

Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev

Nye styringsambisjoner i
hjemmetjenesten

MIA VABØ



Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev

Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten

MIA VABØ

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 18/2002

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2002
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-7894-148-3
ISSN 0808-5013

Forsidetegning: *Ellen Svendsen*
Desktop: *Torhild Sager*
Trykk: *GCS*

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00
Telefaks: 22 54 12 01
Nettadresse: <http://www.nova.no>

Forord

Rapporten samler trådene i og er den hittil mest fyllestgjørende publikasjonen fra prosjektet «Praktikere på kvalitetskurs». Prosjektet har vært finansiert av Norges forskningsråd under programmet Offentlig sektor i endring 1999–2002.

Prosjektet ble til i forlengelse av et tidligere forskningsarbeid – «Hva er nok» (Vabø 1998) – der jeg fremstilte hjemmetjenesten som en utpreget autonom tjeneste - en tjeneste der det i stor grad var overlatt til ledere og ansatte i førstelinjen å bestemme hvordan knappe offentlige tjenester skulle tildeles, fordeles og utføres. I løpet av de få årene som er gått siden arbeidet ble avsluttet, har hjemmetjenesten vært gjenstand for en rekke omorganiserings- og styringstiltak som har tatt sikte på å flytte ansvaret og kontrollen over tjenesten opp på et høyere forvaltningsnivå. Kommunene har kommet under et sterkt press om å dokumentere ressursbruk og kvalitet. Presset kommer fra politikere, sentrale helsemyndigheter og fra befolkningen generelt. Tanken bak prosjektet «Praktikere på kvalitetskurs» har vært å undersøke nærmere hvordan kommunene håndterer dette presset og hvordan yrkesutøverne ser på de forandringene som finner sted.

Å forske på forandringer er alltid vanskelig. I dette prosjektet har det vært en hard prøvelse, dels fordi planer og ambisjoner fra ulike kommuner ofte har tatt en annen vending enn først antatt. En del av de prosjekter og tiltak jeg hadde håpet å høre mer om ble lagt på is eller skrinlagt underveis. På samme tid fikk jeg høre om nye tiltak og utfordringer som dukket opp etter at prosjektet startet, og om erfaringer fra kvalitetsarbeid som lå langt tilbake i tid. Med det skiftende og ustabile forløp som preger utviklingsprosessene har jeg funnet det lite hensiktsmessig å gi et fastfrosset bilde av hvordan det «er» i ulike kommuner. Rapporten har ikke til hensikt å evaluere enkeltkommuner, men vise noen av de utfordringene som dukker opp underveis i bestrebelsene på å omforme hjemmetjenesten til en mer «gjennom-siktig og styrbar organisasjon». Rapporten gir et innblikk i erfaringer fra ulike ståsted – fra dem som er pådrivere i utviklingsarbeidet og fra fotfolket som berøres av omstillingene.

I mitt eget strev med å samle inn og analysere et rikholdig datamateriale har jeg fått støtte og hjelp fra flere faglige fellesskap. Jeg vil takke kolleger fra forskningsgruppa *Livskvalitet, velferdstjenester og helse*, ledet av Jon Ivar Elstad ved NOVA, og det strategiske instituttprogrammet *Velferdstjenester i*

endring, ledet av Rannveig Dahle, for å ha oppmuntret meg og bidradd til at jeg fikk nødvendig tid til litteraturstudier og analyser. I løpet av prosjektperioden har jeg også hatt stor nytte av å delta i nordiske forskernettverk. Jeg vil særlig nevne forskersamarbeidet om hjemmetjenestenes organisering og utføring: «Nordiska välfärdsstater i förändring – hemtjänstens vardag och villkor i fyra nordiska städer» (1999-2002), ledet av professor Rosmari Eliasson-Lappalainen og docent Marta Szebehely. Jeg hadde også stort utbytte av å delta i diskusjoner med nordiske kolleger underveis i arbeidet med en antologi om kvalitetsstyring, *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*, redigert av Eva Bejerot og Hans Hasselbladh.

Det finnes også viktige enkeltpersoner som fortjener takk. Underveis i datainnsamlingen fikk jeg hjelp av Mette Moen Aaserud og Eli Kvamme. I tillegg til å bistå med intervjuing har begge to gitt nyttige kommentarer og innspill. Jeg vil rette en særlig stor takk til Kirsten Danielsen som tålmodig har påtatt seg å lese utkastene til denne rapporten, og som gjennom sine kritiske og konstruktive kommentarer har fått meg til å finne en rød tråd i et sammensatt og tettpakket intervjumateriale. Takk til Nina Eriksen og Torhild Sager som har stått for korrektur, redigering og layout, og takk til Ellen Svendsen som har smykket forsiden.

Sist, men ikke minst, vil jeg rette en takk til rådgivere, ledere og omsorgspersonell i kommunene som velvillig har latt seg intervju, og som derigjennom har gitt oss innblikk i et viktig felt og en krevende prosess.

Oslo, november 2002

Mia Vabø

Reformer likner berg- och dalbanor –
somliga trivs medan andra blir sjuka.
Ändå er det en viktig del av kommunernas liv.

Barbara Czarniawska-Joerges 1990

Innhold:

SAMMENDRAG	9
1 INNLEDNING	13
Hva vil det si å jobbe med kvalitet?	13
Kvalitetsideens landingsplass – hjemmetjenesten	15
Hvilke aktører står bak kvalitetsarbeidet?	18
En løpende prosess sett fra ulike ståsted	21
2 EMPIRISK OG ANALYTISK TILNÆRMING TIL FELTET	24
Datainnsamling	24
Hva kan et datamateriale av denne typen fortelle?	30
Et individfokusert organisasjonsperspektiv	31
Ideer blir alltid forstått ut fra tidligere kunnskap	33
Språket som kontrollverktøy	34
Fra snakk om handling til handling	36
3 TKL – DEN «STORE» KVALITETSIDEEN. KLARGJØRING OG KRITIKK	38
Løfter om markedsteft og dugnadsånd	38
TKL – et halvfabrikat	40
Noen kritiske innvendinger til TKL	42
TKL som kilde til en managementisering av offentlig sektor	44
Hvordan identifisere og måle kvalitet i offentlige velferdstjenester?	48
4 HELSEMYNDIGHETENES KRAV OG ANBEFALINGER	51
En nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten	51
Kvalitetsforskriften – et skarpere fokus på pleie- og omsorgstjenestene	57
Offentlige kvalitetsrådgivere – hvordan forstår de kravene fra helsemyndighetene? ..	59
Hva er kjernen i et kvalitetssystem?	62
Drahjelp – ikke ferdige løsninger!	65
Inspirasjon og språkbruk	67
Kvalitetsideen – fortsatt en åpen idé	71
5 KVALITETSLEDELSE – EN DEL AV DET KOMMUNALE STYRINGSVERKTØY	73
Kvalitetsstyring til irritasjon og inspirasjon	74
Fem kommuner som tar kvalitet på alvor	77
Kvalitetssystemer – for den som følger med i tiden	78
Kvalitetssystemer – for bedre innsyn og kontroll	80
Kvalitetsarbeidet overlapper og flyter sammen med andre omstillingstiltak	82
Viktig med klare avtaler	85
Ansatte bør innordne seg en kommunal standard	88
Data er nødvendig for å foreta forbedringer	93
Vi er ikke ferdige, men vi håper og tror	96

6 KVALITETSIDEENES MØTE MED EN TRAVEL OMSORGSHVERDAG	99
Omsorgsoppgavene strømmer på «nedenfra»	99
Færre hender til omsorg	102
Flere hender til papirarbeid	105
Kan kvalitet sikres gjennom å avklare brukernes forventninger?	109
Kvalitetsgrupper – nøkkelen til et «levende» kvalitetssystem?	117
Fakta for forvaltningen – kommentarer fra sidelinjen	126
Styringsidealer dempes og tolkes om	133
7 MELLOM TRADISJONER OG NYE STRYRINGSTRENDER	137
Tilbakeblikk på kvalitetsideen	137
Ideens passasje gjennom ulike tolkningsarenaer	139
Managementdiskursen – det naturlige styringsspråket	144
Managementdiskursen på kollisjonskurs	145
Gamle styringsdilemmaer i ny frakk	148
Nye former for ukklarhet	150
Videre utfordringer	153
SUMMARY	157
LITTERATUR	161

Sammendrag

Siden midt på 1990-tallet har den kommunale pleie- og omsorgstjenesten hatt ulike former for kvalitetsarbeid på dagsorden. Kvalitetsarbeidet har ikke forankring i en spesifikk metodikk eller modell, men i en abstrakt og generell styringsidé eller styringslogikk. I denne rapporten ser vi nærmere på hvordan denne løse kvalitetsideen blir sosialt konstruert og forsøkt oversatt til praksis. Rapporten tar utgangspunkt i de føringer som kommer fra sentrale helsemyndigheter og fra det kommunale omsorgsbyråkratiet. Deretter stilles fokuset skarpere på den hjemmebaserte omsorgstjenesten. Styringsambisjoner fra aktører som ser tjenesten «ovenfra» blir sammenholdt med synspunkter og perspektiver som kommer «nedenfra», fra de yrkesutøvere som til daglig yter omsorg overfor syke og eldre. Vi understreker at rapporten ikke har til hensikt å evaluere kvalitetsarbeidet i navngitte kommuner. Hensikten er snarere å løfte fram noen generelle problemer og utfordringer som dukker opp i et løpende utviklingsarbeid.

Rapporten bygger på en undersøkelse som ble foretatt i to trinn: Vi gjennomførte først en kartleggingsundersøkelse blant et tilfeldig utvalg av pleie- og omsorgsledere, deretter gjennomførte vi en mer inngående undersøkelse i fem kommuner/bydeler som hadde relativt mye erfaring med kvalitetsarbeid. Her intervjuet vi personer som hadde et særlig ansvar for kvalitetsarbeidet, i tillegg til et utvalg av sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere fra primærvirksomheten. Intervjuene fra kommunene ble supplert med intervjuer med offentlige kvalitetsrådgivere som har et særlig ansvar for å bistå kommunene i sitt kvalitetsarbeid. Analysen er basert på et fortolkende perspektiv. Vi legger til grunn at nye styringsideer aldri kan påvirke organisasjoner mekanisk, men må tolkes, tydes og tilpasses, ofte i flere ledd, av flere personer med ulike kunnskaper og erfaringer. Personer som eksponeres for nye styringsideer sluker ikke nødvendigvis hele ideen, men velger ut de elementer som fremstår som fornuftige ut fra egne forestillinger og ambisjoner.

Pådriverne i kvalitetsarbeidet er inspirert av ideen om «total kvalitetsledelse» (TKL). Dette er en altomfattende og mangslungen styringsidé som opprinnelig ble utformet innenfor industrien, men som i dag blir anbefalt overfor alle typer organisasjoner. Ideen handler om å mobilisere hele organisasjonen til å kontrollere, perfeksjonere og forbedre egne arbeidsprosesser i tråd med kundens interesser. Ideen forutsetter at kvalitetskrav skal defineres, spesifiseres og helst gjøres målbare. Kvalitetskravene er imidlertid ikke gitt

en gang for alle, men må fortløpende justeres i forhold til *kundens krav*. Det er derfor viktig at organisasjonen systematisk mobiliserer ressurser og fantasi for å kunne imøtekomme det som til enhver tid er kundens preferanser og ønsker. TKL rommer mange prinsipper og kan dermed formidles og anvendes fleksibelt – både som en «hard» idé som betoner standardisering og kontroll, og som en «myk» idé som betoner engasjement og forbedringsvilje. I denne rapporten ser vi at tolkningen av ideen preges av de interesser og verdier ulike aktører bærer med seg i kraft av sine tidligere erfaringer og sin posisjon.

Forskjellige perspektiver på samme type kvalitetstiltak vitner om at aktørene tenker og taler fra ulike ideologiske ståsteder. Perspektiver fra omstillingsvillige ledere og utviklingskonsulenter viser at de forstår omsorgstjenesten i lys av en importert managementideologi. De forstår hjemmetjenesten som en organisasjon som styres ovenfra, og som leverer avgrenset og avtalt service til konsumenter med krav og rettigheter. Perspektivene fra omsorgspersonellet vitner om at de holder fast ved tidligere velferdspolitiske idealer og praksisformer. Deres fortellinger er fundert på en antakelse om at god omsorg er individorientert og situasjonsbesemt. Omsorgen kan i begrenset grad styres fra forhåndsdefinerte anvisninger, den må skjønnmessig tilpasses konkrete personer og situasjoner. De to diskursene tegner ulike bilder av hva hjemmetjenesten er, og hva som må til for å sikre hjelpe-mottakerne god kvalitet.

I kommuner som har latt seg inspirere av kvalitetsideen, veves kvalitetstiltakene ofte inn i et mer omfattende moderniseringsarbeid som handler om å få bedre innsyn og kontroll med anvendelsen av knappe ressurser. Målet er å skape en tydeligere tjeneste – en tjeneste der standarder og avtaler definerer hva kommunen tilbyr, og hva brukeren har krav på. Yrkesutøverne som befinner seg i hjemmetjenestens primærvirksomhet, har lite kjennskap til den «store» kvalitetsideen. De møter som regel ideen etter at den er oversatt til konkrete tiltak og rutiner. Deres bidrag i tolkningsprosessen handler om å fylle disse med et innhold som gir mening i forhold til en praktisk hverdagsvirkelighet. Erfaringer fra omsorgshverdagen tilsier at faste rutiner og hjelpeoppdrag stadig «forstyrres» av oppgaver som trenger seg på «nedenfra», fra mennesker med ustabile og skiftende behov. Styringsdokumenter må derfor utformes og anvendes lempelig, slik at det blir rom for å gjøre nødvendige tilpasninger til konkrete personer og situasjoner. Det som ble fremstilt som kraftfulle styringsverktøyer av konsulenter og ledere, mykes altså opp og dempes når det treffer praksisfeltet.

Konsulenter og administratorer strever med å skape en tydeligere grense omkring det offentlige omsorgsansvaret. Omsorgspersonellet strever med å skape rom for fleksibilitet og situasjonstilpasset omsorg. Partenes ulike forestillingene om hva hjemmetjenesten *er*, trekker kvalitetstiltakene i ulike retninger. Spenningen mellom ulike tolkninger av hva som er riktig og bra, fører til konstant nye løsninger og destabilisering. Tiltak orientert mot å tydeliggjøre og avgrense omsorgen brytes mot etablerte praksisformer og fremkaller krav om nye og mer raffinerte styringstiltak. Den praktiske omsorgen brytes mot rigide styringstiltak og fremkaller krav om mer fleksibilitet. Det oppstår en form for uklarhet og institusjonsforvirring som gjør tjenesten ugjennomtrengelig og vanskelig å forstå. Vi finner at det bak nye styringsbetegnelser skjuler seg på den ene siden ufullstendige og til dels kraftløse styringstiltak, på den andre siden omsorgspersonell som frustreres over at betingelsene for å gjøre en god jobb stadig forringes. *Ingen* lykkes med sine «kvalitetsprosjekter».

1 Innledning

Begrepet 'kvalitet' har i løpet av kort tid fått en sentral plass innenfor den offentlige omsorgssektoren. Begrepet anvendes ikke bare som et politisk honnørord for å markere omsorgspolitiske mål – det tjener også som en merkelapp på en rekke omstillingstiltak og prosjekter som iverksettes som *svar* på mål og visjoner. Det drives i dag et omfattende kvalitetsarbeid både i kjølvann av kommunenes egne moderniseringsbestrebelse og i kjølvannet av den nasjonale helse- og omsorgspolitik. I undersøkelsen som ligger til grunn for denne rapporten, har målet vært å få nærmere innblikk i hva kvalitetstiltakene innbefatter og hvordan de ser ut for de yrkesutøverne som til daglig arbeider innen omsorgstjenesten. Rapporten retter søkelyset mot en helt bestemt omsorgshverdag: den kommunale hjemmetjenesten, men vil også berøre det mer generelle administrative apparatet som omgir denne tjenesten.

Hva vil det si å jobbe med kvalitet?

En offentlig satsing på kvalitet og kvalitetsarbeid lyder betryggende. At det dreier seg om *kvalitetsarbeid* gir en forsikring om at kvalitet er noe man *jobber* med, ikke bare noe man *prater* om. Dessuten er begrepet 'kvalitet' i seg selv et begrep som de fleste forbinder med noe fremragende godt. Tankene føres inn på gode egenskaper som slitestyrke, soliditet, troverdighet og stil – en perfekt utførelse som signaliserer at her er det ikke spart på noe. Denne gjengse hverdagslige forståelsen av 'kvalitet' som noe selvløstende godt har skapt mye forvirring i forhold til de *styringstiltak* som får merkelappen kvalitet. Både forskere og praktikere synes ofte å ta for gitt at kvalitetsledelse og kvalitetssikring har til hensikt å *høyne kvalitet*. Når det er tale om å *styre* kvalitet, anvendes imidlertid betegnelsen kvalitet stort sett som ensbetydende med varens eller tjenestens *spesifiserbarhet*. Ideer om å styre kvalitet handler om å sikre at produksjon eller utførelse skjer i henhold til en gitt spesifisering. Ideene forutsetter med andre ord at det er avklart og spesifisert hva slags kvalitet som er ønskelig, men det er ikke gitt at den vare eller tjeneste som skal spesifiseres er det som vanligvis oppfattes som et høykvalitetsprodukt. Wilkinson & Willmot (1995) oppklarer misforståelsen ved å siterer Crosby (1980:14–15) – en ledende læremester innen kvalitetsledelse:

The first erroneous assumption is that quality means goodness, luxury or shininess or weight... That is precisely the reason why we must define quality as «conformance to requirements» if we are to manage it. If a Cadillac conforms to all the requirements of a Cadillac, then it is a quality car. If a Pinto conforms to all the requirements of a Pinto, then it is a quality car

For at det skal gi mening å snakke om 'kvalitetsledelse' eller 'kvalitetsstyring' er det altså nødvendig å avklare og enes om *hva slags kvalitet* det er ønskelig å tilstrebe, og *hvordan* denne kvaliteten kan frembringes. Hensikten er å utvikle enhetlige og pålitelige arbeidspraksiser. Når kvalitetsledelse ofte lanseres under slagord om *kontinuerlig forbedring*, viser dette som regel til at arbeidet skal utføres stadig mer nøyaktig i henhold til spesifikasjonene, og at spesifikasjonene fortløpende skal tilpasses skiftende preferanser i et marked. I forlengelsen av eksempelet over kan vi si at prinsippet om *kontinuerlig forbedring* handler om å stadig søke etter å tilpasse både Pintoen og Cadillacen til gjeldende markedskrav. Det handler ikke om å bestrebe seg på at alle biler skal bli en Cadillac.

