette etter arbeidsgruppens ønsker uten en ekstern påvirkning, eller forstyrrelse som kan skape en offentliggjøring av disse dokumentene i en masteroppgave.

5.0 BAKGRUNNEN FOR ENDRING I SYKEHJEMSETATEN

5.1 Ytre påvirkningsfaktorer

5.1.1 Sosioøkonomiske forklaringsfaktorer

5.1.1.1 Demografisk påvirkning

Den demografiske utviklingen i Oslo mener alle informantene at har hatt en innvirkning på valget om å etablere separate korttids- og langtidssykehjem. Informantene trekker både fram den demografiske utviklingen som har funnet sted fram til nå, men også den framtidige sannsynlige demografiske utviklingen som årsak. Denne demografiske utviklingen, med økt andel eldre, høyere levealder, og bedre behandlingsmetoder endrer i følge informantene behovene innenfor eldreomsorgen.

Informantene er derimot noe uenige i hvor sterk påvirkning den demografiske utviklingen har hatt i forhold til valget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem.

En av informantene sier at hun helt klart opplever at dette har vært en utløsende faktor, og at dette vedtaket kommer som en følge av både den nåværende, men også den varslede demografiske utviklingen. Hun beskriver at denne utviklingen har medført et behov for å endre eldreomsorgen og det tjenestetilbudet som i dag eksisterer. I følge denne informanten er denne endringen et forsøk fra Oslo kommune på å tenke kreativt, samt være i forkant i forhold til den ventede utviklingen.

Flere av de andre informantene ser også denne demografiske utviklingen i sammenheng med samhandlingsreformen. De påpeker at både etableringen av Sykehjemsetaten i 2007 og samhandlingsreformen i 2012 var måter å tilpasse seg den demografiske endringen med en eldre befolkning, og at strukturendringen i Sykehjemsetaten som nå skjer bare er fortsettelsen på denne endringen. Informantene uttrykker at de dermed ikke opplever at den demografiske utviklingen har vært styrende for dette vedtaket, men at samhandlingsreformen med sine endringer har vært viktigere. De sier allikevel at denne reformen kommer på bakgrunn av den endringen som skjer i befolkningen, og at det da i så måte er en sammenheng.

Ingen av informantene mener at den nåværende, eller den framtidige demografiske endringen er hovedfaktoren som har utløst ønsket om strukturendring, men de sier at de heller vurderer

det som en faktor som kan ha vært medvirkende, både direkte, men også gjennom sin rolle i forhold til Samhandlingsreformen.

5.1.1.2 Økonomisk påvirkning

Ut i fra verbalvedtak H36/2012 blir Sykehjemsetaten bedt om å gi en tilbakemelding på de ulike problemstillingene som reises. Et av tiltakene som presenteres er en ny finansieringsmodell for langtids- og korttidsplasser. Ny finansieringsmodell for langtidsplasser i Sykehjemsetaten omtales i de interne delrapportene 1 og 3. Det trekkes i rapporten særlig fram at det er nødvendig å endre finansieringsstrukturen for langtidsplasser i sykehjem, da den nåværende finansieringsmodellen er relativt kompleks. I dag finansieres sykehjemsplasser ut i fra en modell hvor ulike typer plasser prissettes ulikt avhengig av hva som tilbys. Eksempelvis varierer prisen i 2012 med nærmere 500 000 kr for billigste type plass, som er ordinære langtidsplasser, og dyreste type plasser, som er forsterkede plasser annet. Dette store spriket i pris har tilsynelatende ført til at bydel som bestiller plasser kan ha nedprioritert å kjøpe visse plasser på tross av pasientenes behov på grunn av høyere prisnivå (Sykehjemsetaten, 2012b).

Som for langtidsplasser har det også eksistert et stort antall ulike korttidsplasser som bydelene kan bestille. Disse ulike plassene har en enklere prisstruktur hvor forskjellen primært ligger på prisforskjellen mellom korttidsplass og rehabiliteringsplass, noe som begrunnes med det ulike tilbudet. Her beskrives forskjellen i kostnadene for drift som reelle, og en videreføring av denne prisforskjellen fremstår som nødvendig. Sykehjemsetaten fremhever allikevel nødvendigheten av at denne prisforskjellen ikke blir for stor, da dette kan være et hinder for bydelene i å bestille de dyrere, men ofte medisinsk mer hensiktsmessige rehabiliteringsplassene (Sykehjemsetaten, 2012b).

En av endringene som foreslås gjennomført i forhold til korttidsplassene er en endring av prisen for plasser kjøpt utover en bloc, det vil si utover den bestillingen bydelen i utgangspunktet har gjort. Disse plassene foreslås gjort 25% dyrere enn ordinære korttidsplasser bestilt av bydel. I tillegg foreslår Sykehjemsetaten to mulige finansieringsmodeller for korttidsplasser som vil bli sendt på høring til bydelene: det ene forslaget er at alle korttidsplasser prises likt, det andre forslaget er at rehabiliteringsplasser

prises 10% høyere enn ordinære korttidsplasser, noe som er mer tilpasset i forhold til reelle kostnader (Sykehjemsetaten, 2012b).

Informantene trekker alle fram økonomi, da spesielt ny finansieringsmodell, som en mulig påvirkning til endringen, men det er som for de demografiske endringene uenighet i forhold til hvor stor rolle denne faktoren har spilt. Denne uenigheten bunner slik jeg forstår det ut i usikkerheten rundt om ny finansieringsmodell har vært en pådriver for endringsprosessen, eller om denne heller er en konsekvens av endringen som har skjedd. Dette beskrives også av en av informantene som sier at hun oppfatter at den nye finansieringsmodellen ikke nødvendigvis er årsaken til endring, men at det ved en såpass stor organisasjonsendring også gis en god anledning til å endre et finansieringssystem som ikke fungerer optimalt i dagens situasjon. En av de øvrige informantene sier at hun opplever at den nye finansieringsmodellen har vært viktig i forarbeidet, da hun opplever at eldreomsorgen stadig er under økonomisk press, med blant annet endrede budsjetttrammer, og at en endring av finansieringen derfor har vært en nødvendighet. For øvrig forklarer en av de andre informantene denne usikkerheten ved at hun sier hun er usikker på hvor stor rolle ny finansieringsmodell har spilt, men at hun ut i fra sin rolle har opplevd en vanskeligere økonomisk situasjon i sykehjemmene, hvor det stadig har vært budsjettkutt og strammere økonomiske rammer.

På tross av uenigheten blant informantene i forhold til hvor stor rolle økonomi som faktor har spilt i forhold til valget om å etablere rene korttids- og langtidspsykehjem, så sier de alle at de ikke opplever økonomi som en utløsende hovedfaktor for dette valget. Allikevel tolker jeg den ulike informasjonen som er tilgjengelig som en indikator på at det motsatte kan være tilfelle. Først og fremst offentliggjøres dette vedtaket for første gang i Oslo kommunes budsjett for 2014. I tillegg omhandler mye av den interne dokumentasjonen økonomi, blant annet vies ny finansieringsmodell av sykehjemsplasser stor plass i delrapportene som er utarbeidet av Sykehjemsetaten. I lys av dette kan det dermed se ut til at økonomien spiller en større og mer avgjørende rolle i forhold til etableringen av korttids- og langtidspsykehjem enn det informantene tenderer til å mene.

5.1.2 En politisk påvirkning

5.1.2.1 Det politiske miljøets påvirkning

Tre av informantene som er intervjuet er enige om at valget av ny organisasjonsform kommer fra det politiske miljøet, og at dette er en politisk ønsket endring. Hvor sterk denne påvirkningen har vært er det derimot noe uenighet om blant disse informantene.

En av disse informantene fremhever at hun mener at avgjørelsen om å etablere rene korttidssykehjem er et rent politisk vedtak fra bystyret. På den andre siden sier en av de andre informantene at hun ikke er like sikker på at dette kun er et rent politisk ønske, men også et ønske som bunner i reelle behov ut i fra de behovene som eksisterer i dag. Denne informanten er allikevel tydelig på at hun er usikker på dette, da hun sier at hun opplever at denne siden av vedtaket ikke har blitt belyst, men at dette mer er noe som er vedtatt, og at man derfor må forholde seg til det uavhengig av hvor det kommer fra.