Rådgivere og andre eksperter snakker ofte om 'kvalitetsteorien' eller 'kvalitetstankegangen' i bestemt form, eller de viser til bestemte navngitte konseptbetegnelser som TKL – 'total kvalitetsledelse'. Språkbruken gir inntrykk av at det dreier seg om bestemte, veldefinerte metoder for å sikre og utvikle kvalitet. Forskere (f.eks. Pfeffer og Coote 1991) som har undersøkt nærmere hvilke initiativer som får disse kvalitetsbetegnelsene, har imidlertid vært slått av hvor mange ulike typer tiltak og aktiviteter som kan plasseres under betegnelsen. Ideene er åpne og tolkbare. Dessuten rommer de ofte elementer som har vært kjent og tatt i bruk tidligere under andre merkelapper. Ideen om 'total kvalitetsledelse' – som er den styringsidé mange har latt seg inspirere av innenfor omsorgssektoren – har i løpet av de siste årene nærmest oppnådd status som det Røvik (1998) kaller en institusjonalisert superstandard. Det er en styringsidé som – på tvers av organisasjonsfelt, kulturer og landegrenser – blir tatt for gitt som en naturlig måte å innrette alle typer virksomhet på (Bejerot og Hasselbladh 2002). Å styre etter prinsipper for kvalitetsledelse handler i korthet om å få hele organisasjonen til å slutte opp om en *kvalitetskultur* der kostnadseffektivitet og kundetilpasning aldri tapes av syne, og der brannslukking og krisehåndtering erstattes av planlegging og en kontinuerlig søken etter perfektjon i egne arbeidsprosesser. Nøyaktig hvordan en slik kultur skapes, er ikke entydig og klart. Ideen *må* presiseres og tilpasses før den kan få praktisk betydning.

Kvalitetsideenes åpne og tolkbare karakter har fått forskere til å interessere seg for de tolkninger som preger arbeidet med å oversette ideen til praktisk handling. Heller enn å undersøke kvalitetsinitiativene ut fra en fasttømret forestilling om hva kvalitetsledelse er eller ikke er, blir det argumentert for å undersøke hvordan tiltakene blir sosialt konstruert og utformet innenfor ulike organisasjonsfelt. Dermed rettes oppmerksomheten mot ideens «landingsplass» – mot den institusjonelle kontekst ideene blir introdusert i og mot de tolkningsrepertoar ulike aktører tar i bruk når de forsøker å gi ideen mening i forhold til denne bestemte konteksten (Kirkpatrick & Matinez Lucio 1995). I dette prosjektet har vi valgt en slik fortolkende og sosialkonstruktivistisk tilnærming. Hensikten har vært å undersøke nærmere hvordan ideer om kvalitetsledelse og kvalitetsstyring blir konstruert og anvendt i forhold til de kommunale, hjemmebaserte omsorgstjenestene. Fokuset vil bli rettet både mot eksperter og ledere som har ansvaret for å iverksette styringstiltak og mot ansatte som har det daglige ansvaret for å yte omsorg.

Kvalitetsideens landingsplass – hjemmetjenesten

For å forstå hvordan en generell styringside konkretiseres og utformes i praksis, er det viktig å ta i betraktning at den introduseres innenfor et organisasjonsfelt som allerede er gjennomsyret av tradisjoner, normer og verdier. Ideen «lander» i et felt der det allerede eksisterer oppfatninger og antakelser om hva som er riktig, bra, mulig og umulig, og der det etter all sannsynlighet også verserer andre ideer og planer som angår måten organisasjonen innrettes på. Ideen som står i fokus vil som regel aldri være «alene» om å artikulere hvordan ting bør være eller gjøres.

Konsulenter, kvalitetsrådgivere og andre som formidler ideer om kvalitetsledelse, har i liten grad vært opptatt av å problematisere den konteksten deres styringsideer introduseres i. Ideene fremstilles som generelle og allmenne styringsdoktriner som har gyldighet i alle typer av organisasjoner og alle typer av virksomhet. Antakelsen om at styringsprinsipper er universelle, tilpasset alle typer organisasjoner, bryter med den forskningsbaserte og mer akademisk orienterte organisasjonsvitenskapen. Innenfor denne kunnskaps-tradisjonen har det vært vanlig å se god styring og ledelse som beroende på de utfordringer og betingelser organisasjonen møter. Organisasjoners struktur og ledelsesform bør ideelt sett være tilpasset den usikkerhet og uklarhet som følger av organisasjonens teknologi og omgivelser (Thompson 1967, Minzberg 1983 Sitkin et al. 1994, Joss & Kogan 1995, Zbaracki 1998).

Komplekse kunnskapsorganisasjoner som baseres på uklare mål og uklar teknologi (halfway technologies), vil i mindre grad kunne planlegge og styre sine arbeidsprosesser enn for eksempel en industribedrift som baserer seg på veldefinerte mål og en vel forstått teknologi. Det som i én organisasjon kan fungere som et velegnet styringsgrep, kan fungere stikk motsatt i en annen organisasjon.

I denne sammenheng er det viktig å ha i bakhodet at kvalitetsideene gjør sitt inntog i en sektor der yrkesutøverne tradisjonelt har vært lite styrt ovenfra. Velferdsstatens yrkesutøvere har tradisjonelt hatt en vidtgående lisens til å utøve *skjønn* i forhold til beslutninger som angår enkeltmenneskers behov (Ramsøy & Kjølørød 1986). Deres selvstendige rolle har vært legitimert ut fra hensynet om å imøtekomme den *usikkerhet* som knytter seg til menneskelige behov (Lipsky 1980). I sin drøfting av velferdsstatens yrkesutøvere skriver Knutsen (1989: 37) blant annet at:

Årsaken til at skjønn ikke lar seg redusere betraktelig, er forbundet med at yrkesutøveren må fatte beslutninger meget raskt, og at disse beslutninger er knyttet direkte til enkeltmenneskers livssituasjon og livssjanser. () De situasjoner som dukker opp kan rett og slett ikke subsumeres under regler.»

Knutsen (1989:7) skriver også at:

Selv om disse yrkesutøverne befinner seg langt nede i hierarkiet, sitter de inne med informasjon, kunnskap og kontroll over personer som organisasjonen er avhengig av. Dette gir yrkesutøverne makt i velferdsorganisasjonene og reduserer mulighetene for detaljstyring ovenfra.

For omsorgsforskere har det vært særlig viktig å synliggjøre betydningen av skjønn innenfor det «lavteknologiske» omsorgsarbeidet. Skjønn er ikke bare viktig når yrkesutøverne har en overlegen teknisk og kunnskapsmessig skoloring, slik legen har. Skjønn er også nødvendig når problemer og utfordringer er uklare og skiftende. For å synliggjøre disse sidene ved omsorgsarbeidet introduserte forskerne begreper som 'omsorgsrasjonalitet' (Wærness 1984) og 'ansvarsrasjonalitet' (Sørensen 1982). Begrepene ble satt i kontrast til en mer instrumentell styringslogikk som handler om å forhåndsdefinere og planlegge hvordan en best kan nå vel avgrensede og definerte mål. Logikken i det skjønnsbaserte omsorgsarbeidet kjennetegnes ved at arbeidet blir spontant tilpasset konkrete situasjoner og personer. Den som yter, omsorg kan ikke «forhåndsprogrammes», men må ta høyde for at hjelpemottakerens situasjon kan endres raskt – til det verre eller til det bedre. Hun eller han kan heller ikke regne med at omsorgsmottakeren alltid agerer

og reagerer rasjonelt, men må regne med et innslag av forvirring, engstelse og ambivalens (Wærness 1999a).

Den særegne logikken som preger omsorgsarbeidet, har i liten grad vært anerkjent og synliggjort innenfor det politiske og administrative beslutningsapparatet (Wærness 1984, 1999a). I dagens moderniseringsdiskurs, der modeller og begreper i stor grad er importert fra markeds- og produksjonslivet, kan det synes som om omsorgsrasjonaliteten direkte utfordres av en mer instrumentell styringslogikk (se kap. 3). Offentlige beskrivelser fremstiller hjemmetjenesten som en serviceinstitusjon som leverer hjelpetrenende innbyggere avtalt og avgrenset service (Christensen og Næss 1999, Vike 2001, Vabø 2001). Christensen og Næss (1999) ser denne tendensen i tilknytning til en tiltakende rettighetsorientering. Det nye budskapet fra velferdsstaten er at: *Du kan komme og be om hjelp, men vi kan kun gi deg den hjelpen du har rett til.* Ifølge forfatterne er det viktig å ikke forveksle rettighetsorienteringen med flere og bedre tjenester. Det handler først og fremst om å sikre en minimumsstandard. Å yte det et menneske har *rett* til ut fra gitte kriterier er ikke nødvendigvis det samme som å yte det vedkommende har behov for her og nå.

Tendensen til å betrakte de hjemmebaserte omsorgstjenestene som avgrensede og kontraktsfestede serviceytelser må sees i sammenheng med det press tjenesten har vært utsatt for de siste par tiårene (Vabø 2001). Fra midten på 1980-tallet skjedde det en oppgaveforskyvning fra institusjoner til hjemmebaserte tjenester som følge av kortere liggetid på sykehus og nedleggelse av institusjoner (aldersinstitusjoner, psykiatri etc). Sammen med en generell økning i antallet av de eldste førte dette til en økt etterspørsel etter omsorgstjenester til hjemmet. Ressurstilførselen har imidlertid ikke vært tilstrekkelig til å følge opp de nye oppgavene og det økte ansvaret (Wærness 1989; Daatland 1997).¹ Til tross for at pleie- og omsorgssektoren har fått økte ressurser og flere årsverk gjennom Handlingsplanen for eldreomsorg (Næss 2000) viser ferske tall at det har vært en svak nedgang i bruksraten for hjemmetjenester for eldre mellom 67 og 84 år (Vigran 2001).² En rekke forskningsrapporter tegner et bilde av en presset tjeneste – en tjeneste der

¹ Det var særlig de huslige oppgavene som ble rammet av sparekniven. Levekårsdata viste at det gjennomsnittlige antallet hjemmehjelpstimer pr. klient ble halvert i løpet av 1980-årene, og nedgangen fortsatte på 1990-tallet (Lingsom 1997).

² Den samme statistikken viser at den generelle bruksraten for hjemmetjenesten har økt. Tallene kan tyde på at økningen først og fremst har gått med til å ruste opp tjenesten i forhold til nye oppgaver knyttet til psykiatri og utviklingshemmede. For øvrig vil jeg understreke at det fortsatt gjenstår å se hvorvidt Handlingsplan for eldreomsorgen bidrar til å minske gapet mellom ressurser og velferdspolitiske mål.

travelheten øker og der ansatte i førstelinjen stadig erfarer at gapet mellom ressurser og velferdspolitiske mål er for stort.³

Fra et ledelsesperspektiv oppleves spriket mellom knappe ressurser og ambisiøse mål som et press om å effektivisere og sette grenser for den offentlige omsorgen. Ifølge Vike (2001) står omsorgstjenestene overfor et særegent styringsproblem som bunner i at de mangler tydelige grenser omkring den tjenesten som ytes. I motsetning til organisasjoner som produserer bestemte, avgrensede vedtak, varer eller serviceytelser, er den offentlige omsorgsorganisasjonen «grenseløs».⁴ Den er forpliktet til å realisere et velferdspolitisk ideal som i utgangspunktet er lite forhåndsdefinert. Kommunen er pliktig etter loven å sørge for at innbyggerne får nødvendige helsetjenester, og at den som ikke klarer seg selv får praktisk hjelp, men lovformuleringer og retningslinjer sier lite om hva som er nødvendig og nok omsorg.⁵ Allikevel forventes det at tjenesten skal styres i henhold til de samme prinsipper som andre organisasjoner, det vil si *som om* den var avgrenset (Vike op.cit.). Presset på knappe omsorgsressurser og stadige tegn på en sviktende tjeneste har fått politikere og administratorer til å innse at de har et ansvar for å tydeliggjøre hvilken tjeneste de påtar seg ansvaret for å yte overfor befolkningen. Som vi skal komme nærmere inn på i denne rapporten (kapittel 5), er ønsket om å skape tydeligere grenser omkring det offentlige omsorgsansvaret et viktig motiv bak det kvalitetsarbeid som foregår i kommunene.

Hvilke aktører står bak kvalitetsarbeidet?

I praktiske håndbøker om kvalitetsstyring og implementering av kvalitetsystemer blir det som regel forutsatt at det er *organisasjoner* som driver med kvalitetsarbeid og at det er *ledelsen* som har det overordnede ansvaret for å bidra med de nødvendige investeringer og tilrettelegginger. I forhold til en

³ Bildet blir formidlet gjennom kvalitative studier (Vabø 1998, Thorsen 1998, Brinchmann & Vike 2000). Det finnes også en rekke statistiske undersøkelser som gir et tilsvarende bilde av tjenesten. Næss & Wærness 1996 fant at 2/3 av personell i hjemmetjenestene opplevde det som belastende i jobben at behovet for hjelp er større enn de kan tilby. Brukerundersøkelser viser samme tendens. Kitterød (1996) fant at 29 % av dem som mottar hjemmehjelp har behov for ytterligere hjelp. Helset (1998) fant at 49 % av de spurte hjelpemottakere oppgav at de trengte mer hjelp. I en studie blant *svært hjelpetrengende* eldre tjenestebrukere viste det seg at 29 % fikk for lite hjelp hjemmehjelp eller hjemmesykepleie (Slagsvold 2000).

⁴ Rasmussen (2000) peker på et tilsvarende poeng. Hun beskriver hjemmetjenesten som en «grådig» organisasjon.

⁵ I en tidligere rapport (Vabø 1998) viser jeg hvordan dette spørsmålet er gjenstand for kontinuerlige forhandlinger mellom omsorgspersonell, hjelpemottakere og deres pårørende.

offentlig velferdsinstitusjon som hjemmetjenesten er det imidlertid ikke uten videre gitt hva som konstituerer organisasjonen, og hvem ledelsen er. Omsorgsenheten har verken en klar grense eller en klar ledelse, men er innvevd i et komplekst nettverk der den underlegges krav, føringer og kontroll fra ulike nivåer i det politiske og forvaltningsmessige hierarkiet. Den lokale lederen for et omsorgsdistrikt eller for en tjenesteenhet står ikke fritt til å fatte beslutninger om hvilke organisasjons- og styringsform som er best egnet for å drive godt. Hun eller han vil alltid være underlagt føringer «ovenfra» og «utenfra» – ofte fra flere autoritative sentra. Dette gjelder også for kvalitetsarbeidet: Det forekommer at lokale ledere utviser et selvstendig initiativ for å etablere et kvalitetssystem. Imidlertid blir lederen uvilkårlig også underlagt krav og kontroll fra overordnede instanser som har fått et ansvar for å stimulere kommunene til å sørge for at slike systemer blir iverksatt.

I en rekke kommuner (men ikke i alle) blir den enkelte omsorgsenhet pålagt å etablere et kvalitetssystem som følge av kommunens *egne utviklingsambisjoner*. Som vi skal se nærmere på (kap. 5), blir kommunenes egne ønsker om slike systemer særlig tydelig i kommuner som forbereder seg på konkurranseutsetting.⁶ Denne driftsformen kan nemlig bare fungere i tråd med sin hensikt dersom kommunen er i stand til å kontrollere og vurdere kvalitet. For øvrig følger kravet om kvalitetssystemer i kjølvannet av den generelle helsepolitiske satsningen: Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – ofte omtalt som «nasjonalstrategien». Satsningen ble iverksatt som et svar på en appell fra Verdens helseorganisasjon (WHO) der alle de europeiske landene ble oppfordret til å etablere systemer som skal «overvåke og garantere kvaliteten på helsetjenester». Som et svar på oppfordringen, fulgte Storting og regjering opp med lover og forskrifter. I 1994 fikk Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten en bestemmelse som pålegger enhver som yter helsetjenester å etablere internkontroll med virksomheten. I 1997 kom det en egen kvalitetsforskrift som var særskilt rettet mot omsorgstjenesten. Denne stilte krav om at det skulle etableres skriftlige prosedyrer for å sikre at grunnleggende behov dekkes. Med de nye bestemmelsene og nasjonalstrategien ble flere aktører mobilisert for å bidra til at helse-

⁶ Når vi her snakker om konkurranseutsetting, er det tale om anbudsutsetting eller utsetting av oppgaver til private virksomheter. En slik form for privatisering innebærer at private aktører kan konkurrere om å få overta *driften* av en tjeneste. Finansiering av tjenesten er fortsatt et offentlig ansvar, likeledes utforming, oppfølging og kontroll av tjenesten i form av kvalitets-, kompetanse- og bemanningskrav (Bogen og Nyen 1998).

tjenestene følger opp kravene. Statens helsetilsyn (2002) beskriver ansvarsforholdene i kvalitetsarbeidet slik:

De ulike aktørenes ansvar:

Sosial- og helsedepartementet har fastsatt overordnede mål og strategier for kvalitetsutvikling og ser til at lov- og forskriftsverk støtter opp om kvalitetsutviklingen i helsetjenesten.

Statens helsetilsyn har hatt ansvar for å gjennomføre og følge opp prosjektet Nasjonal strategi som har strukket seg over seks år. Dette har bestått i å være pådriver for og gi råd og veiledning om kvalitetsarbeidet i helsetjenesten. Det har spesielt blitt lagt vekt på innføring av internkontroll. Helsetilsynet skulle videre blant annet gjøre gjeldende regelverk kjent, bistå fylkeslegene i gjennomføring av tilsyn, initiere utvikling av kvalitetsindikatorer på prioriterte områder og bidra til opplæring av helsepersonell.

Fylkeslegene utfører tilsynet med helsetjenesten og gir helsetjenesten og de som har ansvaret for den råd og veiledning. Fylkeslegene skal spesielt føre tilsyn med at helsetjenesten innfører helhetlige internkontrollsystemer.

Den politiske og administrative ledelsen i kommuner og fylkeskommuner har det overordnede ansvaret for at den enkelte virksomhet iverksetter og samordner kvalitetsarbeidet på en helhetlig måte.

Ledelsen i den enkelte virksomhet har ansvar for at kvalitetssystemet utvikles og iverksettes i organisasjonen. Det blir lagt vekt på at koordineringen av samarbeidet mellom avdelinger, funksjoner og andre institusjoner fungerer godt.

Den enkelte medarbeider er den som til syvende og sist utfører kvalitetsarbeidet i praksis og har dermed en svært viktig rolle i kvalitetsutviklingsprosessen. Det er derfor nødvendig at den enkelte har god kjennskap til verktøy og teknikker som blir benyttet i kvalitetsarbeidet. I tillegg må de ansatte ha kjennskap til de krav som stilles i form av lover og forskrifter som er relevant for deres arbeid.

Yrkes- og brukerorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer spiller viktige roller gjennom samarbeid med statlige myndigheter og deltakelse i informasjons- og opplæringsarbeidet.

Brukerorganisasjoner skal bidra med utvikling av modeller for brukermedvirkning og utvikling av indikatorer for kvalitet.

Forskningsmiljøer skal også bidra med utvikling av indikatorer for kvalitet, og med evaluering og formidling av forskningserfaringer.

I tillegg til aktørene som ramses opp her er det i denne sammenheng viktig å nevne at det ble ansatt en *kvalitetsrådgiver* for kommunehelsetjenesten ved

samtligte av landets 19 fylkeslegekontorer. Stillingene var et resultat av nasjonalstrategiens særskilte satsning for kommunehelsetjenesten. Kvalitetsrådgiverne fikk i oppdrag å bistå de virksomheter som faller inn under kommunehelsetjenesten, deriblant den hjemmebaserte omsorgstjenesten. Det må også nevnes at det finnes en rekke private bedriftskonsulenter som tilbyr offentlige institusjoner kunnskap og råd i tilknytning til kvalitetsarbeidet. Private konsulenter blir hyret inn på ulike nivåer i det offentlige byråkrati både som rådgivere i konkret omstillings- og utviklingsarbeid og som kursarrangører. Det var eksempelvis et privat konsulentbyrå som fikk ansvaret for det opplæringsprogrammet fylkeslegenes kvalitetsrådgivere fikk i forkant av sin ansettelse.

Kvalitetsarbeidet involverer og engasjerer en rekke aktører. Det ligger ikke innenfor rammen av dette prosjektet å gi en inngående analyse av hvordan alle disse bidrar i kvalitetsarbeidet. Hensikten her har vært å undersøke nærmere hva den omfattende kvalitetssatsingen avstedkommer når den lander i en praktisk virkelighet. Hovedtyngden av datainnsamlingen har derfor foregått direkte i forhold til kommunene. Vi har intervjuet representanter fra den kommunale ledelsen som har hatt ansvar for å iverksette kvalitets-systemer samt en eller flere interne utviklingskonsulenter (kvalitetskonsulent, kvalitetssjef eller kvalitetskoordinator) (se kap. 5). Og vi har intervjuet representanter fra førstelinjetjenesten – sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere som til daglig sørger for at innbyggerne får de tjenester de har behov for (kap. 6). For å få et tydelig bilde av de statlige føringene for kvalitetsarbeidet har vi – i tillegg til å gjennomgå relevante dokumenter – også intervjuet noen av kvalitetsrådgiverne fra de ulike Fylkeslegekontorene.

En løpende prosess sett fra ulike ståsted

I utgangspunktet ønsket vi å undersøke nærmere hvordan ideen om kvalitetsledelse materialiserer seg i den hjemmebaserte omsorgstjenesten. Målet var på den ene siden få tak i hvordan administrative ledere og rådgivere bidrar til å konstruere systemer for kvalitetsledelse, og, på den andre siden, hvordan ansatte reagerer og agerer i forhold til disse konstruksjonene. I vår opprinnelige problemstilling lå det implisitt en antakelse om at det var mulig å finne kommuner som kunne vise til at de hadde et fungerende kvalitets-system. Dette viste seg imidlertid å bli vanskeligere enn antatt. Vi kom på sporet av flere kommuner som gav inntrykk av å være godt i gang med å implementere et kvalitetssystem. De kunne vise til omfattende planer og til løpende kvalitetsprosjekter, forsøksvirksomhet og gruppearbeider. Men de

kunne samtidig også vise til at planer og prosjekter stadig var blitt endret, lagt på is eller forlatt til fordel for nye prosjekter og satsninger. Prosessen med å bygge opp et kvalitetssystem fremstod som en fragmentert og ustabil prosess.

Ettersom undersøkelsen rettet seg mot en løpende og ustabil prosess, fant vi det lite hensiktsmessig å sammenligne ulike kommuner og omsorgsdistrikt. Med andre ord: vi fant det lite hensiktsmessig å «fryse fast» en prosess som enda ikke hadde funnet sin form. Rapporten tar dermed på ingen måte sikte på å evaluere eller sammenligne *resultater* av kvalitetsarbeidet i ulike kommuner og bydeler. Ambisjonene her begrenser seg til å synliggjøre noen av de utfordringene og problemene som utspiller seg *underveis* i en uferdig implementeringsprosess. I stedet for å samle og presentere erfaringer og synspunkter fra hver enkelt kommune/bydel, har vi her funnet det fruktbart å samle erfaringer og synspunkter fra grupper av aktører på tvers av ulike kommuner som befinner seg i samme posisjon og avstand fra omsorgshverdagen. Det analytiske grepet er ikke tilfeldig valgt. Etter å ha intervjuet en rekke personer fra ulike posisjoner i omsorgsfeltet fant vi at det var slående forskjeller i perspektiver i ulike nivåer i hierarkiet. Administratorer og rådgivere som hadde et særlig ansvar for å drive fram kvalitetsarbeidet, anså kvalitetsideen for å være et jordnært, praktiske styringsverktøy (men som det tar tid å bygge opp). Mange av praktikerne derimot var tilbøyelige til å mene at idefragmenter og tiltak avledet fra ideen virket fjerne og upraktiske i en omsorgshverdag. Et spørsmål som stadig meldte seg i løpet av intervjufasen, var: Hvordan kan det ha seg at en styringsidé får så pass stor utbredelse og legitimitet når den til de grader blir ignorert og motvirket av de menneskene som omfattes av ideen? Hva er det administratorer og kvalitetsrådgivere bygger sin optimistiske styringstro på? Og hvorfor fremstår de nye styringstiltakene så upraktiske for de mennesker som har det daglige ansvaret for omsorgstjenesten?

Rapporten har følgende oppbygging: Kapittel 2 redegjør for metode og analytisk tilnærming. Kapittel 3 gir en nærmere beskrivelse av ideen om «total kvalitetsledelse» (TKL) slik den opprinnelig ble utformet innenfor industrisektoren. Kapitlet gir også innblikk i den kritikk som har vært rettet mot styringsideen fra akademisk hold. Kapittel 4 viser hvordan kravet om kvalitetssystemer uttrykkes fra sentrale helsemyndigheter. Kapitlet redegjør for føringer som følger av lover, forskrifter og strategidokumenter og gir dessuten et innblikk i hvordan offentlige kvalitetsrådgivere har valgt å forstå disse. Kapittel 5 viser hvordan kommuner og bydeler har latt seg inspirere av kvalitetsideen. Fremstillingen bygger på interne dokumenter samt på per-

spektiver fra administratorer og interne utviklingskonsulenter. Kapittel 6 fokuserer på den praktiske hjemmetjenesten og på hvordan tiltak og rutiner avledet av kvalitetsideen fortøner seg for dem som har det praktiske omsorgsansvaret. Kapitlet baseres på perspektiver og synspunkter fra distriktsledere, soneledere og ansatte som jobber i hjemmetjenesten. I kapittel 7 oppsummeres de ulike interessene som preger tolkningen av kvalitetsideen og gir en sammenfattende analyse og drøfting av sentrale utfordringer og problemer i kvalitetsarbeidet.

2 Empirisk og analytisk tilnærming til feltet

Valg av metode for innsamling og analyse av data er ikke et prinsipielt, men et strategisk valg. Den samfunnsvitenskapelige forskningsmetode må være tilpasset forskningsprosjektets art, hvilke spørsmål det er ønskelig å finne svar på, og de praktiske betingelser forskeren jobber under (Holter 1982). Hovedhensikten med undersøkelsen som ligger til grunn for denne rapporten, har vært å få et bedre innblikk i hvordan ideer om kvalitetsledelse blir fortolket og utformet. På den ene siden av aktører som har et særlig ansvar for at ideene iverksettes, på den andre siden av de personer som omfattes av ideene, og som skal sørge for at de materialiseres i daglige rutiner og praksisformer. Med denne problemstillingen har det vært nærliggende å velge en tilnærming som gir oss innsikt i feltet på de utforskede egne premisser. I første del av kapitlet gis en beskrivelse av studiens utforming, valg av undersøkelseskommuner og informanter og metodikk. I andre delen redegjør vi nærmere for de analytiske «brillene» vi har valgt å se data-materialet med. Vi argumenterer for at de problemstillingene vi her er opptatt av, best kan forstås dersom vi velger et organisasjonsperspektiv som tar utgangspunkt i enkeltindividers situasjonsforståelse.

Datainnsamling

Et aspekt som er avgjørende for metodevalg, er hvorvidt forskeren beveger seg i kjent eller ukjent terreng. Er målet å studere forekomsten av eller fordelingen av et kjent fenomen, eller er målet å fremskaffe ny kunnskap og innsikt i et fenomen som vi vet lite om fra før? Vanligvis blir det hevdet at kvalitative analyser er å foretrekke når målet er å få bedre innsikt i et fenomen, mens en kvantitativ analyse vil være velegnet når det er ønskelig å få oversikt over utbredelsen og variasjonene av et gitt fenomen. I dette tilfellet hadde vi relativt godt kjenneskap til det organisasjonsfeltet som skulle undersøkes, både gjennom egne og andres tidligere undersøkelser (f.eks. Christensen 1997, Vabø 1998, Thorsen 1998, Helset, 1998, Christensen og Næss 1999, Kvamme 2000), men vi hadde liten kunnskap om hvilke aktiviteter og endringer det etter hvert omsegripende kvalitetsarbeidet førte med seg. Vi hadde fått et inntrykk på forhånd av at kvalitetsledelse og kvalitetsstyring hadde skapt entusiasme og oppslutning innenfor pleie- og

omsorgssektoren. Det var imidlertid ikke klart hvorvidt denne entusiasmen var alminnelig utbredt. Det var heller ikke klart hva entusiasmen var rettet mot. *Hvorfor* blir kvalitetssystemer og kvalitetsledelse/kvalitetsstyring nå plutselig ansett som selvfølgelig og nødvendig i pleie- og omsorgssektoren?

For å få svar på våre spørsmål ble det lagt opp til en datainnsamling i to faser. Planen var å først foreta en kartleggingsundersøkelse for å få bedre innblikk i hvordan kravene om å etablere kvalitetssystemer var mottatt i et bredere antall kommuner/bydeler – deretter å studere nærmere hvordan utfordringen om å etablere kvalitetssystemer ble forstått og konkretisert ved et begrenset antall tjenestesteder.

Kartleggingsundersøkelsen

I første fase av datainnsamlingen ble det foretatt en intervjuundersøkelse blant administrative ledere i et tilfeldig utvalg av kommuner (N 30). Utvalget ble trukket fra fire ulike størrelseskategorier av kommuner – storbykommuner, store, mellomstore og små landkommuner. Undersøkelsen ble gjennomført tidlig i prosjektet. Personene som ble intervjuet, var fortrinnsvis pleie- og omsorgsledere, men i enkelte kommuner ble vi henvist videre til en intern utviklingskonsulent som hadde fått et særskilt ansvar for å følge opp de helsepolitiske signalene om å etablere kvalitetssystemer i tjenesten. Intervjuene fulgte en relativt åpen intervjuguide. Ledelsesrepresentantene ble bedt om å fortelle litt om *hvordan* de hadde valgt å følge opp signalene, og litt om hvor langt de var kommet i arbeidet. Intervjuene åpnet også for at de kunne komme frem med sine synspunkter på kvalitetsutfordringen.

Samtlige av informantene gav uttrykk for at de var kjent med utfordringene om å etablere et helhetlig kvalitetssystem. De fleste fortalte at de hadde forholdt seg aktivt til utfordringen, men det var åpenbart varierende hvor langt de var kommet.⁷ Ut fra deres egne utsagn foretok vi følgende grovsortering :

⁷ Jeg vil gjerne understreke at disse subjektive framdriftsrapporteringene er høyst usikre, ikke minst dersom man tar i betraktning at det kan være ulike oppfatninger av hva det vil si å ha kommet langt. Kort tid før intervjuene ble det offentliggjort en tilsynsrapport fra fylkeslegene der det heter at kommunene «langt mindre enn forventet tar ansvar for å koordinere og innføre internkontroll med virksomheten. 90 % av rapportene påpeker at det ikke foreligger planer for innføring, eller at planene mangler fullstendig. Heller ikke systemkravene i kvalitetsforskriften er tilfredsstillende ivaretatt i helsetjenesten. Rapportene påpeker her mangeler i 50 % av kommunene». (Fylkeslegenes fellestilsyn 1998 med helsetjenesten for eldre. www.helsetilsynet.no)

- «Vi er godt i gang / vi ser hvor vi vil hen, men det gjenstår å se hvordan systemet fungerer i praksis» (N=10)
- «Vi er i gang/prøver og feiler» (N=14)
- «Vi er ikke kommet i gang/ vi befinner oss på planleggingsstadiet» (N=6)

Kvalitetsutfordringen hadde åpenbart vekket sterke reaksjoner – både positive og negative. En skjønnsmessig grovsortering av informantenes innstilling viste følgende fordeling av reaksjoner.

- Informanten hadde en optimistisk tro på at ideene vil bidra til å forbedre tjenesten (N=12).
- Informanten var frustrert over kravene og/eller mente at de kun avstedkom ekstra papirarbeid (N= 11).
- Informanten var avventende og uberørt overfor kravene – verken negativ eller positivt innstilt (N=7).

Som vi ser av figur 1, var det stor grad av sammenfall mellom den selvrapporterte framdriften og informantens entusiasme for ideen.

Figur 1. Svarfordeling i kartleggingsundersøkelsen.

Framdrift:	Informantene uttrykker:		
	Entusiasme (12)	Likegyldighet (7)	Frustrasjon (11)
Kommet godt i gang (10)	10	-----	---
Har begynt så smått (14)	1	5	8
Har ikke begynt (6)	1	2	3

Jakten på gode eksempelkommuner

I andre fase av undersøkelsen var det lagt opp til å gjøre grundigere undersøkelser i et mindre utvalg av kommuner som hadde erfaringer med kvalitetssystemer. Vi ønsket å høre synspunkter fra flere aktører enn fra de administrative lederne som vanligvis representerer kommunen utad. Hva betyr det for ansatte i en praktisk omsorgshverdag å ha etablert et kvalitetssystem? Har det endret deres arbeidsform? Å finne fram til kommuner som kunne gi svar på disse spørsmålene, viste seg å være problematisk simpelthen fordi det var vanskelig å oppspore tjenestesteder som kunne vise til et fungerende kvalitetssystem. Det ble lagt betydelig tid og arbeid i å finne fram til «gode

eksempler» blant de kommunene som *ikke* hadde deltatt i den første kartleggingsundersøkelsen. Vi sjekket en rekke tips fra kvalitetsrådgivere og byråkrater som hadde hørt om kommuner som var godt i gang. Vi sjekket også kommuner som få år tidligere hadde proklamert at de satset på å styre etter prinsipper om «Total kvalitetsledelse» (Hauge, Opedal og Tønnesen 1995). Til sammen tok vi kontakt med ledere for hjemmetjenesten i åtte navngitte kommuner. Svarene vi fikk lignet de vi hadde fått i kartleggingsundersøkelsen: Noen kunne fortelle at satsingen på kvalitetssystemer lå på is eller hadde rent ut i sanden, mens andre kunne fortelle at kvalitetssystemet var underveis: deler av systemet var prøvd ut og introdusert for de ansatte, men det var fortsatt flere elementer som skulle på plass. Å få et kvalitetssystem nedfelt i hverdagen er tidkrevende og vanskelig.

Tidsrammen for prosjektet tilsa at jakten på kommuner med et etablert, fungerende kvalitetssystem måtte avsluttes. I praksis innebar dette at fokuset for undersøkelsen i større grad ble dreid mot arbeidet med å tilrettelegge for kvalitetssystemer. Forskyvningen av fokus medførte blant annet at vi supplerte undersøkelsen med å intervjuet et utvalg av de offentlige kvalitetsrådgiverne som via fylkeslegen hadde ansvar for å bistå arbeidet. Det ble foretatt telefonintervjuer med i alt 9 kvalitetsrådgivere. Rådgiverne ble bedt om å utdype og konkretisere hvordan de forstod helsemyndighetenes signaler overfor kommunene. De ble også bedt om å si litt om hvordan de selv formidlet sitt budskap innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Hovedtyngden av datainnsamlingen foregikk i fem kommuner og bydeler som alle kunne vise til relativt omfattende erfaring med ulike former for kvalitetsarbeid. Sett i forhold til det helhetsbildet som fremkom gjennom den første kartleggingsundersøkelsen, var dette et *skjevt* utvalg. Det var kommuner/bydeler som var kommet langt i arbeidet. Skjevheten i utvalget var bevisst. Etersom vi ønsket å få frem bedre kunnskap om erfaringer og synspunkter omkring kvalitetsarbeidet, så vi det ikke som et poeng å oppsøke kommuner som hadde *liten* erfaring med denne typen arbeid.

Kommunene/bydelene som ble bedt om å delta i undersøkelsen ble gjort oppmerksomme på at hensikten med undersøkelsen ikke var å evaluere eller sammenligne ferdige kvalitetssystemer, men å synliggjøre utfordringer og problemer som oppstår underveis i prosessen mot et kvalitetssystem. Undersøkelsen skulle gjennomføres anonymt. Vi endte opp med å gjennomføre intervjuer ved fem ulike tjenestestede. To av de fem var rekruttert fra kartleggingsundersøkelsen. Av anonymitetshensyn blir tjenestestedene her omtalt som omsorgsdistrikter eller distrikter.

Distrikt A ble anbefalt av en kvalitetsrådgiver ansatt hos Fylkeslegen. Rådgiveren hadde besøkt omsorgsdistriktet og anså det som et godt eksempel på et distrikt som var kommet godt i gang med kvalitetsarbeidet. Kvalitetsarbeidet var nylig startet opp og først og fremst initiert som følge av påtrykk fra Fylkeslegen. Hjemmetjenesten i distriktet hadde fått anmerkning om at «kvalitetsforskriften» ikke var fulgt opp og internkontroll ikke var på plass. Det var ansatt en utviklingskonsulent og opprettet kvalitetsgrupper som hadde startet med å utarbeide skriftlige prosedyrer.

Distrikt B ble valgt ut på grunnlag av intervjuet i kartleggingsundersøkelsen. Pleie- og omsorgslederen fortalte at distriktet var inne i en omfattende omstillingsprosess der det ble satset på konkurranseutsetting og bestiller–utførerorganisering samt systematisk kvalitetsledelse. På undersøkelsestidspunktet var to interne utviklingskonsulenter engasjert blant annet for å jobbe med forberedelser til konkurranseutsetting og med å utarbeide kriterier for å kontrollere kvalitet i utførerleddet. Disse to hadde dessuten hatt medansvar for en kvalitetsundersøkelse, og meningen var at de skulle ha hovedansvar for å følge opp krav og føringer som kom fra sentrale helsemyndigheter.