To av informantene sier i motsatt retning at de ikke opplever vedtaket om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem som et rent politisk vedtak. Disse to sier at de mener at dette vedtaket er et samarbeidsprosjekt mellom det politiske miljøet og Sykehjemsetaten. Begge har vært involvert i prosjektet fra starten, og sier de mener de har observert et tydelig samspill, hvor ønsket om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem kommer fra et samlet politisk miljø i samarbeid med Sykehjemsetaten.

Informantene er tydelige på at flere faktorer kan ha ført til at det politiske miljøet kan ha sett det som en absolutt nødvendighet å innføre endringer innenfor sykehjemsdriften i Oslo kommune på bakgrunn av flere faktorer, som blant annet samhandlingsreformen og den demografiske utviklingen. Det politiske ønsket om å etablere separate langtids- og korttidssykehjem er dermed en tilpasning til de aktuelle behovene både i dag, men også i forhold til de langsiktige utfordringene, uten kun å således være et rent politisk utspill.

5.1.2.2 En endring i tråd med NPM?

Informantene trekker alle fram elementer som slik jeg tolker det både taler for og i mot at dette er en reform som er i tråd med ideene innenfor NPM, på lik linje med at flere av disse elementene også er fremtredende i den tilgjengelige dokumentasjonen i forhold til etableringen av rene korttids- og langtidssykehjem.

Flere elementer syntes å være i tråd med doktrinene i NPM, og kan i så måte være indikasjoner på at denne endringen føyer seg inn i en NPM-tradisjon, og kan begrunnes med dette. Blant annet er fokuset på økonomi som beskrevet i kapittel 5.1.1.2 fremtredende, og dette er også noe som trekkes fram som en av de viktigste faktorene for implementeringen av NPM i Skandinavia (Dalby, 2005). I tillegg til dette trekker informantene frem både konkurranseutsetting av sykehjem og bestiller-utfører organiseringen som særpreg ved sykehjemsdriften i Oslo. En av informantene beskriver også at det i denne prosessen har vært et sterkt fokus på å tenke kreativt og innovativt, og at det blant annet har blitt kontaktet ulike byråer for å skape et nytt design for sykehjemsdrift. Slik jeg forstår det er dette arbeidet liknende det som foregår i private markedsstyrte organisasjoner, og dette er i så måte igjen en faktor som kan være et tegn på en mer NPM-preget tankegang.

I motsatt retning, slik jeg oppfatter det, taler også flere elementer i mot at dette er en ren NPM-inspirert endring. Blant annet sier alle informantene at brukermedvirkningen i forhold til hele prosessen fram til dette vedtaket har blitt fattet, har vært totalt fraværende, mens dette i teorien fremheves som en viktig doktrine innenfor NPM (Dalby, 2005). I tillegg innebærer dette vedtaket etter min oppfatning heller en sentralisering i fire regioner, heller enn en desentralisering som er en annen viktig faktor innen NPM. På samme måte er det ingenting i verken dokumentasjonen i forhold til vedtaket, eller i hva informantene sier som indikerer verken en økt målstyring, eller en endring av ledelsesstrukturen i Sykehjemsetaten.

Vedtaket om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem kan slik jeg tolker det i lys av dette syntes å være en endring som innebærer både elementer fra NPM, men også med elementer som taler i mot disse doktrinene. Dette betyr dermed at det sannsynligvis ikke er en endring som direkte føyer seg inn i denne tendensen, men som derimot har elementer fra flere teorier innen utviklingen av styringsfaget.

5.1.3 Omgivelsene som årsak

5.1.3.1 Inspirasjonskilder

De ulike informantene sier de er usikre på hvor eksakt ideen til å etablere rene korttidssykehjem kommer i fra. Flere trekker allikevel fram ulike årsaker de mener kan ha påvirket og inspirert til denne ideen.

Trondheim kommunes arbeid med korttidsplasser trekkes fram av flere av informantene som en mulig inspirasjonskilde til ideen om å etablere rene korttidssykehjem. Trondheim kommune har valgt en løsning tilsvarende den som nå er valgt i Oslo. Der er i følge en av informantene korttidsplassene organisert separat fra langtidsplassene i egne helsehus. Dette bekreftes langt på vei av Trondheim kommunes (2013) internettsider, på tross av det ikke står spesifikt beskrevet her at korttids- og langtidsplassene er geografisk adskilte. Ytterligere søk viser at minst ett av de fire helsehusene som presenteres på Trondheim kommunes internettsider også har langtidsplasser, slik at sammenligningen med Oslos nye organisasjonsform ikke er totalt adekvat (Trondheim kommune, 2014). En av informantene beskriver endringen som er gjort i Trondheim som i tråd med det som nå skal gjennomføres i Oslo kommune, som en tilsvarende løsning. Hun sier også at dette etter hennes oppfatning har vært et vellykket tiltak i Trondheim, og at da Oslo på lik linje med Trondheim er en storby, er det sannsynlig at dette også kan ha en positiv effekt her.

En ytterligere inspirasjonskilde som trekkes frem av særlig en av informantene er en internasjonal påvirkning. Sykehjemsetaten har også tidligere gjennomført tiltak i tråd med internasjonale modeller, slik som blant annet Lotte-modellen som er inspirert av det danske Lotte-sykehjemmet i København (Sykehjemsetaten, 2013f). Informanten mener at Oslo kommune har et stadig økende fokus på hvordan eldreomsorg utføres i utlandet, både for å lære, men også for å hente inspirasjon til eventuelle hensiktsmessige endringer. Hun trekker blant annet fram Danmark, men også Irland og Nederland som aktuelle land med relativt sammenlignbare forhold både økonomisk og samfunnsmessig. Et ferskt eksempel på denne innhenting av internasjonal inspirasjon er den nylig gjennomførte studieturen til Nederland for flere av de ulike aktørene innenfor eldreomsorgen, hvor de besøkte demenslandsbyen i Weesp (Vestreng, 2014).

5.1.3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen nevnes av alle informantene som en utløsende faktor for at det politiske miljøet og Sykehjemsetaten velger løsningen med separate korttids- og langtidssykehjem, noe som er i tråd med det som står beskrevet i Oslo kommunes budsjett for 2014. De påpeker at denne reformen har medført store endringer innenfor eldreomsorgen, og da særlig i forhold til driften av korttids plassene. Informantene som er nærmest pasientene ut i fra sine roller opplever denne påvirkningen sterkere og mer tydelig enn de informantene som sitter i mer pasientfjerne roller. De som har størst nærhet til pasientene sier at de opplever at pasientgruppene har endret seg, at de har andre behov, og at samhandlingsreformen har økt skillet mellom behovene i langtids- og korttidsavdelingene. Dette sier de både kan være positivt, men også negativt i forhold til at det skillet som nå opprettes med rene korttids- og langtidssykehjem nødvendigvis vil føre til et endret fokus.

Det positive som trekkes fram av flere av informantene er at fokuset og behandlingsløpet sannsynligvis vil bli bedre for begge pasientgruppene da de har ulike behov og ønsker ut i fra om de er på et korttids- eller langtidsopphold. Den negative siden som trekkes fram er at dette skillet vil kunne skape A og B sykehjem, hvor korttidssykehjemmene får mye ressurser og søkere til stillinger, mens langtidssykehjemmene blir mindre populære som arbeidsplass og vil slite med et B-stempel. Informantene sier at dette er faktorer som de mener det politiske miljøet og Sykehjemsetaten sannsynligvis har tatt med i betraktning, men at de mener at pasientenes endrede behov etter samhandlingsreformen allikevel i stor grad forsvarer et større skille mellom korttids- og langtidspasienter for at disse skal få et mest mulig tilpasset behandlingsforløp.

5.1.3.3 Økt spesialisering som årsak

Flere av informantene sier at de opplever vedtaket om etablering av rene korttidssykehjem som en økt spesialisering, og noe som er i tråd med den endringen som har skjedd innenfor sykehussektoren.

Den 1. januar 2002 overtok staten eieransvaret for de offentlige sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Rent organisatorisk innebar sykehusreformen en etablering av fem regionale helseforetak. Reformen defineres som en av de største innenfor norsk

samfunnsliv, og hadde blant annet som mål å sikre et bedre pasienttilbud, en mer effektiv struktur, og en bedre utnyttelse av helsevesenets ressurser (Helsedepartementet, 2002). Informantene trekker her en parallell fra de regionale helseforetakene til de fire regionen for korttidssykehjem som er planlagt etablert i Oslo. Flere av informantene trekker dermed fram sykehusenes organisasjonsstruktur som en viktig inspirasjonskilde for valget som er gjort. Videre trekker flere av informantene fram at de mener at sykehusreformen også innebar en økt spesialisering med sammenslåing av like avdelinger og samlokalisering av spesialiteter. De trekker også her en parallell til endringen som er planlagt i Sykehjemsetaten. Ved å samle korttidsplassene ved fire sykehjem samles også kompetansen på dette området. Informantene er enige om at nettopp ønsket om å samle denne kompetansen kan ha vært en medvirkende faktor som har ført til valget av denne organisasjonsstrukturen.

Den positive siden som trekkes fram av informantene tilsvarer det som presenteres som formålet av Sykehjemsetaten, det ønskes et mer individrettet og tilpasset rehabiliteringsforløp (Sykehjemsetaten, 2014b). Flere av informantene sier at de mener at ved å samle ressurser og kompetanse vil man enklere oppnå dette gjennom at et styrket fagmiljø som sannsynligvis vil gi et bedre pasienttilbud. På den negative siden trekker særlig informantene fra Sykehjemsetaten frem at denne endringen kan medføre et ulikt tilbud for korttids- og langtidspasientene ved at korttidssykehjemmene blir prestisjesykehjemmene, mens langtidssykehjemmene får et B-stempel, dette som beskrevet i kapittel 5.1.3.1.

5.1.3.4 Ulike aktørers medvirkning

I tillegg til de overnevnte er det også flere øvrige aktører som trekkes frem av informantene, og som på hver sin måte kan ha hatt en innvirkning på prosessen rundt vedtaket om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem.

Blant annet fremhever flere informanter at Sykehjemsetaten har ett sterkt fokus på de ansatte gjennom både kompetanseheving, årlige medarbeiderundersøkelser, samt involvering av ulike fagforbund i ulike prosesser. Flere av informantene sier at de opplever at fagforbundene, som ansattrepresentanter, har blitt involvert på et tidlig tidspunkt, og at samarbeidet mellom disse og Sykehjemsetaten har vært godt.

I tillegg har Sykehjemsetaten et sterkt fokus på brukermedvirkning noe som kommer til syne blant annet gjennom etableringen av driftsstyrer ved alle sykehjemmene, og gjennom årlige pasient- og pårørendeundersøkelser (Sykehjemsetaten, 2013g) (Sykehjemsetaten, 2013h). Informantene er allikevel tydelige på at brukermedvirkningen har vært fraværende i forhold til arbeidet med vedtaket om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem. Alle informantene er sier at de opplever at pasienter og pårørende i svært liten grad har blitt involvert i prosessen med etablering av korttidssykehjem. To av informantene sier blant annet at de bestemt mener at verken pårørende, eller pasienter på noe tidspunkt har vært involvert, men at de mener at disse kommer til å bli involvert på et senere tidspunkt i prosessen. Dette strider slik jeg ser det til en viss grad i mot den brukermedvirkningen som er fokus i Sykehjemsetaten. Allikevel ser jeg at det i forhold til denne typen avgjørelser vil kunne være problematisk å involvere pasienter og pårørende da flere spørsmål vil stille seg slik som for eksempel: dette omhandler ulike enkeltindivider - hvem skal da involveres, og på hvilken måte skal deres innspill hensynstas uten at de settes inn i et omfattende forarbeid? Denne tankegangen bekreftes også av en av informantene som sier at hun tror at det å involvere pasientene eller pårørende på et så tidlig tidspunkt av en arbeidsprosess vil kunne komplisere og umuliggjøre denne. En av de andre informantene beskriver dette ved å være tydelig på at det ikke har vært noen medvirkning utover fra ledelsen i Sykehjemsetaten og det politiske miljø. Hun sier at hun opplever at dette har vært et vedtak som har hatt full støtte fra toppledelsen i Sykehjemsetaten, og at andre parter kun har blitt involvert på et senere tidspunkt i prosessen. På den annen side trekker en av de andre informantene frem at hun opplever at prosessen rundt etableringen av rene korttidssykehjem kan ha blitt gjort mer komplisert fordi pasienter, pårørende, men også ansatte ikke har blitt involvert. Hun sier at hun mener at dette totale fraværet av medvirkning fører til unødvendig usikkerhet og kanskje også motvilje mot vedtaket rett og slett på grunn av manglende kunnskap. Hun sier at hun ut i fra sin rolle opplever at særlig de ansatte blir preget av denne usikkerheten som i stor grad berører deres arbeidsplass.

I tillegg til de ulike interne aktørene fremstår også eksterne aktører som for eksempel media som viktig å ta i betraktning. Den allmenne oppfatningen er at media har en tendens til å presentere saker fra eldreomsorgen med en negativ vinkling, og at det er sjelden de gode historiene har hovedfokus i media. Ingen av informantene sier at de opplever at media har spilt en direkte rolle i forhold til valget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem, men at de mener at media kan ha hatt en mer indirekte påvirkning. Dette forklarer flere av

informantene med at de mener at medias mulighet til å påvirke, samt trusselen om negativ omtale kan ha framtvunget en endring. Flere av informantene sier allikevel at de mener at det allerede har vært tendenser til negativ medieomtale i forbindelse med offentliggjøringen av navnet på det første korttidssykehjemmet. De antyder også her at de opplever at den manglende informasjonen som finnes i forhold til etableringen av korttidssykehjem også kan henge sammen med denne frykten for negativ medieomtale.

5.2 Indre drivkrefter til organisasjonsendring

Informantene er i stor grad uenige om hvilken drivkraft som har vært styrende i forhold til hvor vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem kommer i fra, og flere av informantene trekker også fram at dette vedtakets drivkraft ikke kan beskrives ut i fra bare en teori, men at de opplever det som en kombinasjon av flere ulike elementer.

5.2.1 Livssyklus som drivkraft

Flere av informantene trekker fram teorien om livssyklus som en viktig drivkraft, men de påpeker at de opplever at denne ikke alene forklarer endringen som er vedtatt. De forteller at de opplever at etableringen av korttids- og langtidssykehjem er en naturlig utvikling av Sykehjemsetaten, men at denne endringen også påvirkes av andre faktorer. Informantene begrunner denne tankegangen med at denne utviklingen føyer seg inn i den videre utviklingen av Sykehjemsetaten som organisasjon, som en fortsettelse på de mange endringene som allerede er gjort. Denne endringen blir i så måte bare en videreutvikling av Sykehjemsetaten i tråd med dennes livssyklus. Allikevel påpeker informantene at de mener denne utviklingen i livssyklusen ikke skjer uten påvirkning av andre faktorer, og i så måte ikke alene kan forklare endringen av struktur.

Innenfor litteraturen, og ut i fra dokumentanalysen finnes det lite som kan underbygge denne teorien. Jeg opplever blant annet at det finnes lite som kan tillate å sammenligne med for eksempel modellen som er utprøvd i Trondheim kommune. Ytterligere forskning på dette feltet ville sannsynligvis i større grad ha tillatt en slik sammenligning. Allikevel oppfatter jeg ikke denne manglende dokumentasjonen som noe som utelukker at denne endringen er en del av Sykehjemsetatens livssyklus.

5.2.2 Teleologi som drivkraft

En av informantene mener bestemt at valget om å etablere rene korttidssykehjem kan forklares ut i fra teorien om teleologi. Hun sier at hun opplever at det på politisk nivå har blitt observert et problem som er sammensatt ut i fra blant annet utfordringer som følge av samhandlingsreformen og ut i fra et økonomisk perspektiv, og at det ut i fra dette problemet har blitt arbeidet for en løsning, som er best mulig tilpasset for å løse dette problemet. De øvrige informantene er ikke like bestemte i forhold til om dette vedtaket er en planlagt endring. Allikevel er det her etter min oppfatning også flere øvrige elementer som kan indikere at det dreier seg om en planlagt endring. Blant annet startet arbeidet med delrapportene i Sykehjemsetaten allerede i 2012, på samme vis som at dette nødvendigvis har vært et element i arbeidet med budsjettet for Oslo kommune 2014. Disse punktene kan slik jeg forstår det være tegn på at noen allerede da har identifisert et problem, som det deretter har blitt valgt en løsning på for å håndtere. Valget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem blir da i så måte en løsning på problemene som er observert på bakgrunn av de flere medvirkende ytre forklaringsfaktorene.