Distrikt C ble også valgt ut på grunnlag av intervjuet i kartleggingsundersøkelsen. I intervjuet ble det opplyst at et omfattende kvalitetsystem nylig var ferdigutformet på papiret – klar til å iverksettes. Systemet var utviklet parallelt med at kommunen satset på konkurranseutsetting og bestiller–utførerorganisering. Da kommunen ble kontaktet et snaut år senere var iverksettingen av kvalitetssystemet lagt på is. Informanten – som hadde vært en ivrig pådriver i kvalitetsarbeidet – hadde sluttet. Det var planer om å ta fatt på kvalitetsarbeidet igjen om et halvt år.

Distrikt D ble valgt ut fordi det hadde hatt kvalitetsarbeid på dagsorden i en rekke år. Vi hadde hørt om kvalitetsarbeidet fra foredrag på en kvalitetskonferanse. Personen som holdt foredraget var nå sluttet og kvalitetsarbeidet hadde i ettertid rent ut i sanden. Da distriktet ble kontaktet hadde hjemmetjenesten i distriktet nylig fått anmerkning fra Fylkeslegen for å ikke ha fulgt opp kvalitetsforskriften og kravet om internkontroll. Kvalitetsarbeidet som tidligere var utført, hadde ikke gitt resultater. Det var nå planer om å gjenoppta arbeidet og satse på et enklere system.

Distrikt E ble også valgt ut på grunnlag av fremstillinger som var gitt fra kvalitetskonferanser og seminar. Distriktet befinner seg i en foregangskommune når det gjelder omstilling og modernisering. Kommunen har vært tidlig ute med konkurranseutsetting/bestiller–utførerorganisering, serviceerklæringer og kvalitetssystemer. Erfaringer fra kommunens kvalitetsprosjekter blir ofte formidlet på seminarer og konferanser. På undersøkelsestids-

punktet hadde kommunen byttet ut et tidligere kvalitetssystem (som de mente var for stort og tungdrevet) med et enklere og mer håndterlig system. Systemet var fortsatt under utprøving og oppbygging.

I de fem distriktene ble det gjennomført intervjuer med i alt 48 personer – det vil si 7–10 personer fra hvert distrikt. Det var intervjuer med representanter fra den administrative ledelsen – som regel en toppleder og 1–2 interne utviklingskonsulenter – og med representanter fra det operative tjenestenivået – som regel en mellomleder og/eller 2–3 førstelinjeledere samt 3–6 praktikere. Informantene fra det operative tjenestenivået var fordelt mellom sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere. De fleste intervjuene ble gjennomført som et engangsintervju ansikt til ansikt med enkeltpersoner. Det ble imidlertid gjort enkelte unntak fra denne formen. I underkant av 10 av informantene ble kontaktet en eller flere ganger *etter* det første intervjuet – enten for at de skulle supplere informasjon eller for at vi skulle høre siste nytt om deres erfaringer fra kvalitetsarbeidet. I fire tilfeller falt det naturlig å intervju to personer samtidig. Vi intervjuet eksempelvis en pleie- og omsorgssjefen sammen med en intern utviklingskonsulent. Intervjuet ble supplert av flere kortere samtaler med utviklingskonsulenten. I et av distriktene valgte vi å foreta et gruppeintervju med flere førstelinjeledere i håp om at informantene sammen kunne bidra til å gi et mest mulig fyllestgjørende bilde av hendelser som lå flere år tilbake i tid.

Intervjuene fulgte en intervjuguide, men denne ble ofte justert underveis. Det var viktig å sikre et minimum av informasjon om informantens befatning med og erfaringer med ulike typer kvalitetsarbeid. På samme tid var det viktig å ikke gå ut fra en fast forhåndsantakelse om hva kvalitetsarbeidet rommer. Det viste seg i praksis at betegnelsen 'kvalitetsarbeid' ble anvendt relativt løst om svært ulike typer av aktiviteter og til dels om aktiviteter som stod i strid med hverandre. Det viste seg også at betegnelsen ble anvendt forskjellig av forskjellige personer, og at det som ble rubrisert under kvalitetsarbeid i praksis «blandet seg» med andre former for omstillings- og utviklingsarbeid (se nærmere om dette i kap. 5).

I tillegg til intervjuene med enkeltpersoner ble det samlet inn skriftlige dokumenter som var forfattet på ulike nivå i kommunen der distriktene befant seg. Ved flere anledninger var vi dessuten til stede der ansatte samles i løpet av arbeidsdagen. Dette gav anledning til enkelte observasjoner og uformelle samtaler. De aller fleste av intervjuene ble tatt opp på bånd og skrevet fullstendig ut. Det ble også skrevet feltnotater underveis for å huske samtaler og observasjoner. For å holde rede på et relativt stort og sammensatt datamateriale anvendte vi til dels dataprogrammet NUDIST.

Hva kan et datamateriale av denne typen fortelle?

Utfordringen i en kvalitativ analyse er å avdekke *meningsmønstre* i detaljrike og virkelighetsnære beskrivelser. Analyser av kvalitative data følger en annen logikk enn de typisk kvantitative analysene. Målet er ikke å si noe om forekomster og utbredelse, men å bidra til bedre innsikt og forståelse i et sosialt fenomen. I denne sammenhengen ønsket vi å utdype og tydeliggjøre hvordan noen typer problemer og utfordringer fortoner seg fra «innsiden». Vi ønsket å tydeliggjøre hvordan utfordringen om å jobbe mer systematisk med kvalitet oppfattes fra ulike ståsted og søker derigjennom å synliggjøre hvorfor og hvordan bestemte tiltak iverksettes, og hvorfor og hvordan de samme tiltak svekkes. På dette grunnlag er det ikke mulig å gjøre generaliseringer for et større antall kommuner. Det er ikke mulig å anslå hva som er den sannsynlige forekomst og fordeling av fenomenet som studeres. Allikevel er det mulig å hevde at beskrivelsene peker ut over seg selv, fordi de bidrar til å nyansere og videreutvikle den teoretiske forståelsen av det fenomenet som undersøkes (Schulz Jørgensen 1989, Bjerrum Nielsen 1994).

Et kvalitativt datamateriale av den typen som er samlet inn her, fremstår umiddelbart som uryddig og for noen som «uvitenskapelig». I sin råeste form består det av tykke permer med utskrifter av muntlige samtaler. Når muntlige samtaler skrives direkte ut på denne måten, avslører de at samtaler ofte er springende og usammenhengende. De enkelte informantene avgir ofte tvetydige, amputerte og uavklarte svar, de legger vekt på flere forhold samtidig, og gir til tider inntrykk av å motsi seg selv. Legger man de ulike intervjuene ved siden av hverandre, fremgår det at spørsmål blir oppfattet forskjellig av forskjellige personer, og at folk tenker og taler og svarer forskjellig ut fra sine forskjellige ståsted og ut fra hva som opptar dem mest i hverdagen.⁸

For å komme på sporet av et meningsmønster i datamaterialet er det nødvendig å foreta en opprydding og en kategorisering av datamaterialet. Kategorier og antatte sammenhenger er ikke definert på forhånd – slik de som regel er i en typisk kvantitativ undersøkelse. «Ryddearbeidet» vil i langt større grad gjøres underveis og i etterkant av undersøkelsen. I jakten på gode kategorier må materialet leses gjennom mange ganger på kryss og tvers. Det

⁸ Mange vil feste større lit til spørreskjemaundersøkelser der spørsmålene og svaralternativene er forhåndsdefinert, og der svarene følgelig fremstår som enkle, entydige og kvantifiserbare. Data som er tallfestet, fremstår som ryddige og presise og gir et inntrykk av å representere konkret og sikker faktakunnskap. Dette betyr selvsagt ikke at informanten aldri er tvetydig og usikker i en spørreskjemaundersøkelse. Imidlertid innebærer avstanden til informanten at denne typen problemer skjules.

er imidlertid feil å hevde at kategoriene springer «naturlig» ut av data-materialet. Forskeren vil alltid være preget av sin etablerte forståelsehorisont. Imidlertid er det mulig å gå bevisst inn for å «bearbeide» denne horisonten og å forholde seg kritisk til egne forestillinger, antakelser og fordommer. Å analysere og kategorisere et kvalitativt materiale handler i stor grad om å fortløpende teste ut egne antakelser – ikke bare i intervju situasjonen, men også i de tekster som foreligger etter intervjuet. Hvem sier hva, og *hvorfor* sier hun eller han akkurat dette. Denne vekslende og sirkulære bevegelsen mellom testing og reformulering av egne antakelser omtales gjerne som en hermeneutisk forståelsesprosess (Føllesdal, Walløe og Elster 1984).

Som i enhver samfunnsvitenskapelig undersøkelse, vil spørsmålene som stilles og kategoriene som velges ideelt sett foretas ut fra de overordnede spørsmålene i undersøkelsen. Ettersom det her var prosessen med å bygge opp et kvalitetssystem som stod i fokus, var det nærliggende å lete etter nyanser i de erfaringer som formidles omkring prosessen. Analysearbeidet var krevende: Kvalitetsarbeidet ble beskrevet som en løpende prosess som antok mange og til dels skiftende retninger. Erfaringene varierte til dels fordi de ulike tjenestestedene befant seg i ulike faser i en prosess og hadde fokuset rettet mot ulike sider av kvalitetsarbeidet. Innenfor disse ustabile og skiftende prosessene var det imidlertid mulig å spore erfaringer og perspektiver på de samme typer av utfordringer og problemer. Som vi avslørte allerede i forrige kapittel, varierte ikke perspektivene først og fremst mellom de ulike tjenestestedene, men mellom personer i ulike posisjoner. For å forstå hvilke mekanismer som fremmer og hemmer prosessene med å bygge opp kvalitetssystemer, var det derfor nærliggende å bygge videre på et analytisk perspektiv som gav rom for at synet på det som hender i organisasjoner varierer med organisasjonsmedlemmenes plassering i organisasjonen. Vi skal i resten av kapitlet gjøre nærmere rede for hvilke teoretiske ansatser og analytiske kategorier som har ligget til grunn i tolkning av datamaterialet.

Et individfokuset organisasjonsperspektiv

Våre kunnskaper og syn på hva som hender i organisasjoner, vil alltid avhenge av vårt analytiske perspektiv – det vil si av de kategorier og begreper som legges til grunn for å forstå disse hendelsene. Synet på hvordan ideer og planlagte endringer (reformer) materialiseres i organisasjoner har vært dominert av to ulike analytiske perspektiver (Nylehn 1994; Røvik 1990, 1999, Czarniawska og Joerges 1996). Det første perspektivet – som Røvik (1999) kaller *verktøyperspektivet* – har forankring i en stadig ekspanderende

managementideologi (se kap. 3) og er åpenbart det perspektiv som i dag har hegemoni blant skolerte ledere, reformister og konsulenter. Verktøy-perspektivet bygger på en forutsetning om at organisasjoner er avgrensede, sosiale innretninger som kan styres instrumentelt i henhold til forhånds-definerte mål. Perspektivet er modernistisk inspirert i den forstand at det preges av en generell utviklingsoptimisme og sterk rasjonalistisk orientering (Røvik 1998). Nye ideer om organisasjon og ledelse blir betraktet som verktøy utformet for å skape en hensiktsmessig struktur, ledelse, organisasjonskultur m.v. Ledere er rasjonelle aktører som velger og tilpasser verktøy slik at de blir optimale i forhold til organisasjonens problem.

Det andre perspektivet – symbolperspektivet (Røvik op.cit.) – går med på at organisasjoner er forsøksvis styrt, men tar utgangspunkt i at målene både springer ut av og blir tilpasset organisasjonens institusjonelle rammebetingelser. Symbolperspektivet er inspirert av såkalt ny-institusjonell teori og har vært dominerende i den skandinaviske statsvitenskapelige forskningen omkring reformer (Czarniawska og Sevón 1996). Perspektivet legger til grunn at organisasjoner er åpne systemer som lever i samspill med institusjonelle omgivelser der de stadig konfronteres med og tilpasser seg eksisterende tradisjoner, normer og konvensjoner. Ifølge Røvik (op.cit.) er organisasjonslivet omgitt av symboler og myter som betoner fornuft, styring og effektivitet. Disse blir gjerne *oppfattet* som objektive fakta og dermed som verktøy, men er i virkeligheten sosialt konstruerte normer og standarder. Populære styringskonsepter blir i dette perspektivet ansett for å være en form for meningsbærende symboler.⁹ Når organisasjonen adopterer slike konsepter, gis det legitimitet utad og en identitet som en moderne organisasjon. Forskningsbidrag forankret i symbolperspektivet tilbyr forklaringer på hvorfor organisasjoner ofte skifter ut sine styringskonsepter i takt med moten, og hvorfor styringskonsepter ofte ikke får så stor betydning innad i organisasjoner som det kan se ut når ledelsen viser organisasjonens ansikt utad.

I begge de to dominerende perspektivene figurerer *organisasjonen* ofte som en selvstendig aktør. I denne sammenhengen, der vi ønsker å belyse hvorfor perspektivene på en styringsidé varierer internt i organisasjonen, trenger vi et perspektiv som impliserer et begrep om at det er enkeltmennesker som omfattes av ideen. En av dem som sterkest har hevdet et individfokusert «forstående» perspektiv i studiet av organisasjoner, er den

⁹ Enkelte går til det skritt å beskrive styringskonseptene som en form for moderne *overtro* – de representerer en ikke-rasjonell tro på at styringsideer er begrunnet rasjonelt og vitenskapelig (Røvik op.cit.).

britiske sosiologen David Silverman (1970).¹⁰ I stedet for å betrakte organisasjoner som organismer med en selvstendig indre logikk ser Silverman organisasjoner som organiserte handlingsprosesser. Influert av klassiske fortolkende sosiologer som Weber, Schutz og Berger & Luckman hevder han at handlinger i organisasjoner best kan forstås ved å gripe fatt i kildene til organisasjonsmedlemmenes tatt-for-gitt-forståelse av seg selv og sin omverden. Enhver organisasjonsanalyse bør ifølge Silverman identifisere individenes orientering eller «finite provinces of meaning» og den historiske og sosiale rammen disse inngår i. Utgangspunktet er altså at organisatorisk handling kan forstås ut fra aktørenes referanserammer eller situasjonsdefinisjoner. Ingen av medlemmene i en organisasjon kan tilskrives en mer «naturlig» eller «riktig» fortolkning enn andre.

Organisasjonsmedlemmenes handlingsorientering – deres mål og forventinger – følger av deres ulike erfaringsbakgrunn (ulike utdanning, yrkeserfaring etc.) av deres ulike sosiale bånd og forpliktelser utenfor organisasjonen (f.eks. familieforsørger) og av hvordan deres mål og forventninger blir verdsatt av ulike aktører innenfor organisasjonen. Deres orientering får igjen konsekvenser for det engasjement de utviser i organisasjonen, og for hvordan de forholder seg til *andre*, enten dette er overordnede, likestilte eller underordnede (klienter). Betydningen av enkeltindividers egne mål og forventninger utelukker imidlertid ikke at mer overindividuelle fenomener som tradisjoner og normer spiller inn. Organisasjonsmedlemmene opptrer ikke som ensomme skapninger, lukket inne i sitt eget meningsunivers. Deres orientering vil også være avhengig av institusjonaliserte forventninger som angir hvordan personer i bestemte posisjoner handler. Slike institusjonaliserte forventninger uttrykker organisasjonens spilleregler (rules of the game) – regler som blir tatt for gitt som objektive sosialt forståelige handlingstyper. Ifølge Silverman bør disse forstås historisk – ut fra det som var den opprinnelige hensikten med organisasjonen, og det som var datidens ideer om hvordan denne best kunne løses.

Ideer blir alltid forstått ut fra tidligere kunnskap

Silvermans fortolkende perspektiv tilsier at ideer og planlagte endringer aldri kan påvirke organisasjonen mekanisk. De vil alltid måtte «filtreres» gjennom organisasjonsmedlemmenes forståelseshorisont – de vil alltid bli forstått mot en erfaringsbakgrunn. Czarniawska & Joerges (1996) anvender begrepet

¹⁰ Perspektivet er kjent under betegnelsen 'the action frame of reference'. For en presentasjon av perspektivet se også Harmon & Mayer (1986).

perceptual readiness for å anskueliggjøre at mennesker har tilgjengelig ulike forståelseskategorier når de introduseres for en idé, og at de dermed kan se ulike ideer i de samme tekstene. Hvorvidt og hvordan en person oppfatter innholdet i en idé beror på de forståelseskategoriene vedkommende har tilgjengelig. Med dette utgangspunktet mener forfatterne det har mer for seg å stille spørsmål ved når ideene *oppdages*, enn når de ble introdusert. Å oppdage en idé kan ta tid – noen ganger svært lang tid. Ideen må noen ganger introduseres og gjentas mange ganger før den blir forstått og oppdaget som meningsfull. Oppdagelsen av en idé er altså ikke statisk og uforanderlig. Ny forståelse og innsikt erverves gjerne gradvis over tid og kan dermed føre til at en idé vil kunne oppdages på nye måter etter hvert som en erverver seg ny kunnskap og nye forståelseskategorier. En nyoppdagelse kan generere begeistring og motivasjon til å handle, eller den kan føre til at ideen stilles i et kritisk lys, og at den dermed forkastes. Ideer kan oppdages som ny innsikt (en aha-opplevelse) som forandrer ens tenke- og handlemåte, eller de kan oppdages som et uttrykk for noe en allerede vet. En idé oppfattes som revolusjonerende og ny dersom den representerer et brudd med et etablert tolkningsrepertoar, mens den oppfattes som en selvfølge og som sunn fornuft dersom den føyer seg inn i et tolkningsrepertoar som allerede er etablert.

Språket som kontrollverktøy

Ideer blir forstått i lys av tidligere kunnskap og erfaring, men er ikke bestemt av den enkeltes «private» kunnskapsbeholdning. Enkeltindivider vil også la seg manipulere og påvirke av nye impulser – ikke minst når de oppfatter at disse kommer fra en legitim autoritet. Planlagte forandringer – reformer – bærer alltid i seg en kime til forandring.