5.2.3 Dialektikk som drivkraft

Flere av informantene trekker fram ideen om en maktkamp som en mulighet, men dette fremstår ut i fra min oppfatning mer som løse tanker, og de er alle raskt ute med å avvise denne muligheten som enestående drivkraft. To av informantene trekker i motsatt retning fram at dette derimot har vært et samspill mellom det politiske miljø og Sykehjemsetaten. De sier at de mener at hele denne prosessen har vært preget av godt samarbeid mellom de impliserte partene, og at de opplever at alle helt fra starten har vært enige om at dette er en hensiktsmessig og god endring.

Slik jeg forstår det fremkommer det ikke informasjon verken i dokumentene, eller i intervjuene som indikerer at en maktkamp, eller interessekonflikt har vært drivkraften for dette vedtaket.

5.2.4 Evolusjon som drivkraft

Flere av informantene trekker fram elementer som kan beskrive en tankegang om naturlig overlevelse i tråd med teorien om evolusjon. Informantene begrunner dette med at de endrede kravene i samfunnet, den demografiske utviklingen, og den økonomiske situasjonen i eldreomsorgen tvinger fram dette valget for at Sykehjemsetaten skal kunne overleve.

En av informantene beskriver hele denne prosessen som en spiral, hvor endringen er nødvendig for Sykehjemsetatens overlevelse på sikt. Hun sier at hun opplever at helt fra Sykehjemsetatens etablering i 2007 har det kontinuerlig funnet sted endringer blant annet sak fra medbestemmelsesutvalget i 2013 som endret kravene til faglige kvalifikasjoner for ansatte i korttidsavdelingene. Denne informanten beskriver endringene i Sykehjemsetaten som en kontinuerlig spiral hvor en naturlig utvikling med stadig endringer for å overleve finner sted. Hun sier derfor at denne siste endringen kun er en naturlig utvikling som kan sees i sammenheng med tidligere endringer, og at den i så måte ikke kan sees som en overraskelse. Informanten sier at hun opplever at det er stor sannsynlighet for at denne utviklingen vil fortsette, og at endringer av driften og organisasjonsstrukturen sannsynligvis er nødvendig for å møte framtidens utfordringer. Hun trekker allikevel fram at dette siste vedtaket av enkelte også oppfattes som begynnelsen på slutten for Sykehjemsetaten, da denne desentraliseringen og økte spesialiseringen av enkelte oppleves som starten på en overføring av driftsansvar hvor en styrende etat ikke lenger er en nødvendighet.

Flere av de øvrige informantene trekker også fram elementer fra evolusjonsteorien som mulig drivkraft for endring. Blant annet sier flere av dem at denne endringen føyer seg inn i rekken av andre endringer, og i så måte er en naturlig utvikling og samfunnstilpasning for å overleve.

5.2.5 Anarki som drivkraft

En av informantene forklarer at hun heller opplever at den manglende informasjonen i forhold til bakgrunnen for dette vedtaket gjør at hun opplever at dette mer har en anarkisk drivkraft. Hun beskriver at for henne kan det se ut som at dette vedtaket har oppstått ut i fra tilfeldigheter, og at det kan oppleves som at det er noen som har fått denne ideen uten at det har vært gjort store forarbeider. Informanten presiserer allikevel at hun er usikker på om dette er tilfelle, eller om det rett og slett er manglende informasjon utad som gjør at hun sitter igjen

med dette inntrykket. Denne informanten stiller også spørsmål ved om dette kan være en form for ide presentert fra en politiker som ønsker sitt navn på en større reform. Det som taler i mot dette er nettopp det faktum at det fremstår som svært vanskelig å finne informasjon om hvor denne ideen kommer i fra, og at det samtidig ikke er noen som står fram som denne endringens far, eller mor.

På tross av denne informantens opplevelse av at den vedtatte endringen kan begrunnes med en anarkisk teori, oppfatter jeg det også slik som hun beskriver at denne begrunnelsen kanskje ikke er reell, men heller bunner i manglende informasjon og tilgang til dokumentasjon. Denne manglende kunnskapen om forarbeidet skaper i så måte en illusjon om at dette er lite gjennomtenkt, og i stor grad et resultat av tilfeldigheter

5.2.6 En kombinasjon av drivkrefter

Uenigheten om hvilken drivkraft som har ført til endringen av organisasjonsstruktur i Sykehjemsetaten kan slik jeg opplever det forklares på flere måter. Først og fremst kan noe av begrunnelsen være den manglende tilgjengelige informasjonen utad som påpekes av alle informantene. Denne mangelfulle informasjonen kan i så måte skape usikkerhet, som medfører en mangelfull forståelse for bakgrunnen for vedtaket.

En annen forklaring kan etter min oppfatning være at denne organisasjonsendringen inneholder elementer fra flere av de ulike teoriene, og at det da dermed ikke nødvendigvis er kun en drivkraft som peker seg ut som styrende. Av informantene trekkes flere ulike faktorer fram, slik som elementer som tilsvarer en livssyklus, elementer fra en teleologisk tilnærming, men også elementer fra teorien om anarki. Disse elementene komplementerer hverandre i tråd med det Roness (1997) beskriver, og kan etter min oppfatning til sammen utgjøre flere ulike drivkrefter som til sammen har drevet fram denne endringen. Sannsynligvis dreier det seg dermed ikke i denne prosessen om bare en drivkraft, men flere interne drivkrefter som sammen har ført til valget om å etablere separate korttids- og langtidssykehjem.

5.3 En kompleks organisasjonsendring med pasienten i fokus

5.3.1 Et bedret pasienttilbud

Forslaget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem innebærer flere ulike perspektiver, og Sykehjemsetaten presenterer flere ulike tiltak som er tenkt å bedre pasienttilbudet, slik at dette er mer individrettet og tilpasset den enkelte pasients behov. I tillegg til det økonomiske perspektivet med forslaget om en ny finansieringsmodell for korttids- og langtidsplasser presenterer også Sykehjemsetaten flere endringer de mener er nødvendige for å sikre et best mulig tilbud til pasientene. Blant annet legges det vekt på et endret tilbud som skal sikre et rett omsorgsnivå (Sykehjemsetaten, 2012b).

I forhold til korttidsplasser vektlegger for eksempel Sykehjemsetaten at det finnes for mange ulike typer plasser, slik at dette tilbudet bør reduseres. Dette innebærer at det vil skje en omgjøring av liknende typer plasser til to tjenestetilbud som er korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. I tillegg trekkes også en annen type endring fram, og det er overgangen fra en klassisk bestiller-utfører modell med rent driftsansvar for Sykehjemsetaten, til en overføring av også vurderingsansvar for pasienter til Sykehjemsetaten. Gjennom et mindre komplekst prissystempris er det tenkt at Sykehjemsetaten uavhengig av økonomi vil få et ansvar for å vurdere om korttidspasientene med liggetid over 8 uker skal flyttes til langtidsplass, framfor at denne vurderingen skal gjøres av bestillerkontorene. En tilsvarende løsning er tenkt for langtidsplassene. Pasientene vil i tråd med dette sannsynligvis få en riktigere type sykehjemsplass uavhengig av om bydelen er villig til å betale, eller ei. Risikoen for Sykehjemsetaten er selvfølgelig i dette tilfellet økte kostnader dersom dette medfører en økt bruk av spesialplasser (Sykehjemsetaten, 2012b).

Informantene er alle tydelige på at i forhold til den vedtatte endringen er det pasientens beste som står i fokus, og som bør sees som en viktig årsak til dette vedtaket. Flere av informantene trekker fram at de opplever at de tiltakene som er foreslått av Sykehjemsetaten i delrapportene alle har som mål å sikre et mest mulig tilpasset pasientløp, hvor økonomiske faktorer ikke spiller en avgjørende rolle. I følge disse informantene blir derfor etableringen av rene korttids- og langtidssykehjem bare en liten del av den endringen som nå skjer, slik at det også er viktig å se de øvrige tiltakene som er ønsket iverksatt.

5.3.2 Ikke bare en endring til rene korttids- og langtidssykehjem

Både i media, men også blant ansatte, pasienter og pårørende er det etableringen av rene korttids- og langtidssykehjem som har fått alt fokuset. Informantene som er kjent med de interne delrapportene er tydelige på at denne organisasjonsendringen som skal gjennomføres i Sykehjemsetaten ikke bare dreier seg om å etablere korttids- og langtidssykehjem, men også innebærer flere andre like viktige elementer.

I følge disse informantene er alle disse elementene viktige for å forstå vedtaket om etablering av korttids- og langtidssykehjem, da de alle på et vis henger sammen. Flere av informantene som har vært delaktige i prosessen rundt vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem beskriver i intervju dette samspillet mellom ulike elementer. Påvirkningen mellom de ulike elementene er informantene derimot noe uenige om. Noen av informantene mener at forslagene til endring som er foreslått er en naturlig konsekvens av vedtaket om å etablere korttids- og langtidssykehjem. Andre er mer usikre på om vedtaket kom først, eller om dette vedtaket heller er en konsekvens av de andre tiltakene som er foreslått.

Slik jeg forstår det, basert på både intervjuer, men også på bakgrunn av de ulike tiltakene som foreslås i delrapportene til Sykehjemsetaten, er det en klar sammenheng mellom etableringen av rene korttids- og langtidssykehjem og de øvrige tiltakene som er foreslått. Hvilken av disse endringene som er årsaken og hvilken som er konsekvensen, syntes uklart i den dokumentasjonen som er tilgjengelig. Det som framgår er allikevel at disse ulike tiltakene til sammen er ment å skulle skape en mer individ- og fremtidsrettet eldreomsorg i Oslo. En av informantene bekrefter denne oppfatningen ved å forklare at etableringen av korttids- og langtidssykehjem, samt de øvrige andre tiltakene alle har samme mål: Oslo skal ha en innovativ eldreomsorg som yter et best mulig tilpasset tjenestetilbud på alle nivåer.

5.3.3 Videre arbeid

Samtlige informanter er svært opptatte av den videre prosessen rundt valget om å etablere korttids- og langtidssykehjem i Oslo, og de er enige om at det er nå det viktigste arbeidet starter.

Flere av informantene trekker her fram framtidig forskning som viktig for å begrunne valget av ny organisasjonsmodell. I følge en av informantene er det i forhold til dette allerede inngått et samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus med tanke på forskning. Dette samarbeidet berører primært det helsefaglige, mens det slik jeg opplever det også vil være viktig å utføre forskning i forhold til det rent organisatoriske. I Sykehjemsetaten er det et sterkt fokus på at fagmiljøene skal arbeide kunnskaps- og forskningsbasert. Dette gjelder på alle nivåer, og innenfor alle profesjoner. Informantene forteller at de ikke kjenner til forskning om temaet korttids- og langtidssykehjem. Flere av informantene påpeker derfor at dette blir svært viktig fremover, og at de syntes det er grunn til å stille spørsmål ved om det burde ha vært gjennomført forskning i forkant av vedtaket for å vurdere hvorvidt den valgte organisasjonsformen er den mest hensiktsmessige. En av informantene beskriver dette med at hun ikke er kjent med forskning i forkant av vedtaket, og at det generelt finnes lite forskning i forhold til primærhelsetjenesten, men at hun mener at følgeforskning absolutt er noe som bør prioriteres nå. Hun påpeker også at manglende forskning ikke nødvendigvis må være noe negativt, men også kan sees på som at Oslo kommune her forsøker noe innovativt. Manglende forskning blir her etter hennes mening et tegn på noe positivt: Oslo kommune blir foregangskommune innen eldreomsorgen ved å forsøke noe nytt, og i dette arbeidet er det nødvendig med nytenkning og ikke bare kopiering av det som er gjennomført og forsket på i andre kommuner. En av de andre informantene sier at hun mener den manglende forskningen kan være en utfordring på sikt da hun mener dette kan bidra til at det oppstår overraskelser underveis som man kunne ha vært gjort kjent med i forkant gjennom et mer grundig forskningsbasert forarbeid.

Informantene trekker også fram informasjon til berørte parter som en viktig framtidig oppgave. Frem til nå har fokuset vært å informere berørte parter på det første utvalgte korttidssykehjemmet som er Solvang sykehjem. Alle informantene er allikevel opptatte av at informasjonsbehovet også videre ut i organisasjonen er viktig. Dette da spesielt i forhold til at ytterligere tre korttidssykehjem skal etableres, noe som innebærer store omveltninger også i forhold til andre ansatte, pasienter og pårørende. I følge en av informantene jobbes det aktivt

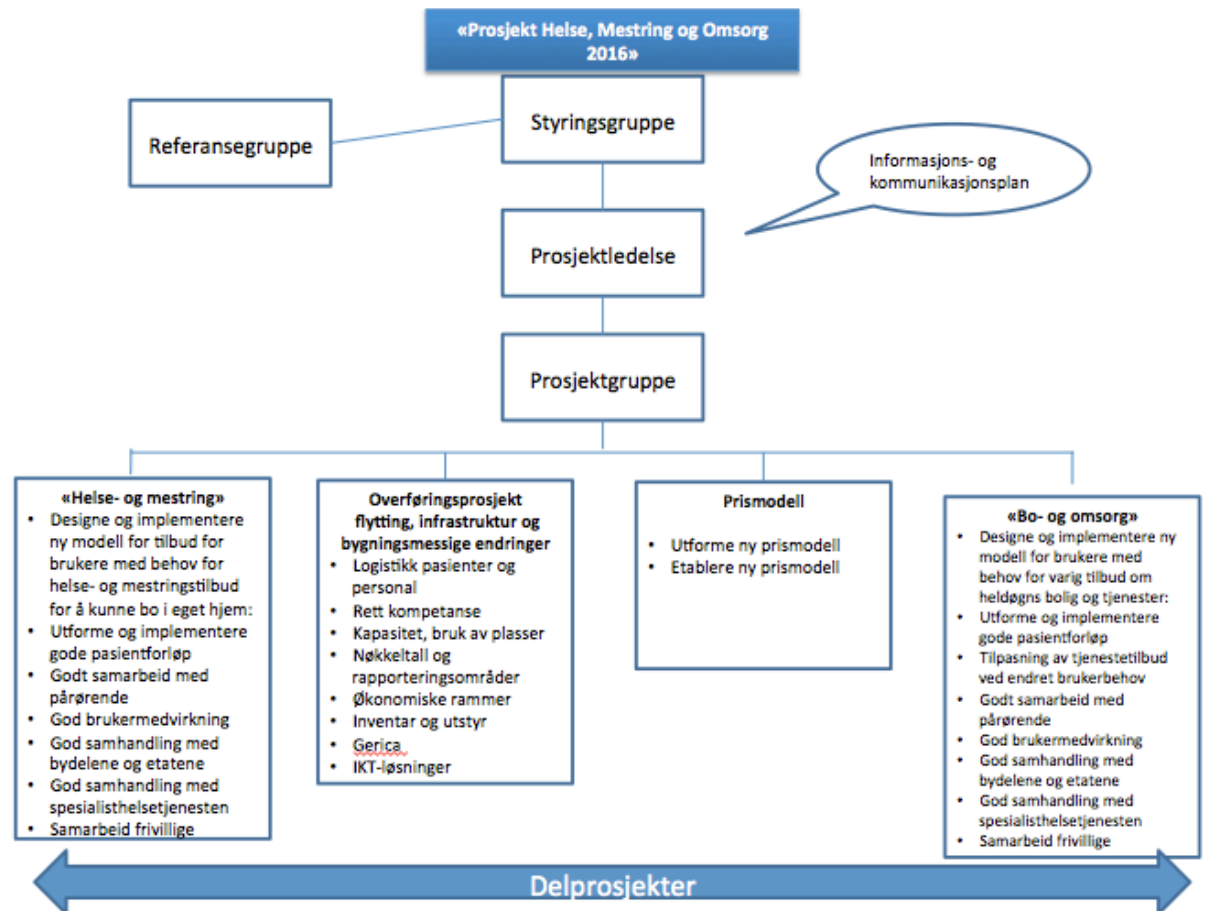
med dette punktet i Sykehjemsetaten, og dette vil følges aktivt opp av prosjektgruppen i Sykehjemsetaten videre.