I studier av endringer i organisasjoner har det de siste tiårene dukket opp en rekke bidrag i studier av organisasjoner som er inspirert av et sosialkonstruktivistisk perspektiv der språk og språkbruk står sentralt for å forstå endringer i organisasjoner (Czarniawska-Joerges 1993, Webb 1996).¹¹ I dette perspektivet er ikke språket en nøytral avspeiling av en objektiv virkelighet, men intersubjektive fortolkninger som er forhandlet fram gjennom sosial

¹¹ Flere av bidragene er tydelig influert av Berger & Luckmans sosialkonstruktivistiske perspektiv som bygger på en erkjennelse om at vår erfaring av omverdenen som en objektiv virkelighet – våre felles tatt-for-gittheter – først og fremst er mulig gjennom språket. Berger & Luckmann (1983:53) skriver eksempelvis: «Hverdagens fælles objektiviseringer opprettholdes primært gjennom lingvistisk tegndannelse. Dagliglivet er fremfor alt liv med og i kraft av det sprog jeg har fælles med mine medmennesker. Forståelse av sproget er således væsentlig for en forståelse av hverdagens virkelighet.»

interaksjon. Menneskers begreper om den sosiale «virkeligheten» er historisk og kulturelt bestemt og dermed foranderlig. Det som ble oppfattet som sant og udiskutabelt i dag, trenger ikke oppfattes slik i morgen. Når organisasjonsforskere befatter seg med språk, forskyves oppmerksomheten i retning av språklige virkemidler og deres overtalende og handlingsgenererende (performative) rolle. Nye ideer om organisasjon og ledelse kan betraktes som nye tolkningsredskaper orientert mot å overtale andre til å endre sitt syn på hvordan organisasjonsvirkeligheten *er* (hva som er problemet), hvordan virkeligheten *burde* være, og hva som *bør gjøres*. Ifølge Czarniawska-Joerges (1993) anvender ledere språket bevisst og strategisk som et kontrollverktøy. De låner, stjeler, bytter og kjøper det hun kaller 'linguistic artifacts', nettopp med det for øye å konstruere modeller som framstår som troverdige og egnet til å generere oppslutning fra organisasjonsmedlemmer. Hun skiller mellom tre ulike, språklige kontrollverktøy som hun anser som særlig viktige i endring av organisasjoner:

- *Språklige merkelapper (labels)* anvendes for å kategorisere. Merkelapper er nyttige fordi de forteller oss *hva* ting er i en kaotisk og uklar sosial verden. De bidrar til å ordne våre tanker og inntrykk, reduserer usikkerhet og bidrar dermed til å klargjøre hva som må gjøres. De bærer ofte i seg et forslag til handling. Det som blir gitt betegnelsen 'en kostnad', bør reduseres, det som får betegnelsen 'kvalitet', bør understøttes osv. Imidlertid varierer det hvor entydige og konkrete merkelappene er, og det varierer dermed hvor mye usikkerhet og uklarhet de er egnet til å redusere, samt hvor entydige handlingsinstruksjoner de gir. Abstrakte og vide betegnelser har en begrenset evne til å redusere usikkerhet. På samme tid er nettopp disse merkelappene egnet til å generere stor oppslutning, fordi de er fleksible og tillater flere mulige tolkninger. De er det Laclau (1990) kaller 'floating signifiers' – de er mangetydige begreper som kan fortolkes på ulike konkurrerende måter.

- *Metaforer* er språklige virkemidler som er egnet til skape nye forestillingsbilder (images). Metaforene viser ofte til noe som er mer kjent enn det metaforen skal betegne. De tilfører språket en estetisk kraft som bidrar til å fremkalle ønskelige assosiasjoner. Metaforer forteller oss *hvordan* ting er. Dessuten fungerer de som «hurtigforklaringer». De tilbyr enkle assosiasjonsrike beskrivelser av hvordan organisatoriske prinsipper fungerer. Metaforene blir antatt å være viktige i spredning av nye ideologier fordi de bidrar til å gjøre det ukjente og nye mer kjent. Som Czarniawska-Joerges uttrykker det: *Metaphors serve a very important function in spreading of new ideologies, by fitting new meanings into imagination-stimulation messages.*

Platityder er rituelle ytringer som utelukkende tjener en symbolsk funksjon. Platitydene har et åpenbart og lettfattelig innhold og refererer ikke til konkrete ting eller hendelser ut over det å bekrefte det selvfølgelig og åpenbare. Utsagn som «fint vær i dag» er ikke ment å være en meteorologisk informasjon. Denne typen ytringer dreier seg om konvensjonelle, hverdagslige standardformuleringer som anvendes av mennesker for å skape en flyt i samværet og for å dempe usikkerhet. Ifølge Czarniawska-Joerges (op.cit) anvendes platityder flittig i organisatoriske omstillingsprosesser som et virkemiddel for å dempe stress og usikkerhet og for å normalisere og selvfølgeliggjøre det som finner sted.

Fra snakk om handling til handling

Når nye styringsideer skal iverksettes, vil det ofte være engasjert eller ansatt egne «idéoversettere» – eksperter som har et særlig ansvar for at ideen oversettes og settes ut i live. Ifølge Czarniawska & Joerges (1996) er disse idéoversetterne som regel bærere av det som er den *offisielle oversettelsen* av ideen. Det er denne oversettelsen ledelsen anerkjenner og som kommuniseres utad og bidrar til organisasjonens image. Dersom ideer om organisasjon og ledelse skal få praktisk betydning for det arbeidet som utføres i organisasjonen, er det imidlertid nødvendig at ideene oppdages og internaliseres av de personer som innehar de operative organisasjonsrollene. Ansatte kan i praksis oppdage en idé på flere måter. I prinsippet kan det skje kontrollert ved at ansatte eksponeres for en rekke konkrete hypotetiske eksempler som hjelper dem til å oppdage ideen innenfor en konkret kontekst. Det hender imidlertid også at formidlingen skjer ved at ansatte eksponeres for et forhåndsfabrikert abstrakt og kontekstløst budskap. I slike tilfeller er sjansene større for at ideene ikke oppdages – og at den planlagte endringen uteblir (Czarniawska & Joerges op.cit). At ikke den kontrollerte, «styrte» oversettelsen finner sted, utelukker imidlertid ikke at ideer blir oppdaget og oversatt i den praktiske organisasjonshverdagen utenfor ledelsens kontroll. Under slike omstendigheter er det imidlertid en viss sjanse for at oversettelsen blir noe annerledes enn det ledelsen hadde tenkt seg (Kirkpatrick & Martinez Lucio 1995).

Å oversette ideer til handling trenger ikke å innebære en reell forandring av praksis. En oversettelse kan innebære at etablerte rutiner og praksisformer får nye navn (Brunsson og Jakobsson 1998). Etablerte praksisformer tilskrives en ny mening og synliggjøres på en ny måte. I noen tilfeller bidrar nye navn til å knytte forbindelser mellom dagens praksis og framtidige

planer og drømmer eller tidligere hendelser og prosjekter. For at ideer skal bidra til å inspirere og overbevise organisasjonsmedlemmer til å *endre* den etablerte praksis, må flere forutsetninger være til stede. Ifølge Czarniawska & Joerges (op.cit.) forutsetter en slik endringsprosess for det første at det skapes en forestilling om handling – det må språklig eller billedlig skapes et handlingsimperativ som forteller hva som må gjøres annerledes. En forestilling om handling er imidlertid ikke nok i seg selv. Forestillingen må oversettes til en handlingsinstruks. Dersom begreper skal fungere instruktivt på handlinger, må de ikke være befengt med tvil og valgmuligheter (skal vi virkelig gjøre slik?), men må fremstå som entydige og selvfølgelige for den som skal utføre handlingen (Czarniawska og Joerges op.cit.). Instruksjonen må være basert på en virkelighetsfortolkning som fremstår som sunn fornuft (common sense) (Burr 1995).

I forhold til det siste kravet er det viktig å ta i betraktning at instruksjonen skal fortolkes av personer som allerede har en etablert forestilling om hva som er sunn fornuft. Som Berger & Luckmann (op.cit.) uttrykker det – en ny virkelighetsdefinisjon vil alltid være truet av den virkelighetsdefinisjonen som allerede *er* der. Det er alltid en sjanse for at ny kunnskap blir satt i parentes. Czarniawska-Joerges (op.cit.) hevder et tilsvarende perspektiv. Hun karakteriserer språket som et skjørt kontrollverktøy: Samtidig som språket bærer i seg et potensial for å *forandre* virkelighetsforstolkninger, har språket også en evne til bli forandret av personer som tar det i bruk. Ord og uttrykk kan alltid misforstås, omdefineres eller for den saks skyld bevisst ignoreres og vrenses på. Opponenten kan bevisst så tvil om begreper, vise til de irrelevante sidene ved metaforer og latterliggjøre platitider.

3 TKL – den «store» kvalitetsideen. Klargjøring og kritikk

'Kvalitetssystem', 'kvalitetsutvikling' og 'kvalitetsstyring' er betegnelser som i dag anvendes om en rekke mer eller mindre veldefinerte styringstiltak. I noen tilfeller viser betegnelsene til en avgrenset, snevert definert metodikk, eksempelvis til bestemte standarder og rutiner for å kontrollere at standardene følges.¹² I andre tilfeller er det underforstått at det dreier seg om en løsere formulert «ledelsesfilosofi». Det siste er som regel tilfellet når det er tale om total kvalitetsledelse eller TKL.¹³ Som vi antydte innledningsvis, har ideen i løpet av de siste par tiår oppnådd status som en institusjonell superstandard (Røvik 1998). Den har blitt et allestedsnærværende styringsideal, et ideal som blir ansett som et naturlig utgangspunkt for enhver form for organisert virksomhet. I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av ideen slik den opprinnelig ble formulert og gjort kjent. Vi skal også gi et innblikk i noen av de kritiske kommentarene styringskonseptet har møtt fra akademisk hold, og da især de kommentarene som angår styringsideens plass i moderniseringen av offentlig sektor.

Løfter om markedstefte og dugnadsånd

TKL er en ledelsesidé med røtter i industrisektoren. Begrepet ble først lansert og kjent som «hemmeligheten» bak japanske suksessbedrifter som Toyota og Sony. Ofte har det blitt betraktet som selve symbolet for den fremgang Japan oppnådde i årene etter annen verdenskrig. Etter at ideen nådde vesten en gang på 1980-tallet har den spredt seg hurtig til ulike sektorer – først fra varesektoren til tjenestesektoren, så fra privat sektor til offentlig sektor. I dag formidles TKL som et universelt styringskonsept som anbefales overfor alle typer organisasjoner enten de befinner seg i oljeindustrien, hotellnæringen, helsevesenet eller eldreomsorgen.

Systematiske inspeksjoner og kvalitetskontroller pågikk lenge før TKL ble lansert. De tidligere kvalitetssystemene hadde imidlertid et «nær-synt» ingeniørperspektiv, der det var de rent tekniske industriprosessene som stod i fokus. Med TKL ble perspektivet utvidet, først til å omfatte økonomiske

¹² De såkalte ISO standardene er eksempler på denne typen kontrollsystemer (se Berg & Lauvli 2001).

¹³ Begrepet er oversatt fra engelsk: Total Quality Management eller TQM.

vurderinger og salg, siden til å omfatte *alle* prosesser i et foretak fra produksjon til reklamasjon. Målet var å gjennomsyre hele organisasjonen med en «kvalitetsånd». Hele organisasjonen – fra topp til bunn – skulle bidra til at kunden fikk det best mulige produkt til lavest mulig pris. Konseptet forutsatte en streng forpliktelse til organisasjonens forretningsidé samtidig som hver enkelt skulle ta ansvar for at egne arbeidsoperasjoner stadig ble perfektionert og utviklet. Noe av det originale og særegne ved japanernes kvalitetskonsept var at fokuset ble forflyttet fra et *ekspertfokus* til et *kundefokus*. Å møte kundens forventninger og krav er foretakets primære hensikt. Med dette utgangspunktet ble det argumentert for at det dermed måtte være kundens krav og forventninger som skulle være styrende for kvalitet. Kunden skulle «flytte inn» i organisasjonen. Men siden få industriarbeidere faktisk hadde kontakt med kjøperne av industriproduktene, ble det konstruert mekanismer i organisasjonen som innebar at hver enkelt arbeidstaker skulle betrakte neste ledd i produksjonsprosessen som 'kunde'. Interne kjeder av kjøper–selgerrelasjoner skulle sikre at markedsanalytikernes beskrivelser av kundens krav og preferanser forplantet seg nedover i organisasjonen. Ansatte ble altså oppmuntret til å betrakte sine ledere som sine kunder (Webb 1996).

Ved å relatere kvalitetsbegrepet til kjøpernes syn på kvalitet ble spørsmål som angikk kvalitet knyttet nærmere bedriftens lønnsomhet og evne til å overleve på markedet. Kvalitetsledelse skulle øke bedriftenes evne til å produsere kvalitet til lavest mulig kostnad. Kvalitetsguruene anså kvalitet for å være overordnet effektivitet. Å gjøre ting riktig første gangen vil bidra til å spare bedriften for kostnader forbundet med å korrigere for feilproduksjon. Dersom man besørget kvalitet, ville effektivitetsproblemet løse seg selv (Martin 1993). Med slagordet «doing it right, first time, every time» ble variasjon og avvik i arbeidsprosessen betraktet som kvalitetens og dermed lønnsomhetens naturlige fiende.

Ettersom *alle* prosesser ble ansett å ha betydning for bedriftens overlevelsessevne, ble det tatt til orde for at ledere og ansatte fra alle nivåer i organisasjonen skulle involveres i kvalitetsarbeidet. *Teamarbeid* i selvdrevne kvalitetsgrupper ble et av TKL-konseptets viktigste varemerke. Teamene skulle organiseres på tvers av avdelinger og nivåer slik at det skulle bli mulig å få en helhetsforståelse av kvalitetsproblemer og forbedringsmuligheter. Ansatte skulle utvikle en *bedriftsånd* – de skulle holde seg innenfor rammen av bedriftens ideer og visjoner, men fikk innenfor disse rammene *selv* et ansvar for å perfektionere egne arbeidsprosesser. Kvalitetsarbeidet skulle med andre ord være «bottom-fed» og «top-led» (Joss & Kogan 1995).

At spørsmål som angikk kvalitet ikke lenger var forbeholdt ingeniørene og ekspertene, betydde ikke at ingeniørenes *perspektiver* ble forlatt. Tvert om. TKL-konseptets far, Edward Deming, som selv var utdannet statistiker, holdt fast ved at arbeidsprosessene burde overvåkes og kontrolleres ved hjelp av statistiske metoder. Beslutninger angående kvalitet skulle baseres på harde fakta, ikke på intuisjon, gjetninger, instinkter og følelser. Deming er kjent for sitt utsagn: «In God we trust; all other must bring data!» Han tok til orde for det han kalte «demokratisering av vitenskapen». Alle ansatte skulle læres opp og mestre relevante målemetoder. Kvalitetsteamene skulle drive et analytiske møysommelige arbeid med å holde oppsyn med og kartlegge både marked og arbeidsprosesser. De skulle systematisk lytte til og innhente informasjon om kundenes preferanser, kjøpevaner og vurderinger av ulike varer. Likeledes skulle de systematisk kontrollere de interne produksjonsprosessene, kartlegge svikt i prosessene og systematisk følge dem opp med tiltak for å perfeksjonere hver enkelt arbeidsprosess.

Et siste element ved TKL-konseptet var ideen om kontinuerlig forbedring. Med henvisning til organisasjonens primære mål – å behage kunden – var det viktig å stadig holde seg oppdatert om kundens preferanser og ønsker. Det skulle være umulig å si seg «ferdig» med kvalitetsarbeidet. Kvalitet var noe som stadig måtte læres og utvikles. Forbedringsarbeidet ble anbefalt å følge en trinnvis sirkulær strategi som startet med å identifisere problemområder, fortsatte med å analysere årsaker til problemer, planlegge forbedringstiltak, iverksetter tiltak, evaluerer dem, standardiserer dem og så følge opp med stadig nye undersøkelser med henblikk på å avdekke nye problemer, iverksette nye tiltak osv. Den sirkulære bevegelsen som kjenner tegner denne prosessen knyttes ofte til den såkalte «Demings sirkel» eller «PDCA sirkelen» (plan, do, check, act).

Som en foreløpig oppsummering kan kjernen i TKL-konseptet uttrykkes ved følgende stikkord:

- *Kundeperspektiv* – kundenes krav skal være styrende
- *Kostnadseffektivitet* – ting skal gjøres riktig første gang
- *Å styre kvalitet er alles ansvar* – teamarbeid
- *Faktabasert ledelse* – ikke 'synsing' (skjønn)
- *Kontinuerlig forbedring* – læring

TKL – et halvfabrikat

Som vi understreket i innledningskapitlet, eksisterer det et språk mellom den hverdagsspråklige betydningen av begrepet 'kvalitet' og den betydning

ekspertene legger til grunn (Wilkinson & Willmot 1995). Mens man i hverdagspråket ofte snakker om 'kvalitet' som noe selvvinnlysende godt på linje med 'solid', 'god', 'utsøkt' eller 'luksuriøs', betyr kvalitet for TKL-ekspertene omtrent det samme som å konsekvent følge en gitt standard (en standard som formodes å reflektere det som til enhver tid er 'kundens' ønsker og preferanser).

Prinsippene for kvalitetsledelse forutsetter altså at det foreligger produktspesifikasjoner, kvalitetsmål og standarder. Kvalitet må kunne uttrykkes eksplisitt og tydelig. Tatt i betraktning den mengde av kvalitetslitteratur som finnes om kvalitetsstyring, er det imidlertid påfallende lite diskutert hvordan kvalitet kan defineres og operasjonaliseres. Rent bortsett fra helt generelle definisjoner som «fitness for use» eller «conformance to requirement» overlates det til den enkelte bedrift eller organisasjon å utarbeide sine egne kvalitetsmål, standarder og prosedyrebeskrivelser.

TKL-konseptet har sine navngitte grunnleggere¹⁴ (ofte omtalt som «guruer»), men har på sin reise mellom ulike bransjer og sektorer blitt stadig beriket og preget av nye bidragsytere.¹⁵

I dag finnes det en hel rekke håndbokforfattere og konsulenter som tilbyr sine egne menyer av verktøy og teknikker som er ment å utvikle organisasjoner i retning av en kvalitetsstyrt organisasjon. Alle kretser omkring den kjernen av prinsipper som ble beskrevet i forrige avsnitt, men de tillegger de ulike prinsippene ulik vekt og anbefaler ulike strategier for å iverksette prinsippene (for oversikt se Morgan & Murgatroid 1994). Det finnes altså ikke én klar og nøyaktig metode som angir hvordan kvalitet kan sikres og forbedres, men tvert om hele menyer av metoder og verktøy tilpasset de ulike elementene i konseptet.¹⁶ De ulike verktøyene som anbefales har karakter av å være «halvfabrikat» (Røvik 1999). De antyder hvilken retning organisasjonen må bevege seg i, men forutsetter at organisasjonen selv legger betydelig arbeid i å tilpasse og utforme et ferdig system.

Kvalitetsledelse gir seg ikke ut for å være en rask løsning på problemer. Organisasjoner som tar sikte på å styre etter disse prinsippene, må belage seg på en rekke investeringer og tilpasninger. Det må avsettes tid og ressurser til

¹⁴ De mest kjente kvalitetsguruene er Edward Deming, Joseph Juran og Kaoru Ishikawa.

¹⁵ Se eksempelvis Morgan & Murgatroid, Dunnachie 1992, Hackman & Wageman 1995, Pfeffer & Coote 1991, Zbaracki 1998.

¹⁶ Det har vært påpekt at konseptet, etter hvert som det har nådd nye organisasjonsfelt, også har absorbert en rekke teknikker og metoder som ikke hadde noen sentral plass hos konseptets grunnleggere. Hackman & Wageman (1995) påpeker at de som forkynner TKL i dag legger stor vekt på kunnskaper om å arbeide i grupper, mens betydningen av kunnskaper om statistikk og «harddata» blir nedtonet.

organisering av kvalitetsgrupper, opplæring og tilpasning av verktøy. I neste omgang skal det avsettes tid til evaluerings- og analysearbeid, tid til å pønske ut nye forbedringstiltak osv. Først når denne systematiske selvkorrigerende måten å jobbe på er etablert kan det forventes at organisasjonen vil få noe igjen for sine investeringer.

Noen kritiske innvendinger til TKL

Siden ideen om TKL først ble lansert har den funnet veien til nær sagt alle deler av arbeidslivet. Dersom en tar i betraktning de løfter konseptet bærer med seg, er det kanskje ikke så rart at ideen er blitt populær. Den som driver etter prinsipper om kvalitetsledelse, blir lovet lojalitet og entusiastisk oppslutning fra hele organisasjonen og samtidig effektivitet, kvalitet og fornøyde kunder. Ideens spredningskraft må også sees i sammenheng med dens abstrakte og generelle utforming. Det høye abstraksjonsnivået gjør konseptet tøyelig og føyelig slik at det kan tilpasses alle typer organisasjoner (Røvik 1998). På samme tid påpeker organisasjonsforskere (f.eks. Pfeffer & Coote 1991, Hackman & Wageman 1995) at konseptets tolkbarhet og elastisitet tømmer det for mening. Konseptet blir uhandgripelig og dermed også uangripelig og i følge Wilkinson og Willmott (1995:1) vanskelig å studere for forskere: *The diverse and fluid meanings ascribed to quality initiatives make it a seductive and slippery philosophy of management (Pfeffer & Coote 1991). It also makes it an elusive topic of study.*

Arbeider som forsøker å plassere TKL i en ideologisk og historisk sammenheng, viser gjerne til at konseptet er omgitt av en tvetydig retorikk (f.eks. Wilkinson & Willmott 1995, Kirkpatrick & Martinez Lucio 1995). Konseptet fylles opp av elementer som tradisjonelt har blitt ansett for å representere konkurrerende paradigmer (f.eks. Martin 1993, Halvorsen 1997). Tiltroen til formalvitenskapene, til objektive måleapparater og kvantitative registreringssystemer minner mye om idégrunnlaget bak Taylorismen, mens vektleggingen av enkeltmenneskets ressurser og samarbeidets motiverende kraft har likhetstrekk med de ideene vi kjenner fra pedagogiske og psykologiske ledelsestradisjoner – den såkalte Human relations tradisjonen. TKL reflekterer en stor tro på at organisasjonsmedlemmene vil la seg styre og innordne ledelsens mål og verdier, samtidig som de vil betrakte arbeidet som en kilde til selvrealisering og stolthet (Martin 1993, Gaster 1995; Wilkinson and Willmott 1995, Halvorsen 1997; Sitikin mfl. 1994).

Å gå ut fra at organisasjonsmedlemmenes selvrealisering er sammenfallende med organisasjonens mål og verdier, er en ambisiøs antakelse som stadig har vært møtt med kritiske kommentarer. Det er blitt hevdet at den

synkrone betoningen av bedriftslojalitet og selvrealisering bygger på uforenlige premisser (Webb 1996). Ved å samle en rekke selvmotsigende forutsetninger inn i abstrakte formuleringer fremstår konseptet som forlokkende, enkelt og løfterikt, men umulig å iverksette (Sitikin mfl. 1994, Wilkinson and Willmott 1995, Walsh 1995, Reed 1995, Jespersen 1999). TKL blir et luftslott. Konsulenter og andre som formidler konseptet har vært kritisert for å være *for* ensidig opptatt av å selge fordelene ved å drive etter prinsipper om TKL. De har i påfallende liten grad vært opptatt av å undersøke og formidle hvordan ideen faktisk blir mottatt og fulgt opp i ulike organisatoriske kontekster. De beskriver og anbefaler en rekke verktøy, men forteller ingenting om hvilke typer av virksomheter og omgivelser de ulike verktøyene egner seg og ikke egner seg for. Konseptet lanseres som kontekstfrie doktriner. I et temahefte om TKL i *Academy of Management Review* kritiserer Sitikin mfl. (1994:537) tilhengere av TKL for å unnlate å ta i betraktning at styringstiltak får ulike konsekvenser i ulike organisasjoner. De skriver:

TQM has been advocated as universally applicable to organizations and organizational activities with virtually no attention to the nature of the uncertainty faced by the organization. As a result TQM is in danger of being ‘oversold’, inappropriately implemented, and inefficient.¹⁷

Forfatterne peker på muligheten for at det oppstår uønskede effekter når ortodokse TKL-verktøy – det vil si verktøy opprinnelig utformet for rutiniserte industrioppgaver – skal overføres til organisasjoner der ustabile situasjonskrav og usikkerhet er en viktig del av arbeidet. I et senere arbeid undersøkte Sitikin & Stickel (1996) tesen nærmere og fant at TKL-prosjekter som vektla standardisering og presise målinger, bidro til å fremme mistillit i organisasjonen. Ansatte (som i dette tilfellet var forskere ved et laboratorium) følte seg misforstått og lite verdsatt som profesjonelle yrkesutøvere.

Den tvetydige retorikken som preger TKL har blitt kritisert for å skjule konseptets egentlige agenda. Kritikere har hevdet at TKL ikke handler om å tilby ansatte mulighet for selvrealisering slik det gis inntrykk av på det retoriske plan, men om å utnytte og intensivere arbeidskraften. Konseptet står for en underordningsstrategi der hensikten ikke bare er å få kontroll over ansattes tid, men også over deres selvforståelse (Tuckman 1995). TKL har med andre ord en retoriske «fløyelsinnpakning» som skjuler at det dreier seg om en særdeles autoritær styringsideologi. Kritikken har blant annet vært

¹⁷ Ifølge Öhrming & Sverke (2001) rammer denne kritikken også anvendelse av TKL-konseppter i høyt spesialiserte sykehus. Sykehusene kjennetegnes ved diffuse mål, uklare teknologier (half way technologies) ustabile prosesser, ikke-standardiserte prosesser og vanskelig tolkbare resultat.

hevdet i analyser av TKLs rolle i omstillingene i det britiske helsevesenet. Reed (1995:58) ser TKL som en strategi for å begrense helseprofesjonenes makt og innordne dem en strengere økonomisk styring. Han skriver:

The 'velvet hand' of public sector quality initiatives, promising cultural re-engineering and behavioural restructuring, simply mask the iron fist of intensified organizational control and the marketization of service standard and employment condition.

TKL som kilde til en managementisering av offentlig sektor

TKL-konseptets inntog i offentlig sektor blir som regel relatert til en bredere global reformbølge – 'New Public management' (NPM). NPM rommer et bredt spekter av omstillings- og styringsdoktriner som alle bærer bud om bedre og billigere ytelser, samt et løfte om en mer fleksibel, «gjennomsiktig» og styrbar offentlig sektor (Hood 1991, Pollitt 1995, Rennison 2000, Øgård 2000, Busch et al. 2001, Klausen 2001). Ifølge Klausen (2001) er det mulig å identifisere to hovedsøyler innenfor NPM. På den ene siden anbefalinger om en *markedsorientering* som innbefatter privatisering, konkurranseutsetting, kontraktstyring, brukerbetaling. På den andre siden anbefalinger om å «låne» styringsprinsipper fra privat sektor. Herunder nevnes blant annet prinsipper for TKL, strategisk ledelse, teamledelse, mål- og rammestyring, nyere økonomistyrings-, regnskaps- og budsjettssystemer.

De nevnte reformtiltak blir som regel introdusert og anbefalt som «pakker». I praksis kan det være problematisk å avgjøre hvor det ene eller andre tiltaket begynner og slutter, ettersom reformelementene dels overlapper og dels står i strid med hverandre (Pollitt 1995). Mange har derfor valgt å betrakte NPM som en styringstrend, eller en styringsmentalitet i offentlig sektor, heller enn som et sett atskilte reformtiltak. Reformtiltakene er barn av samme ånd. De har en felles ideologisk og kulturell forankring i en managementideologi som først og fremst henter sine forbilder og modeller fra private foretak (Pollitt 1990, Clarcke, Cochrane & McLaughlin 1994, du Gay 2000, Karlsson 2002).¹⁸ Ideen om total kvalitetsledelse (TKL)

¹⁸ I den engelskspråklige litteraturen anvendes ofte begrepet *managerialism* (Clarke, Cochrane & McLaughlin 1994 Gaster 1995, Pollitt & Bouckaert, Kirkpatrick and Matinez Lucio 1995; Reed 1995). I den skandinaviske og norske litteraturen snakker man heller om utbredelsen av en managementideologi / managementdiskurs (Sørhaug 1994, Styhre 1998, Furusten 1996, Karlsson 2002). Managementideologien viser til en bred kulturell bevegelse som griper om seg på tvers av sektorer og samfunnsinstitusjoner. Ideologien blomstret opp i USA på 1980-tallet og har siden spredt seg globalt via konsulentfirmaer, handelshøyskoler og populære «gurubøker» (Furusten 1996, Karlsson 2002).

kan altså sies å være budbærer av en styringsmentalitet som legger til grunn at offentlige institusjoner kan forstås som om de var private bedrifter i et marked. I sin diskusjon om kvalitetsledelse innenfor det britiske helsevesenet understreker Reed (1995:44) nettopp dette poenget:

total quality management can be analysed as one crucial element within a broader intellectual or governmental technology which is intended to align the broader objects of programmes with the complexities and 'natural recalcitrance' of detailed organisational practice.

I kritiske managementstudier blir det ofte hevdet at offentlige institusjoner blir forstått i lys av en ny diskurs. «En diskurs» kan forstås som en bestemt måte å snakke om og forstå verden på (Jørgensen og Philips 1999), eller, som Burr (1995:48) hevder:

A discourse refers to a set of meanings, metaphors, representations, images, stories, statements and so on that in some way together produces a particular version of an event.

Diskursbegrepet er nært forbundet med ideologibegrepet.¹⁹ Vi kan si at diskurser fungerer ideologisk i den grad de lykkes i å etablere seg som den eneste normale sannhet og som en selvinnyttende ramme for tanke og handling (Newman & Clarke 1996).²⁰ Diskurser er imidlertid sjelden «vanntette» og monolittiske. Ett og samme felt kan forstås i lys av motstridende diskurser. Ofte pågår det kamper mellom ulike diskurser som søker å vinne oppslutning og hegemoni om *sin* forståelse av et sosialt felt. Managementdiskursen blir gjerne forstått som en importert diskurs som havner i et spenningsforhold til tidligere etablerte velferdsdiskurser.²¹ Vi understreker at diskurser og diskur-

¹⁹ Cohen og Musson (2000:34) hevder at:» Discourse can be seen as the embodiment and articulation of ideology.

²⁰ Vårt diskursanalytiske perspektiv er et dynamisk perspektiv som går ut fra at diskurser – i tillegg til å ramme inn våre forestillinger om verden – også anvendes bevisst og strategisk for å bygge opp bestemte bilder av verden. Enkelte diskursanalytikere har i hovedsak beskjeftiget seg med hvilke retoriske strategier som anvendes for å bygge opp en diskurs slik at den gir et solid og troverdig fremstilling av verden (f.eks. Potter 1996).

²¹ Utbredelsen av managementdiskursen kan forstås i termer av det Fairclough (1995) omtaler som «*technologisation of discourse*» – en tendens til at samfunnets institusjoner blir forstått ved hjelp av standardiserte, kontekstfrie diskursteknikker, utviklet *utenfor* institusjonene selv. Ifølge Fairclough kjennetegnes denne tiltakende tendensen ved at ledere og ansatte læres opp av spesialiserte diskursteknologer (f.eks. konsulenter) til å redesigne sin diskursive praksis.

sive kamper ikke er rent intellektuelle øvelser. Utøvelse av diskurs – diskursiv praksis – er en sosial praksis som bidrar til å forme den sosiale verden.²²

Karlsson (2002) argumenterer for at TKL er en særdeles betydningsfull representant for managementdiskursen ettersom konseptet har absorbert det meste av det som har vært ansett som riktig og god organisasjon og ledelse de siste par tiår. Det utgjør nærmest en slags syntese, hevder hun. I motsetning til mange andre styringsideer som har vært flyktige moter, har TKL dessuten lyktes i å bli mer etablert og institusjonalisert med årene. TKL legitimeres ikke bare gjennom organisasjonskonsulenter og utdanningsinstitusjoner, men også gjennom offentlige anbefalinger, lover og forskrifter samt gjennom en rik flora av kvalitetsutmerkelse.²³

Managementideologien/diskursen kjennetegnes ved en sterk styringsoptimisme – en generell tro på at det sosiale livet som utspilles i en organisasjon kan inspireres, manipuleres og styres ved hjelp av ledelsens fornuft (Clarcke, Cochrane og McLaughlin 1994, du Gay 2000). Kjernebudskapet i ideologien er altså troen på lederen og lederskapet. Enhver organisasjon består av to typer aktører – de som leder og de som blir ledet. Ideologien hviler på en antakelse om at det ikke er noen prinsipiell forskjell på hva slags virksomhet man styrer. Organisasjon og ledelse er et løsrevet kompetansefelt – et fag som kan utøves innenfor ulike organisasjonsfelt. Managementideologien står ikke for en ny orden i seg selv. Styringsbølgen er uforenelig med et så statisk begrep, hevder Clarcke, Cochrane & McLaughlin (op.cit). Den markerer ikke noe tydelig brudd med fortiden, men er pr. definisjon radikal, uferdig og ustabil. Å være i forandring blir altså ansett for å være et organisatorisk sunnhetstegn (Newman & Clarke 1996).

Managementdiskursens bærer i seg en kime til forandring av offentlige velferdsinstitusjoner. Den representerer en ny anskuelse av velferdsinstitusjonene og et nytt syn på hva som er «naturlige» maktstrukturer, subjekt-kategorier og praksisformer (Clarcke, Cochrane & McLaughlin 1994, Exworthy & Halford 1999). Den snur opp ned på de etablerte profesjonsidealene som tradisjonelt har rådet grunnen i de offentlige velferdstjenestene. Yrkesutøverne blir ikke lengere portrettert som selvstendige skjønnsutøvere, men som underordnet servicepersonell som er styrt av organisasjonens mål og visjoner. Det er ikke yrkesutøvernes etiske og praktiske fornuft som er av

²² Begrepet 'sosial praksis' setter menneskers handlinger i et dobbeltperspektiv. Handlinger er konkrete, individuelle og kontekstbundne, samtidig som de er institusjonaliserte og sosialt forankrede (Jørgensen og Philips 1999).

²³ For en nærmere redegjørelse av hvordan TKL institusjonaliseres og spres, se Furusten (2002).

avgjørende betydning for den velferd som skapes, men ledelsens egenskaper og verktøy. Dyktige ledere utløser de beste ressurser hos sine medarbeidere. I tillegg til å rekonstruere velferdsinstitusjonenes interne maktstruktur rekonstruerer managementideologien befolkningens forhold til det offentlige tjenesteapparatet. Tradisjonelle forestillinger om den avhengige og svake klienten er byttet ut med forestillingen om den suverene konsumenten som velger og vraker, vurderer og korrigerer. Å møte «kundens» (brukerens) krav er blitt et universelt virksomhetsmål – også for offentlige velferdsinstitusjoner: «*Meeting the demand of the 'sovereign' consumer becomes the new and overriding institutional imperative.*» (Keat og Abercrombie 1991:3).

Å tjene brukeren kan umiddelbart se ut til å ligge nært profesjonenes ideal om å tjene klienten. Innenfor managementdiskursen er imidlertid «kunden» konstruert, gestaltet og formidlet gjennom *ledelsens* formelle informasjons- og evalueringsverktøy (Hasselbladh og Bejerot 2002). Det er ledelsen som formodes å forstå hva «kunden» trenger. Retorikken som vektlegger at «kunden» (brukeren) skal få mer makt og innflytelse (empowerment) dreier seg i virkeligheten om at den administrative ledelsen får større makt og innflytelse til å tale *på vegne av* «kunden»/brukeren. Med andre ord: kundeorienteringen innebærer at ansvaret for å definere kundens behov flyttes fra yrkesutøverne i førstelinjen til det administrative nivået i organisasjonen (Martin 1993, Clarke, Cochrane & McLaughlin 1994, Pfeffere & Coote 1991, Vabø 2001).

Den løpende managementiseringen av offentlig sektor har vært gjenstand for kritikk fra ulike hold (for oversikt se Rennison 2000). Store deler av denne kritikken legger til grunn at managementdoktrinene forholder seg taus om det som er den legitimerende hensikten med offentlige velferdsproduksjon. Ved å kun rette oppmerksomheten mot kostnadseffektivitet og kundeorientering og ikke mot spørsmål som handler om rettferdighet, likhet og ansvaret for de svake, skyves de etiske og normative spørsmål i bakgrunnen (Hambleton & Hogget 1990; Hood 1991, Rennison 2000; Pollitt & Boucaert 1995, Pollitt 1995, Wilkinson & Willmott 1995, Kirkpatrick & Martinez Lucio 1995, Jenssen 2002). I tillegg til de rent normative bidrag finnes det etter hvert også en rekke empiriske bidrag som er orientert mot å dokumentere og problematisere hva som finner sted i de institusjonene som er gjenstand for de nye styringsambisjonene. Flere av bidragene retter oppmerksomheten mot velferdsstatens yrkesutøvere og deres selvforståelse (du Gay 1996, Clarke 1995, Exworthy & Halford 1999, Cohen & Musson 2000). Ifølge Halford og Leonard (1999) gis det ofte et overdrevet bilde av

managementdiskursens endringskraft. Nærmere undersøkelser av yrkesutøvernes egne arbeidsbeskrivelser viser at diskursen i liten grad har funnet feste i aktørenes selvforståelse. På samme tid blir det påpekt at deres hverdag i økende grad blir «rammet inn» av ulike tiltak forankret i denne diskursen (Clarke 1995).