Videre forklarer informanter som har arbeidet tett i forhold til dette prosjektet at et viktig fokus nå er å avklare hva korttidssykehjemmene i Oslo skal hete. Flere ulike alternativer drøftes i forhold til dette, blant annet navnet ”Helsehus” som benyttes i flere kommuner. Navnet er i følge to av informantene viktig da noe av hensikten med å omorganisere er å gå bort i fra sykehjemstankegangen for korttidsplassene. Disse nye korttidssykehjemmene skal i tråd med informasjonen gitt i nyhetsnotisen fra Sykehjemsetaten ha et tydeligere fokus på mestring og rehabilitering, heller enn den klassiske sykehjemsdriften (Sykehjemsetaten, 2014b).

En av informantene beskriver det videre arbeidet ut i fra fire ulike akser som det skal jobbes ut i fra, og som alle har en likeverdig rolle. To av aksene beskriver hun som arbeidet rundt den nye organisasjonsmodellen med separate korttids- og langtidssykehjem. Informanten forklarer at det arbeides med å utvikle to separate modeller for organiseringen av disse sykehjemmene. Noe av hensikten med dette sier hun at er både å forebygge en utvikling av A og B – sykehjem gjennom å skape et likeverdig, spennende og tilpasset tilbud innenfor begge typer plasser, men også med det at Sykehjemsetaten med dette tiltaket forsøker å tenke innovativt innenfor en sektor i endring. Videre beskriver denne informanten de to øvrige aksene det skal jobbes videre med som en mer organisatorisk i forhold til overflytting og reorganisering i praksis, og en ytterligere i forhold til etableringen av en ny finansieringsmodell for både korttids- og langtidsplasser.

Informantene er alle enige om at det gjenstår mye arbeid før dette arbeidet er slutført, og de vurderer dette videre arbeidet som både omfattende, tidkrevende, men også spennende.

Figur 5: skisse for videre arbeid (Sykehjemsetaten, 2014c).



6.0 KONKLUSJON

6.1 Hva kan forklare dette valget om å etablere egne korttidssykehjem som ble gjort?

Flere teoretiske perspektiver kan forklare organisasjonsendringer, og jeg har i denne oppgaven valgt å benytte to ulike innfallsvinkler for å belyse den valgte problemstillingen. Pollitt og Boucaerts rammeverk for reformer gir et godt rammeverk for å analysere hvilke ytre påvirkningsfaktorer som kan vært bakgrunnen for en endring; mens Van de Ven og Pooles ulike teorier, supplert med Jacobsens anarki-teori, gir et godt analysegrunnlag for hvilke interne drivkrefter som kan føre til en endring.

Valget av metode med en kvalitativ undersøkelse med intervjuer og en dokumentanalyse for å komplementere syntes å ha vært et hensiktsmessig valg for å besvare problemstillingen. På tross av velvilje fra både Sykehjemsetaten og Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester har det vært relativt utfordrende å få tak i relevant tilgjengelig dokumentasjon, samt å få til intervjuer med aktuelle personer innenfor et rimelig tidsrom. Dette er etter min oppfatning også den største svakheten ved analysen, nettopp at enkelte personer i viktige roller ikke har vært mulig å få til å delta i intervjuer. Jeg opplever allikevel at funnene kan klassifiseres som både troverdige, generaliserbare og bekreftbare da utvalget som har blitt intervjuet representerer et bredt utvalg både i forhold til rolle, arbeidssted og involvering i prosessen rundt vedtaket om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem i Oslo. I tillegg opplever jeg at funnene omhandler mer en kun eldreomsorg, og dermed også kan anvendes i forhold til andre endringsprosesser i offentlig sektor.

Dokumentanalysen ga mange svar, både i form av et i mine øyne noe overraskende fravær av offentlig tilgjengelig dokumentasjon, men også i form av de dokumentene jeg ble gitt tilgang til gjennom mitt kontaktnett i Sykehjemsetaten. Det fremstår allikevel som tydelig at i dette tilfellet er gjennomsiktigheten i forhold til prosessen noe begrenset, noe som med stor sannsynlighet ville gjort det vanskelig for utenforstående å få tilgang til beskrivende dokumentasjon. Valget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem i Oslo er tidsmessig en relativt fersk avgjørelse, og dette kan som en av informantene beskriver det ha komplisert mulighetene til å innhente kunnskap om vedtaket, samtidig som det også kan ha medført at informantene også delvis selv mangler informasjon.

Alle informantene er enige om at verbalvedtak H36/2012, og at arbeidet som ble gjort i forbindelse med dette var det som var det første offisielle steget som startet prosessen med å etablere rene korttids- og langtidssykehjem i Oslo. Dette arbeidet som ble utført i Sykehjemsetaten på oppdrag fra byrådsavdelingen dannet grunnlaget for det videre arbeidet med etableringen av separate korttids- og langtidssykehjem. Dokumentasjonen, da særlig Sykehjemsetatens delrapporter, presenterer forslaget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem som et svar fra Sykehjemsetaten på verbalvedtak H36/2012. Informantene nyanserer dette bildet noe ved også å peke på det politiske miljøets og Sykehjemsetatens egne påvirkning. Det er allikevel relativt stor uenighet rundt dette punktet, samt om hvor sterk, eller svak påvirkning de ulike partene har hatt i forhold til denne avgjørelsen.

Noe av det som allikevel skinner igjennom, og som beskrives av flere av informantene er at dette ikke er et vedtak som kommer fra en enkeltperson. Avgjørelsen beskrives mer som en plenumsavgjørelse som er fattet i samarbeid mellom det politiske miljø og Sykehjemsetaten. Dette har i så måte vært en samarbeidsprosjekt for på den måten å finne fram til en best mulig løsning tilpasset de behovene som både dagens og fremtidens eldreomsorg krever.

Flere ulike faktorer syntes å kunne forklare denne løsningen som har blitt valgt. Informantene trekker fram både ytre faktorer og indre drivkrefter, og nyanserer på den måten den korte beskrivelsen som blir gitt i Oslo kommunes budsjett hvor samhandlingsreformen trekkes fram som eneste årsak. Av de ytre faktorene som trekkes fram av informantene er både økonomiske perspektiver, som også belyses av en ny finansieringsmodell, men viktigere i følge informantene er de samfunnsmessige endringene som fremtvinger en endring innenfor eldreomsorgen. Disse samfunnsmessige endringene beskrives både som samhandlingsreformens utfordringer, den nåværende demografiske situasjonen og den framtidige demografiske utvikling, et ønske om økt spesialisering for å yte et bedre tilbud, samt et mål om sikre en innovativ og nytenkende eldreomsorg.

En av de største uenighetene som kan observeres blant informantene er i forhold til hvilken drivkraft som har ført til denne endringen. Informantene trekker her fram elementer som passer i alt i fra Jacobsens teori om anarki, til en mer streng teleologisk tilnærming. Størst oppslutning får derimot en mer sammensatt forklaring som beskriver drivkraften for denne endringen som en kombinasjon av ulike teorier hvor denne endringen har som bakgrunn både en naturlig utvikling av Sykehjemsetaten som organisasjon, men også at dette er en nødvendig

endring for å sikre overlevelsen av Sykehjemsetaten som kommer på bakgrunn av ønsket om å løse et bestemt problem.

Slik jeg tolker det gir de ulike teoretiske rammeverkene sett i lys av svarene fra informanter, og en analyse av dokumenter, dermed ikke noe entydig svar på hvilke årsaker og vurderinger som kan ligge til grunn for valget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem. Etter en grundig gjennomgang av innsamlede data og dokumentasjonen peker allikevel særlig noen faktorer seg ut som styrende: både det økonomiske på tross av at dette ikke fremheves særskilt av informantene, samhandlingsreformen som en del av den aktuelle samfunnsutviklingen, samt et ønske om å være innovative for å tilby en best mulig eldreomsorg i Oslo. Dette kan etter min oppfatning tyde på at bildet er mer sammensatt, og mer komplekst enn den forklaringen som presenteres i de offentlige dokumentene hvor samhandlingsreformen beskrives som eneste årsak.

Et av de punktene samtlige informanter fremhever er at denne organisasjonsendringen ser ut til å være større en det som først var antatt. I tillegg til å være en strukturendring med etablering av rene korttids- og langtidssykehjem innebærer denne også en rekke andre tiltak for å bedre eldreomsorgen. Disse ulike tiltakene gjør at både den pågående etableringen av korttids- og langtidssykehjem er en omfattende prosess, men at også det videre arbeidet både vil berøre mange, vil være langvarig, og vil innebære store endringer innenfor denne sektoren. Selv om denne endringen fremstår for informantene som større en først antatt, ønsker de alle å påpeke at de opplever denne endringen som noe positivt. De opplever at endringsprosessen er en utfordrende nødvendighet, men at de er overbeviste om at etableringen av korttids- og langtidssykehjem vil gi et bedre og mer tilpasset tilbud til Oslos eldre.

6.2 Etterord

Arbeidet med denne oppgaven har vært både spennende og lærerikt, og jeg sitter i dag igjen med svar som er annerledes, og mer nyanserte en det jeg forventet da jeg startet.

Først og fremst ser jeg at denne endringen er større og mer kompleks en det jeg trodde, noe som også bekreftes av informantene. Allikevel har det å få inngående kunnskap om

forarbeidet og bakgrunnen for denne endringen gjort meg mer positivt innstilt. Jeg opplever nå i større grad at denne organisasjonsendringen ikke bare er nødvendig, men også et skritt i en mer moderne retning for Oslos eldreomsorg.

Noe av det som har skapt størst frustrasjon, og også mest utfordringer i forhold til oppgaven har vært den manglende gjennomsiktigheten jeg opplever at preger saken. Mye av dokumentasjonen som finnes er unntatt offentlighet, og jeg ble gitt tilgang til å benytte denne kun under forutsetning av at oppgaven ble unntatt offentlighet. Denne manglende gjennomsiktigheten har preget informasjon både fra Sykehjemsetaten, men også fra andre instanser som for eksempel Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. Flere av informantene bekrefter dette for meg noe overraskende inntrykket av en lukket kommune, og beskriver ulike situasjoner hvor de opplever en vanskelig tilgang til dokumentasjon som et hinder i sitt arbeid. En av informantene forteller blant annet at hun opplever hele Oslo kommune som en svært lite gjennomsiktig organisasjon. Hun sammenligner Oslo kommune med sin tidligere arbeidsplass i en annen kommune og sier at hun opplever Oslo som mye mindre gjennomsiktig en det som var tilfelle i denne andre kommunen.

Etter min oppfatning kan denne manglende gjennomsiktigheten være et hinder for forståelsen av hvor dette forslaget om å etablere rene korttids- og langtidssykehjem kommer fra, og hva som ligger til grunn for valget av organisasjonsform. På tross av at offentlighetsloven åpner opp for unntaksbestemmelser ville en økt gjennomsiktighet i dette tilfellet etter min oppfatning sannsynligvis ha gjort denne prosessen mer forståelig, tilgjengelig og mindre konfliktfylt.

LITTERATURLISTE

Brunborg, Helge. 2004. «Befolkningen blir eldre.» *Økonomiske analyser* 5: 9-20.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. 2014. *Offentlig journal*. <http://byr-journal.cloudapp.net/Journal/SearchSimple?searchString=korttidssykehjem> (15.02.2014).

Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness, Kjell Arne Røvik. 2010. *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalby, Kristen. 2005. *Omstilling i kommunene med fokus på New Public Management*. Hamar : Stiftelsen IMTEC.

Denhardt, Robert B. og Denhardt, Janet V. 2000. «The New Public Service : Serving rather than steering.» *Public Administration Review*, 60(6) : 549-559.

Fonn, Marit. 2013. – *Pleien må vike for golvvask*.
<http://www.sykepleien.no/nyhet/1214905/%20-pleien-ma-vike-for-golvvask> (13.01.2014).

Helsedepartementet. 2002. *Sykehusreformen - hva har skjedd det første året?*
http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/hd/Taler-og-artikler-arkivert-individuelt/2002/sykehusreformen_-hva_har_skjedd.html?id=265773 (07.01.2014).

Helsedirektoratet. 2011. *Om samhandlingsreformen*.
<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx> (07.01.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. 2007. *Sykehusreformen iverksatt fra 2002*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/sykehusreformen-20012002.html?id=226436> (07.01.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012. *Utskrivningsklare pasienter*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/utskrivningsklare-pasienter.html?id=650123> (07.01.2014).

Hood, Christopher. 1991. «A public management for all seasons?» *Public Administration*, 69(1): 3-19.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2012. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannesen, Asbjørn, Line Christoffersen, og Per Arne Tufte. 2011. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. utgave. Oslo: Abstrakt forlag.

Lov av 19. mai 2006 nr 16 Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova).

Mintzberg, Henry. 1998. «Covert leadership: Notes on managing professionals.» *Harvard Business Review*, 76(6): 140-147.

NOU 2005 : 3. *Fra stykkevis til helt*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Osborne, Stephen P. 2006. «The New Public Governance?» *Public Management Review*, 8(3) : 377-387.

Oslo kommune. 2011. *Kommunestyrevalg og valg til bydelsutvalg 2011 - Statistikk for Oslo*. http://www.valg.oslo.kommune.no/getfile.php/Valg%20%28VALG%29/Internett%20%28VALG%29/Dokumenter/Resultater%20-%20Kommunestyrevalg%20og%20bydelsutvalg%202011/11-01589-3%20Statistikk%20for%20kommunestyrevalget%202011%201013284_1_1.pdf (03.01.2014).

Oslo kommune, 2013a. *Organisasjonskart*. http://www.oslo.kommune.no/om_oslo_kommune/organisasjonskart/ (10.12.2013).

Oslo kommune, 2013b. *Politikk i Oslo kommune*. http://www.oslo.kommune.no/om_oslo_kommune/politikk/ (10.12.2013).

Oslo kommune Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester. 2005. *Utfordringer for sykehjemssektoren i Oslo - Alternative organisasjonsmodeller for tjenesten - Mai 2005.*

[http://www.byrådsavdeling-for-eldre-og-sosiale-tjenester.oslo.kommune.no/getfile.php/byr%C3%A5dsavdeling%20for%20velferd%20og%20sosiale%20tjenester%20\(VST\)/Internett%20\(VST\)/Dokumenter/utredningsrapporten](http://www.byrådsavdeling-for-eldre-og-sosiale-tjenester.oslo.kommune.no/getfile.php/byr%C3%A5dsavdeling%20for%20velferd%20og%20sosiale%20tjenester%20(VST)/Internett%20(VST)/Dokumenter/utredningsrapporten)
(03.12.2013).

Oslo kommune - byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. 2014. *Hovedprioriteringer i budsjettforslaget - Byen for de eldre. Side 8.*

<http://www.budsjett.oslo.kommune.no/getfile.php/Budsjett%20%20%28BUDSJETT%29/Internett%20%28BUDSJETT%29/Dokumenter%202014/Byen%20for%20eldre-2014.pdf>
(02.12.2013).

Pollitt, Cristopher og Boucaert, Geert. 2004. *Public management reform. A comparative Analysis.* Second edition. Oxford: University Press.

Ringdal, Kristen. 2007. *Enhet og mangfold. Samfunnsfaglig forskning og kvantitativ metode.* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Roness, Paul G. 1997. *Organisasjonsendringar : teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar.* Bergen: Fagbokforlaget.

Sykehjemsetaten. 2012a. *Organisasjonskart.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20%28SYE%29/Internett%20%28SYE%29/Dokumenter/Organisasjonskart%20Sykehjemsetaten%20nov%202012.pdf> (10.12.2013).

Sykehjemsetaten. 2012b. *Delrapport 1-3: om verbalvedtak H36/2012.* Internt dokument.

Sykehjemsetaten. 2013a. *Sykehjemstilbudet i Oslo.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/oslosykehjemmene/> (10.12.2013).

Sykehjemsetaten. 2013b. *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslosykehjemmene.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20%28SYE%29/Intranett%20%28SYE%29/Dokumenter/Innhold%20og%20kvalitet%20nov%202013.pdf>
(13.12.2013).

Sykehjemsetaten. 2013c. *Konkurranseutsetting av sykehjem.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=254963&categoryID=24307> (13.12.2013).

Sykehjemsetaten. 2013d. *Tilbud i sykehjem i Oslo.*

http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/sykehjemsinformasjon/tilbud_i_sykehjem_i_oslo/ (14.12.2013).

Sykehjemsetaten. 2013e. *Oversendelse vedrørende verbalvedtak H36/2012.* Internt dokument.