Hvordan identifisere og måle kvalitet i offentlige velferdstjenester?

Det økte kravet om kvalitetsstyring i offentlig sektor har fått forskere til å stille spørsmål ved betydningen av begrepet kvalitet. Hva betyr det å sikre og utvikle *kvalitet*? Hvordan skal velferdstjenestenes kvalitet identifiseres, defineres, vurderes og måles? Som tidligere nevnt forutsetter ideen om kvalitetsledelse at dette er avklart.²⁴ Kvaliteten som skal sikres og utvikles, forutsettes å være forankret i en klar forretningsidé (en idé om hvordan «kunden» skal tjenes). I den private sektor vil forretningsideen ofte være ensbetydende med å øke sine markedsandeler i et mer eller mindre avgrenset markedssegment. For velferdsinstitusjoner som håndterer sosialt og politisk kompliserte problemer, blir utfordringen å enes om en «forretningide» forvansket. Det er ikke uten videre lett å definere en klar og entydig hensikt med de offentlige velferdsordningene. Målene er ofte komplekse og motstridende. I forskningslitteraturen som omhandler de offentlige institusjonene har det vært vanlig å se uklare og tvetydige mål som et strukturelt iboende trekk ved institusjonene (Vabø 1996b). Organisasjoner i helsesektoren skal for eksempel både sørge for rehabilitering og behandling (cure), lindre og håndtere smerte (care) og sørge for at virksomheten holde seg innenfor vedtatte budsjetter (core). Det er ikke nødvendigvis harmoni mellom de ulike mål og hensyn som skal tas. Målene er uklare og motstridende, ikke først og fremst fordi man har forsømt å avklare dem, men fordi de reflekterer de uklarheter og dilemmaer som institusjonen er satt til å håndtere (Lipsky 1980). Velferdsinstitusjonenes oppgaver kan karakteriseres ved hjelp av Harmon & Mayers (1986) begrep om 'wicked problems'. 'Wicked problems' er betegnelsen for problemer som vanskelig lar seg avgrense og definere en gang for alle. Det er problemer som kan være uklare og vanskelig å forstå, og som holdes i live som problemer fordi det er uklare relasjoner mellom mål og

²⁴ Dette understrekes også i arbeider som forsøker å tilpasse modeller for kvalitetsledelse til en offentlig kontekst. Ritchie (1992:57) skriver eksempelvis: «Defining standards is an important first step, and setting clear, achievable standards contributes to the delivery of a consistent, reliable service which should also meet the needs of users. ()Setting standards is of little value unless they inform practice.»

midler (man opererer med «halfway technologies»), og fordi klientmassen er ustabil. Wicked problems har ofte temporære løsninger. Ofte dreier det seg om å *håndtere* problemer heller enn å løse problemer og produsere resultater. «Wicked problems» kan plasseres i enden av et kontinuum der «tamed problems» står i den andre enden. «Tamed problems» er stabile, lett definerbare og avgrensbare problemer som lar seg løse teknisk (legen behandler et brukket bein).²⁵

Vanskene med å definere klare, entydig (produksjons)mål for velferdstjenestene forplanter seg til utfordringen om å definere klare og entydige kvalitetsmål. Flere forskere har hevdet at det største problemet forbundet med styring av kvalitet innenfor offentlige velferdsinstitusjoner har å gjøre med valg av kvalitetsdefinisjoner (Morgan & Murgatroid 1994, Gaster 1995, Joss & Kogan 1995, Kirkpatrick & Lucio 1995, Pollitt & Bouckaert 1995, Slagsvold 1995, 1999). Å definere klare operasjonelle kvalitetsmål er en forutsetning for å kunne styre kvalitet, men et problem der virksomheten er rettet inn mot å håndtere «wicked problems». I praksis omgås problemet ved at man omdefinierer «wicked problems» til «tamed problems» (Krogstrup 1997). Konsekvensene av en slik omdefinering av velferdstjenestenes karakter blir utførlig drøftet i en norsk doktorgradsavhandling (Slagsvold 1995). Avhandlingen retter søkelyset mot den type kvalitetsindikatorer som i stadig økende omfang utvikles for å dokumentere kvalitet og avdekke kvalitetssvikt i aldersinstitusjoner. Utgangspunktet for avhandlingen var en kritisk gjennomgang av egenkonstruerte indikatorer (her kalt «standikatorer»). Slagsvold gransket validiteten ved målene og fant at de var lite valide – de målte ikke alltid det hun hadde tenkt de skulle måle.²⁶ At det var vanskelig å måle kvalitet ble imidlertid ikke ansett som et metodeproblem, men som et problem knyttet til fenomenet institusjonskvalitet. Det som var av betydning for sykehjemsbeboernes kvalitetsoppfatninger var betinget av kontekstuelle, relasjonelle og fleksible forhold. Slagsvold rettet så oppmerksomheten mot de *forutsetninger* som lå til grunn for målene. Målene var konstruert ut fra en antakelse om at det finnes én type kvalitet som har gyldighet i forhold til *alle* typer av aldersinstitusjoner, at kvalitet kan måles med enkle input–output-modeller, at kvalitet i stor grad kan måles ved formaliserte tiltak, at kvalitetsaspekter kan måles uavhengig av kontekst, at enkeltindikatorer er

25 Problemene kan godt være uhyre tidkrevende og teknisk kompliserte, men det vil aldri være tvil om hva problemet består i, og hva som er kriteriene for en god løsning.

26 Validiteten ble testet blant annet ved at flere uavhengige observatører gav sin utførlige vurdering av kvaliteten i sykehjemmet. For nærmere redegjørelse se Slagsvold (1995), kap. 3.

additive, at sammenhenger mellom input og output er monotone, og at kvalitetsindikatorer ikke påvirker hverandre, men kan isoleres fra hverandre og måles uavhengig av hverandre. Ved å ta oss med på en ekskursjon i institusjonsvirkeligheten viser hun gjennom en rekke konkrete eksempler hvordan kvalitetsstandarder – som hver for seg fremstår som plausible og fornuftige – i virkeligheten ofte er innbyrdes avhengige av hverandre, ofte strider mot hverandre eller overlapper hverandre. Eksempelvis: få fallulykker kan umiddelbart fremstå som en indikasjon på god kvalitet. På samme tid kan det være en indikasjon på at beboere har liten anledning til å stå opp på grunn av mangelfull bemanning. Få fallulykker kan med andre ord også indikere inaktivitet, mangelfull frihet for beboere og dårlig bemanning for ansatte – med andre ord dårlig kvalitet. I forlengels en av sine analyser advarer Slagsvold mot å anvende målene som grunnlag for beslutninger. Å basere seg på invalide mål for kvalitet kan ikke bare føre til at det legges vekt på irrelevante forhold. Det kan også føre til at god kvalitet undergraves. Standikatorene kan korrumpes og bli retningsgivende for praksis slik at kvasi-kvalitet blir resultatet.

4 Helsemyndighetenes krav og anbefalinger

Det finnes flere grunner til at kommunene anser det som naturlig og riktig å etablere kvalitetssystemer i pleie- og omsorgstjenesten. Én viktig grunn er at de anser det som nødvendig å følge opp krav og føringer som kommer fra sentrale myndigheter. Ledere og ansatte i omsorgstjenesten driver med kvalitetsarbeid simpelthen fordi de er *pålagt* å gjøre det. At det kommer krav og føringer fra sentrale forvaltningsorganer, gir ikke nødvendigvis en styringsidé oppslutning i seg selv, men det gjør det mindre legitimt å aktivt argumentere mot de typer av tiltak som ideen anbefaler (Hasselblad og Bejerot 2002). Før vi går nærmere inn på hvilke tiltak dette er, skal vi se nærmere på hvordan oppfordringene om å satse på kvalitetsstyring blir begrunnet og formulert fra helsemyndighetenes side. Hvorfor er kvalitetssystemer viktig? Og hva innebærer det å bygge opp et kvalitetssystem? I dette kapitlet skal vi forsøke å gi et svar på disse spørsmålene ved å se nærmere på hvilke signaler og føringer som kommer fra helsemyndigheten via lover, forskrifter og informasjonsmateriell. Vi skal også gi et innblikk i hvordan offentlige kvalitetsrådgivere – ansatt hos Fylkeslegen, opplært i regi av Statens Helsetilsyn – forstår og forklarer disse signalene og føringene.

En nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten

I WHO's strategi «Helse for alle år 2000» var en av målsettingene å utvikle «effektive systemer som overvåker og garanterer kvaliteten i helsevesenet» (Statens helsetilsyn 2002). Det norske Storting gav sin tilslutning til målsettingen gjennom en endring av §3 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Paragrafens bestemmelse fra 1.1.1994 lyder som følger:

Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

Bestemmelsen om internkontroll må sees i sammenheng med et generelt skifte i reguleringslogikk som innebærer at staten i større grad benytter seg av systemrevisjon fremfor direkte virksomhetskontroll (Berg og Lauvdal 2001). Den som yter helsetjenester skal *selv* ha ansvar for å kontrollere at

egen virksomhet utøves i samsvar med regelverket. Myndighetenes oppgave begrenser seg til å foreta systemrevisjon – de skal inspisere og kontrollere at slike systemer er på plass og fungerer.²⁷ Ansvar for systemrevisjonen ligger hos Fylkeslegene. Dersom kommunene ikke oppfyller kravene om internkontroll, risikerer de å få en merknad fra Fylkeslegens revisorer.

Hva menes så egentlig med et internkontrollsystem? Hva er det helse-tjenestene er pålagt å ha? Sosial- og helsedepartementet og Statens Helse-tilsyn (1995) definerer internkontroll slik²⁸ :

Systematiske tiltak som skal *sikre og dokumentere* at aktivitetene skal utøves i samsvar med krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal *være beskrevet i administrative prosedyrer*

I denne definisjonen blir det eksplisitt uttrykt at internkontrollplikten handler om å utarbeide dokumenterbare prosedyrer. Men, i Helsetilsynets – *30 spørsmål & 30 svar om tilsyn, internkontroll & kvalitetsutvikling IK-2586* (Statens helsetilsyn 1997) heter det også:

Ikke alle deler av internkontrollen må være skriftlig dokumentert. Hvor omfattende systemet må være, *vil variere i forhold til virksomhetens størrelse og kompleksitet*

Sosial- og helsedepartementet (1997:22) understreker dessuten at detaljeringsnivået i prosedyrene vil avhenge av virksomhetens dokumentasjonsbehov og av hva ledelsen i denne virksomheten finner hensiktsmessig. Med disse formuleringene gjøres det klart at det er den instans som yter helsetjenesten som *selv* må konkretisere hvilke aktiviteter og oppgaver som skal spesifiseres og underlegges kontroll.

²⁷ Statens helsetilsyn (1997) definerer systemrevisjon slik: «Systemrevisjon er systematiske objektive undersøkelser av virksomheten for å fastslå at aktivitetene og resultatene stemmer overens med planene, og om aktivitetene er effektivt gjennomført og hensiktsmessige for å oppnå målene.

Systemrevisjon kan gjennomføres av virksomheten selv i forhold til eget internkontrollsystem eller hele kvalitetssystemet. Metoden kan videre benyttes av tilsynsmyndighetene på virksomhetens internkontrollsystem.»

²⁸ Statens helsetilsyn (1997) skriver dessuten at internkontrollplikten krever at virksomheten skal

- fastsette klare mål for virksomheten,
- ha klar ansvars-, oppgave- og myndighetsfordeling,
- sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter
- ha rutiner for å rette opp og hindre gjentakelse av ulykker, feil og mangler
- ha oversikt over relevant regelverk,
- ha prosedyrer for relevant regelverk
- føre systematisk internt tilsyn med virksomhetens internkontroll.

I tillegg til lovkravet om internkontroll anmoder helsemyndighetene om at internkontrollsystemet integreres i et kvalitetssystem. Kravet om et kvalitetssystem er ikke lovfestet, men ansees som en sterk føring fra helsemyndighetene (Statens Helsetilsyn 1998a). I dokumentet *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*, «nasjonalstrategien» – som ble utarbeidet i et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Statens Helsetilsyn i 1995 – heter det at:

Alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert effektive og helhetlige internkontroll/kvalitetssystemer for sin virksomhet innen år 2000.

Kravet om internkontroll og anmodningene om å «etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer» har et vidt nedslagsfelt. De rettes til *alle* som yter helsetjenester – ikke bare til de organisasjonene som har særskilte styringsproblemer. Med hovedparolen *Du trenger ikke være dårlig for å bli bedre*, signaliserer myndighetene en optimistisk tro på at et kvalitetssystem (kvalitetsstyring/kvalitetsledelse) uvilkårlig vil bidra til at helsetjenesten drives stadig bedre, også de virksomheter som allerede driver godt. Ideen om å styre kvalitet blir fremstilt som et selvvinnende gode. I et av Helsetilsynets inspirasjons- og hjelpehefter (Statens Helsetilsyn 1998b: 8) blir kvalitetsledelse beskrevet som:

En ledelsesfilosofi som går ut på at man gjennom strategisk ledelse ønsker å oppnå vedvarende forbedringer av de prosesser som er av verdi for brukere, medarbeidere og samfunnet.

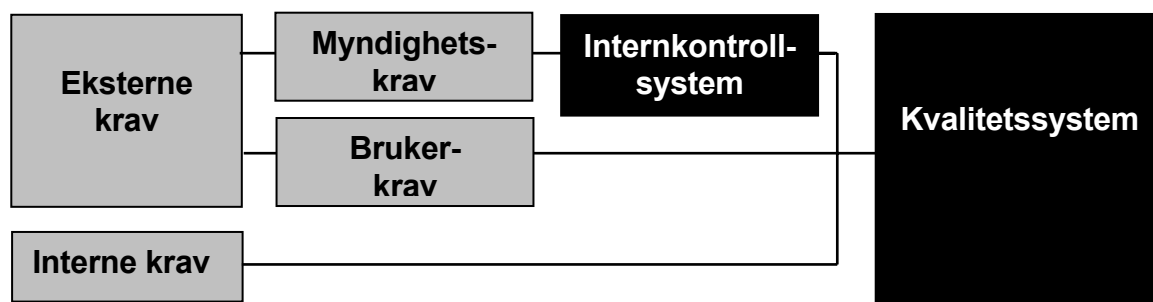
Formuleringen røper en sterk konsensusforståelse: *Alle* parter vil tjene på at det etableres et kvalitetssystem – brukere, ansatte og «samfunnet». For øvrig definerer Statens helsetilsyn (1997) et kvalitetssystem slik:

Formålet med et kvalitetssystem er å sikre at kvaliteten, slik den er spesifisert i de styrende dokumenter, blir oppnådd, vedlikeholdt og benyttet til forbedring og læring. Et kvalitetssystem inneholder: styrende dokumentasjon som gjelder for hele organisasjonen (f.eks. strategisk plan) samt en kvalitetshåndbok eller basisdokument som beskriver kvalitetssystemet og kvalitetspolicy med visjoner og mål. Videre inneholder kvalitetssystemet prosedyrehåndbøker for alle sentrale prosesser i organisasjonen samt detaljerte arbeidsdokumenter.

Et 'internkontrollsystem' og et 'kvalitetssystem' er tett sammenvevd, men viser ikke til det samme. Dokumenter fra Statens Helsetilsyn (f.eks. 1998a) beskriver et 'kvalitetssystem', noe *mer* enn et 'internkontrollsystem'. Et kvalitetssystem rommer med andre ord kvalitetskrav som er mer ambisiøse

eller mer spesifikke enn det loven krever. Figur 2 viser hvordan forholdet mellom de to typer av systemer ser ut. Figuren viser at kvalitetssystemet rommer ulike typer krav – 'myndighetskrav', 'brukerkrav' og 'interne krav'. Statens helsetilsyn anbefaler at det som angår myndighetskravene integreres i virksomhetens kvalitetssystem. Internkontrollsystemet bør utgjøre det bærende element i kvalitetssystemet, heter det. Med disse formuleringene antydes det at internkontrollsystemet er en del av og en forutsetning for et kvalitetssystem. Det antydes også at kontroll og dokumentasjon skal være de bærende elementene i systemet.

Figur 2. Helsetilsynets fremstilling av forholdet mellom internkontroll og kvalitetssystem.



Et kvalitetssystem vil imidlertid omfatte mer enn kontroll og dokumentasjon. Det rommer fremfor alt en «forbedringsløyfe» – det vil si rutiner som sikrer at registrerte feil og mangler følges opp med et systematisk forbedringsarbeid. Nødvendigheten av å drive med kvalitetsutvikling understrekes i flere dokumenter og hefter. Ledere på alle nivåer i helsetjenesten oppfordres til å skape en kultur preget av trygghet og tillit der alle grupper av helsepersonell inspireres til å delta aktivt i et bredt og tverrfaglig samarbeid, og der problematiske forhold og uheldige rutiner kontinuerlig identifiseres og korrigeres (Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn 1995, Statens helsetilsyn 1998 b og 1998 c).²⁹ På Helsetilsynets hjemmesider sammenfattes kvalitetsprinsippene slik:

²⁹ Statens helsetilsyn (1997) har definert kvalitetsutvikling slik: En ledelsesfilosofi som gjennom strategi og metode sikrer kontinuerlig forbedring av alle de prosesser som skaper verdiøkning for en organisasjons virksomhet. Filosofien bygger på kontinuerlig og systematisk forbedring gjennom brukerfokus, prosessorientering og aktiv medvirkning fra alle ansatte

- Brukeren i fokus
- Engasjert og forpliktende ledelse
- Målrettet deltakelse fra alle
- Beslutninger basert på fakta
- Proessorientering
- Kontinuerlig forbedring

Prinsippene forteller oss at Statens helsetilsyn låner mange elementer fra den ortodokse TKL-ideen slik vi beskrev den i forrige kapittel. Imidlertid er prinsippet om kundebasert kvalitet byttet ut med formuleringen «brukeren i sentrum». I inspirasjonsheftene fra Statens helsetilsyn (f.eks. Statens helse-tilsyn 98 b, 98c) nevnes prinsippet om kostnadseffektivitet (at kvalitet defineres relativt til ressursrammene). Temaene blir imidlertid ikke utdypet nærmere. Derimot blir det lagt stor vekt på å utdype og beskrive hvordan interne kontroll- og forbedringsprosesser bør drives. Beskrivelsene bygger på en forutsetning om at alle ansatte skal trekkes med i arbeidet, og at arbeidet skal drives kontinuerlig og systematisk. I de nevnte heftene anbefales Demings sirkel (se s. 40) som et hjelpemiddel i forbedringsarbeidet. Dessuten har Statens helsetilsyn sin egen sjutrinnsmodell (se figur 3). Her finner vi en oppramsing av en rekke av de mest kjente TKL-verktøyene: idédugnad, årsak/virkningsdiagram, paretodiagrammer, flytdiagrammer, spredningsdiagrammer etc. Det er verdt å merke seg at det sjuende og siste målet er å *standardisere arbeidsprosesser* i henhold til prosedyrebeskrivelser.