Sykehjemsetaten. 2013f. *Lotte-sykehjem.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/sykehjemsinformasjon/lottesykehjem/>
(11.01.2014).

Sykehjemsetaten. 2013g. *Om driftsstyrene.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/brukermedvirkning/driftsstyrer/>
(05.02.2014).

Sykehjemsetaten. 2013h. *Brukerundersøkelser.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/brukermedvirkning/> (05.02.2014).

Sykehjemsetaten. 2014a. *Om oss.* <http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/>
(03.02.2014).

Sykehjemsetaten. 2014b. *Fra korttidsplasser til korttidssykehjem.*

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=271904&categoryID=24307> (03.02.2014).

Sykehjemsetaten. 2014c. *Prosjekt helse, mestring og omsorg 2016*. Internt dokument.

Sykehjemsetaten. 2014d. *Organisasjonskart*.

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20%28SYE%29/Internett%20%28SYE%29/Bilder/Org.kart%20SYE%202014.jpg> (04.04.2014).

Tidsskriftet for den norske legeforening. 2014. *Korttidssykehjem*.

<http://tidsskriftet.no/articlesearch?q=korttidssykehjem&source=mosez 10> (13.01.2014).

Trondheim kommune, 2013. Helsehus. <https://www.trondheim.kommune.no/helsehus/> (27.01.2014).

Trondheim kommune, 2014. Nidarvoll helsehus.

<https://www.trondheim.kommune.no/nidarvoll-helsehus/> (27.01.2014).

Van de Ven, Andrew H. og Poole, Marshall Scott. 1995. «Explaining development and change in organizations.» *Academy of Management Review*, 20(3): 510-540.

Vestreng, Tom Henry. 2014. Ser til Nederland for demensomsorg. *Dagsavisen*. 04.02.

<http://www.dagsavisen.no/samfunn/ser-til-nederland-for-demensomsorg/> (20.02.1014).

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.**Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

**”Etableringen av korttidssykehjem i Oslo:
en analyse av årsaker og vurderinger som ligger til grunn
for valget av denne organisasjonsformen”**

Bakgrunn og formål

Jeg er student ved masterstudiet ”Styring og ledelse” ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og er nå i ferd med å skrive min masteroppgave.

Temaet for oppgaven er etableringen av rene korttidssykehjem i Oslo. Jeg vil undersøke hva som ligger bak dette vedtaket om endring, hvor denne ideen kommer fra, og hvorfor akkurat denne løsningen ble valgt.

Problemstillingen vil bli belyst gjennom dybdeintervjuer og en dokumentanalyse.

Personene som blir forespurt om deltakelse er personer som har deltatt i arbeidet før vedtaket om etablering av korttidssykehjem både i Sykehjemsetaten, i byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, og involverte fagforbund.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen vil foregå som individuelle dybdeintervjuer. Intervjuene vil bli gjennomført med lydopptaker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og kun student og veileder vil ha tilgang til disse.

Data vil så langt det lar seg gjøre vil bli anonymisert, og utsagn vil ikke bli knyttet til enkeltpersoner. På bakgrunn av informantenes ulike roller og ansvarsområder vil det allikevel kunne forekomme at det er mulig at informanter vil kunne bli gjenkjent i deler av oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2014. Personopplysninger og opptak blir slettet og makulert etter sensur.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Behandlingsansvarlig institusjon: Høgskolen i Oslo og Akershus

Kontaktopplysninger:

Silje Thorkildson, tlf. 414 05 677, e-post: silj-th@online.no

Veileder: Signy Vabo, tlf. 22 45 35 16.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide.**INTERVJUGUIDE****Presentasjon av tema/problemstilling.**

I budsjett 2014 for Oslo kommune ble det presentert en løsning med etablering av rene korttidssykehjem. Det står der beskrevet at denne løsningen velges på bakgrunn av endrede krav som følge av samhandlingsreformen, og at en etablering av rene korttidssykehjem vil sikre et mer individrettet og tilpasset rehabiliteringsløp.

Jeg vil i min masteroppgave forsøke å finne svar på:

- Hvor kommer ideen til denne endringen fra?
- Hvorfor ble akkurat denne organisasjonsstrukturen valgt?

Informasjon om undersøkelsen og mulighet til å trekke seg.

Studien er meldt til NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Det er frivillig og delta, og du kan til enhver tid trekke deg uten å oppgi noen grunn.

Intervjuet vil vare cirka 45 minutter, og dette vil tas opp. Opptak og innsamlet datamateriale vil bli slettet etter sensur, etter planen i juni 2014.

Data vil så langt det lar seg gjøre vil bli anonymisert, og utsagn vil ikke vil bli knyttet til enkeltpersoner. På bakgrunn av informantenes ulike roller og ansvarsområder vil det allikevel kunne forekomme at det er mulig at informanter vil kunne bli gjenkjent i deler av oppgaven.

Spørsmål:**Først litt om din rolle:**

* Hvilken rolle har du hatt i prosessen rundt vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem?

Hvor kommer ideen fra?

* Hvor mener du at initiativet til denne endringen kommer fra?

* Hvilke aktører mener du har vært delaktige i prosessen rundt vedtaket om å etablere rene korttidssykehjem?

* På hvilken måte mener du disse ulike aktørene har deltatt? Hvilken rolle har de hatt? Sterk/svak påvirkning?

* Har brukere/pasienter/pårørende vært involvert? Hvordan?

Hvorfor er denne organisasjonsformen valgt?

*Hva mener du er bakgrunnen for denne reformen?

* Hvorfor er det valgt denne typen organisasjonsform?

* Har andre organisasjonsformer vært vurdert?

- Hvilke?

- Hvorfor ble disse nedprioritert?

- * Har forskning vært benyttet som grunnlag for valget? Hvilken forskning?
 - Dersom det ikke finnes forskning: det er i pleien et sterkt fokus på kunnskapsbasert praksis – hvordan tenker du at et slikt valg av organisasjonsform kan fattes uten et kunnskaps- og forskningsbasert grunnlag?

Utdypning av enkelte punkter:

- Spesialiseringsprinsipper:

- * På Sykehjemsetatens nettsider trekkes økt spesialisering fram som et mulig resultat av denne endringen. Hvordan virket den økte spesialiseringen inn på valget av denne organisasjonsformen?
- * Det kan se ut som at det har vært en dreining i eldreomsorgen fra geografiprinsippet til klientprinsippet? Det vil si at fra at den geografiske beliggenheten har vært viktigst, syntes nå fokuset på tilbud som er mer tilpasset den enkelte gruppe, her korttidspasienter å bli styrende. Hvordan tenker du at dette kan ha virket inn på valget av organisasjonsform?

- Sosioøkonomiske årsaker

- * Hva tenker du rundt den demografiske utviklingens påvirkning på denne endringsprosessen?
- * Hvilken rolle mener du det økonomiske aspektet har spilt? Har økonomi vært en viktig del av prosessen?
- * Hvilken rolle mener du ny finansieringsmodell har hatt i forhold til valget av ny organisering?

- Politisk påvirkning:

- * Hva tenker du i forhold til det politiske miljøets påvirkning?
- * Er dette en ny reform, litt ”kun for å reformere” i tråd med NPM?

- Øvrig påvirkning?

* Tenker du at andre ting kan ha påvirket? Hvem, og i så fall på hvilken måte?

- Forklaringsfaktorer – perspektiver:

Organisasjonsteorien presenterer flere ulike drivkrefter som kan drive fram en organisasjonsendring: hvor tenker du denne endringen passer inn? Hvorfor?

* Teori om livssykluser – Er dette en naturlig utvikling av Sykehjemsetaten som organisasjon?

* Teori om teleologi – Er endringen et resultat av et observert problem?

* Teori om dialektikk – Er denne endringen et resultat av en interessekonflikt? Hvilken?

* Teori om evolusjon – Er dette en tilpasning i tråd med naturlig utvelgelse – nødvendig for å overleve som organisasjon?

* Teori om anarki – Er valget av organisasjonsform et resultat av tilfeldigheter?

- Observert under søk: det finnes lite offentlig tilgjengelig informasjon om prosessen forut for valget av organisasjonsform – hvorfor – hva tenker du rundt dette? Kan dette komplisere den videre arbeidsprosessen – både allment og politisk? Manglende gjennomsiktighet?

Avslutningsvis: er det andre ting du mener det er viktig å få fram?

Tusen takk for deltakelsen!