Figur 3. Helsetilsynets 7-trinns problemløsningsmetodikk (hentet fra Statens helsetilsyn 1998c:13.).

Helsetilsynets 7-trinns problemløsningsmetodikk

Steg	Aktiviteter	Teknikker/verktøy
1	<p>Formuler problem</p> <ul style="list-style-type: none"> Sikre at man kjenner dagens prosess, beskriv prosessen hvis nødvendig: «Hva og hvordan gjør vi nå?» Beskrivelse eller definisjon av den delen av virksomheten som blir berørt. Hva det er som skal forbedres og for hvem. Hvem har «interesser» som må tas hensyn til (pasienter, medarbeidere, interne og eksterne samarbeidspartnere, andre avdelinger osv.) Registrering/måling av forbedring. Måleparametrene bør dekke faglige-, organisatoriske-, og bruker/service-aspekter. Konkretisere hva som skal oppnås (økt aktivitet, lavere kostnad, bedre kvalitet). Dette må koples opp mot målinger og registreringer samt tidsaspekt. <p>Resultat: Klar handlings- og brukerorientert problembeskrivelse</p>	<ul style="list-style-type: none"> Idédugnad Paretodiagram Flytdiagram Slektskapsdiagram <i>(ikke beskrevet i denne boken)</i>
2	<p>Samle data</p> <ul style="list-style-type: none"> Lag plan for datainnsamling. Hvilken type data/informasjon trengs? Gjennomfør datasamling. Hvor komplekst/omfattende er problemet? <p>Resultat: Databank som er egnet til årsaksanalyse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Registreringsskjema Intervjuer Spørreskjema Frekvensregistrering
3	<p>Finn årsaker</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyser data. Lag hypoteser/mulige feil. Finn hovedårsaker. Hvis nødvendig, gjennomfør videre datasamling <p>Resultat: Faktabasert dokumentasjon av grunnleggende årsaker.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Årsak/virkningsdiagram Flytdiagram Histogram Spredningsdiagram Paretodiagram
4	<p>Finn løsninger</p> <ul style="list-style-type: none"> Finn mulige løsninger. Analyser mulige løsninger. Vurder konsekvenser, løsningens gjennomførbarhet Ranger løsningene. Velg løsning. <p>Resultat: Valgt løsning for gjennomføring støttes av konsekvensanalyse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Idédugnad Virkning/løsningsdiagram For-imot-analyse Hvordan-hvordan diagram Vurderingsmatrise
5	<p>Test løsning</p> <ul style="list-style-type: none"> Planlegg test. Gjennomfør test av valgt løsning, på en avdeling eller en prosess. <p>Resultat: Valgt løsning testes ved reelle omstendigheter</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kontrolldiagram Linjediagram Paretodiagram
6	<p>Evaluer resultater</p> <ul style="list-style-type: none"> Registrer resultatene. Registrer virkning på andre prosesser. Vurder resultater opp mot mål. Vurder gyldighet, kan resultatene generaliseres? Gi en anbefaling. <p>Resultat: Dokumenter at løsningen virker.</p>	Samme verktøy som steg 2
7	<p>Standardiser</p> <ul style="list-style-type: none"> Standardiser og godkjenn løsningen. Implementer løsningen og revider styrende dokumentasjon. <p>Resultat: Dokumentert og styrt prosess, eller løst problem</p>	<ul style="list-style-type: none"> Flytdiagram Kontrolldiagram Prosedyrebeskrivelse

Formuleringer som går igjen i inspirasjonsheftene fra Statens Helsetilsyn bærer preg av å være inspirert av de generelle prinsippene for kvalitetsledelse – og da især prinsipper om faktabasert ledelse og kontinuerlig forbedring. Det blir imidlertid gjort få forsøk på å kontekstualisere ideen. Det sies lite om hvordan 'kvalitet' skal defineres og spesifiseres. Det nevnes at kvalitet både handler om å oppnå ønskede *resultater* med minst mulig risiko (for pasienten/brukeren) og om hvordan pasienten/brukeren *opplever* resultater og møtet med helsevesenet. Men spørsmålet om hva slags kvalitet det er snakk om, hvordan kvalitet skal defineres og spesifiseres, blir ikke diskutert. Anbefalte «verktøy» presenteres i stor grad som abstrakte og kontekstløse strategier og arbeidsmetoder. Det stilles eksempelvis opp en rekke forslag til hvordan en kan identifisere problemer, analysere og vurdere egen praksis, men ingenting om hva slags type av praksis det dreier seg om. Man oppfordres til å formulere mål, fatte beslutninger (basert på fakta), vurdere egne prosesser, teste ut løsninger osv., men det problematiseres ikke hvorvidt dette gjelder alle aspekter og deler ved virksomheten eller bare enkelte aspekter. Det blir ikke gjort noe systematisk forsøk på drøfte relevansen av ulike metoder og verktøy i forhold til ulike typer av arbeid som utføres innenfor helsevesenet – om det eksempelvis er relevant i forhold til arbeid i tilknytning til teknisk, medisinsk utstyr, diagnostisering, behandling eller pleie. Vi får ikke vite om det er hjernekirurgens, laborantens eller hjelpepleierens arbeid som skal sikres og utvikles. Det anvendes kun formuleringer som 'arbeidet ditt', 'det daglige arbeidet', 'arbeidsprosesser', 'prosesser', 'et problemområde' osv.

Sett i forhold til hvor sammensatt arbeidet i helsesektoren er, blir anbefalingene uspesifikke. De gir oss ikke svar på *hvilke* oppgaver innenfor pleie- og omsorgsarbeidet som kan og bør standardiseres og prosedyrefestes.

Kvalitetsforskriften – et skarpere fokus på pleie- og omsorgstjenestene

De generelle formuleringene som anvendes i de nevnte inspirasjonshefter og dokumenter må sees på bakgrunn av at budskapet er rettet mot flere aktører. I prinsippet skal formuleringene gjelde for «*enhver som yter helsetjenester*» og «*alle virksomheter innen norsk helsetjeneste*». I 1997 la regjeringen fram rundskrivet «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene» – «kvalitetsforskriften» – som rettet seg spesifikt mot de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I dette dokumentet oppfordres pleie- og omsorgstjenestene til «*å utarbeide skriftlige prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får*

tilfredsstilt sine grunnleggende behov» (Helse- og sosialdepartementet 1997). Med grunnleggende behov menes:

- Trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet
- Mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg
- Grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kost og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Ivaretagelse av personlig hygiene, naturlige funksjoner
- Tilpasset hjelp ved av og påkledning
- Følge en normal døgnrytme og unngå uønsket og unødvendig sengeopphold
- Mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv
- Mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både inne og ute
- Nødvendig medisinske undersøkelser, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

Av denne listen går det frem at kravet om å etablere skriftlige prosedyrer ikke bare berører tekniske og behandlingsmessige arbeidsoppgaver, men så å si *alle* typer av oppgaver som handler om å yte praktisk bistand og tilrettelegge for velvære i det daglige. Rundskrivet understreker at det ikke er nok å utforme prosedyrer. Det må også *dokumenteres* at prosedyrene etterleves, og virksomheten må sørge for at *avvik registreres* og følges opp med *korrigerende tiltak*.

Formuleringen som anvendes i forskriften gir et inntrykk av at det dreier seg om en entydig og krystallklar instruks. I sin beskrivelse av kvalitetsarbeidet i ulike deler av offentlig sektor skriver Berg & Lauvdal (2001:43) om pleie- og omsorgssektoren:

Her har kvalitetsarbeidet fått klare retningslinjer og en klar metode. Det er snakk om internkontroll og systemrevisjon. Kommunen skal utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukerne får tilfredsstilt nærmere spesifiserte grunnleggende behov. Et internkontrollsystem skal sikre og dokumentere at arbeidet blir utført i samsvar med kravene som er fastsatt i forskriften.

Bruken av begrepet 'skriftlige prosedyrer' fører umiddelbart tanken inn på at det dreier seg om å utforme standardiserte arbeidsbeskrivelser som igjen skal tjene som grunnlag for kontroll og dokumentasjon.³⁰ Dersom en går rundskrivet nærmere etter i sømmene, er det imidlertid mulig å finne formuleringer som myker opp anbefalingen. Det ligger for det første implisitt i fortegnelsen over de ulike grunnleggende behovene at det er viktig å sikre en individuell tilpasning. For øvrig anbefales det, i de utdypende avsnittene fra rundskrivet (Sosial- og helsedepartementet 1997:22), å anvende individuelle planer for å dokumentere at prosedyrer følges. Formuleringene tyder på at det i tillegg til å standardisere arbeidsprosedyrer er viktig å individualisere innholdet i tjenesten. Imidlertid sies det ingenting om hvordan standardisering og individualisering bør balanseres i forhold til hverandre. Og selv om kvalitetsforskriften (i motsetning til det generelle kravet om internkontroll/kvalitetssystemer) retter seg mot et avgrenset tjenesteområde, finnes det ingen redegjørelse eller drøftinger som går nærmere inn på hva 'kvalitet' i pleie- og omsorgstjenesten *er*, eller som problematiserer kravet om prosedyrer og avvikskontroll. Rundskrivet nevner eksempelvis ikke avhandlingen som ble omtalt i forrige kapittel (Slagsvold 1995), som jo eksplisitt tar for seg problemene med å formulere standarder for pleie- og omsorgskvalitet.

Offentlige kvalitetsrådgivere – hvordan forstår de kravene fra helsemyndighetene?

Statens Helsetilsyn fikk i 1995 i oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet å utrede organiseringen av kvalitetsarbeidet i kommunehelsetjenesten. Utredningen viste at svært få kommuner hadde fått erfaring med kvalitetsarbeidet. Beskrivelser og analyser av konkrete modeller var derfor ikke mulig (Statens Helsetilsyn 1998). På dette grunnlag ble det anbefalt en særskilt satsning for kommunehelsetjenesten gjennom et eget *kvalitetsrådgiverprogram*. En vesentlig del av satsningen bestod i å opprette egne rådgiverstillinger for kommunehelsetjenesten ved samtlige nitten fylkeslegekontorer. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at rådgivernes nedslagsfelt var bredere enn bare pleie- og omsorgstjenesten. Deres arbeidsfelt skulle inkludere alle kommunens helsetjenester.

³⁰ Statens helsetilsyn (1997) sier om prosedyrer at: En prosedyre er en angitt metode for å utføre en aktivitet. Prosedyrer angir vanligvis hensikten med omfanget av en aktivitet, hva som skal gjøres, og av hvem; når, hvor og hvordan det skal gjøres; hvilke materialer, utstyr og dokumentasjon som skal brukes; og hvordan aktiviteten skal styres og registreres.

Statens helsetilsyn skulle ha ansvaret for opplæring og for å tilrettelegge for samarbeid og erfaringsutveksling mellom rådgiverne. Rådgiverne fulgte et obligatorisk undervisningsopplegg – fire seminarer à fire dager – som var tilrettelagt i samarbeid med et privat konsulentbyrå (Partnerkonsult). Undervisningen tok blant annet sikte på en innføring prinsipper og metoder for TKL. (I helsetilsynets dokumenter anvendes også formuleringer som 'kvalitetsteorien', 'kvalitetsfaget'). Rådgivernes viktigste oppgave skulle være å bistå kommunene med å etablere kvalitetssystemer gjennom å formidle kunnskap om kvalitetsarbeid, veilede i metoder og verktøy, støtte innførings- og utviklingsprosesser samt stille kritiske spørsmål.

Med rådgiverstillingene fikk Fylkeslegene ikke bare en tilsynsrolle, men også en rådgiverrolle i forhold til kravet om internkontroll og kvalitetssystemer. I intervjuene med et utvalg av rådgiverne, ble det understreket av flere at deres arbeid ikke handlet om å opptre som myndighetspersoner eller kontrollører overfor kommunene, men om å *bistå* kommunene i å tilrettelegge sin virksomhet på en bedre måte. Enkelte fant det nærliggende å sammenligne sin egen rolle med «bedriftsrådgiveren» eller «bedriftskonsulenten». Samtidig markerte de at de ikke var den typen rådgiver som formidler nytteløse, moteriktige standardløsninger overfor organisasjoner de ikke kjenner.³¹ Flere poengterte at det var deres tidligere yrkeserfaring og kjennskap til kommunesektoren som gav dem troverdighet og kompetanse i rådgiverrollen, ikke de metoder og teknikker de hadde lært på det obligatoriske kurset.

En viktig del av hensikten med å intervjuer kvalitetsrådgiverne var å få et bedre innblikk i hvordan kvalitetsutfordringen blir formulert og formidlet overfor kommunene. Vi var særlig opptatt av å få tak i hvordan krav og anbefalinger skulle forstås i forhold til den hjemmebaserte omsorgstjenesten. Hvordan tenker rådgiverne seg at krav om skriftlige prosedyrer og standardisering i praksis skal avveies mot kravet om en individtilpasset tjeneste? I sine formuleringer av hva som menes med en skriftlig prosedyre, gav rådgivere stort sett «riktige» definisjoner som lå tett opp til Helsetilsynets offisielle definisjon (se fotnote 30) En rådgiver svarte eksempelvis:

Vanligvis legger jeg i det at en skriftlig prosedyre er utformet etter en standardmal, med heading, den er identifiserbar på kommune og arbeidssted, og den er underskrevet og godkjent av riktig autoritet og

³¹ Ifølge Halvorsen (1997) ligner stereotype opinionsbilder av den moderne bedriftsrådgiveren bildet av jappen. Rådgivere fremstår som velkledde og nyrike menn som mangler respekt for penger og ærlig arbeid. I kontrast til disse stereotype forestillingene var de offentlige kvalitetsrådgiverne i stor grad kvinner med praktisk erfaring fra helsesektoren.

sånn, og så har den beskrivelser av en arbeidsoppgave, hvem som kan utføre den, måten den skal utføres på og slike ting.

Den samme informanten ble imidlertid mer usikker i sin definisjon da hun ble konfrontert med formuleringene fra kvalitetsforskriften. Hvordan kan omsorgsoppgaver prosedyrefestetses? Er det meningen i å gi generelle arbeidsbeskrivelser/arbeidsspesifikasjoner som forteller hvordan den enkelte skal få dekket sine grunnleggende behov? På spørsmål om hun kunne utdype hvordan hun forstod formuleringene i kvalitetsforskriften, svarte hun:

Rådgiver:- Kvalitetsforskriften ?...(hun ler) Ja, det er mange allment aksepterte normer som er nedfelt som en forskrift. Pleie- og omsorgstjenesten er den eneste tjenesten som jeg vet om i helsevesenet som har en så detaljert forskrift om selve innholdet i faget. Det at man faktisk beskriver et fag, en pleie- og omsorgstjeneste, via en forskrift, er meget underlig etter mitt syn. Veldig vanskelig å forholde seg til, synes jeg, fordi det forlanges skriftlige prosedyrer på ting som har med selve fagutøvelsen å gjøre – *det man har lært gjennom fagutdanning og yrkeserfaring. For meg virker det veldig merkelig at man har valgt å nedfelle dette i en forskrift*, som dermed blir et myndighetskrav og representerer et avvik hvis man ikke har det (hun ler igjen).

Forskriften er på denne måten meget spesiell, og jeg tror ikke det vil være enkelt å etterleve det kravet om at det skal være prosedyrer slik det står i den forskriften. – Men jeg tror man må sammenfatte noen av de tingene og nedfelle det i virksomhetsplaner eller målsetninger eller annet planverk eller beskrivelse av tjenesten. – Og at det ikke blir ett dokument for hver av de punktene som står der i kvalitetsforskriften. Jeg kjenner den oppramsinga som står der, og opplever at det må være svært vanskelig å lage prosedyrer på en del av det som kreves prosedyrer på. Det er noe med bruken av begreper...

Intervjuer: Men hva er en prosedyre?

Rådgiver: (ler igjen) En prosedyre er en beskrivelse av en arbeidsoppgave og den er dokumentert i en fastlagt mal slik at man er sikker på at den inneholder det den skal, den skal være datert og underskrevet, og det skal stå tidspunkt for når den skal revideres på nytt og slikt. Men, det å skulle beskrive en arbeidsoppgave er veldig ofte innretta mot den tekniske delen av en tjenesten. – Å ha *prosedyrer* for hvordan en ser for seg å imøtekomme de grunnleggende behov hos en samling eldre mennesker på et sykehjem, tja...

Intervjuer: – Det er nemlig dette jeg ikke helt forstår, hvordan disse møtene, og alt det individuelle som ligger i møtene skal nedskrives

Rådgiver: – Ja, jeg oppfatter det som veldig vanskelig. Her i fylket (i tilsynsarbeidet) *ser vi etter om de har en plan for tjenesten, om de har en målsetting, om de har sagt noe om hvordan folk skal møtes indivi-*

duelt og hvordan pårørende skal møtes. Vi ser etter mer runde formuleringer enn en prosedyre.

Selv om ikke de øvrige rådgiverne problematiserte forskriften like inngående, gav mange uttrykk for at kravet om å utarbeide skriftlige prosedyrer i forhold til listen med «grunnleggende behov», ikke måtte tolkes bokstavelig. Man må bruke sunn fornuft, sa flere. Noe bør være skriftlig, men det er ikke meningen at kommunene skal utarbeide skriftlige prosedyrer for alle de arbeidsoperasjoner som utføres i en pleie- og omsorgshverdag. Rådgiverne kunne fortelle at mange kommuner hadde misforstått dette til å begynne med og utarbeidet flere hyllemeter med prosedyrer. En av rådgiverne advarte mot denne typen «prosedyromani». Det må ikke bli et mål i seg selv å gjøre ting skriftlig, for, som hun sa: «*mange prosedyrer går jo av seg selv.*» Rådgiverne understreket at detaljerte spesifikasjoner av arbeidsoppgaver først og fremst hørte hjemme i *individuelle omsorgsplaner*. Det de omtalte som 'prosedyrene' burde begrenses til mer generelle beskrivelser av arbeidsoppgavene – «*noen overordna greier.*» En av dem anskueliggjorde det ved å skille mellom systemnivå og individnivå: Man har prosedyrer på systemnivå der man skriver noe generelt om tjenesten og så *spesifiserer* man tjenesten i en pleieplan på individnivå. Avvik skal føres på systemnivå (altså i forhold til de overordnede generelle arbeidsbeskrivelsene).

I forhold til de fleste av omsorgsoppgavene som stod nevnt i kvalitetsforskriften, fikk altså begrepet 'prosedyre' en litt mer «romslig» betydning enn det begrepet vanligvis har. Når dette er sagt, må det tilføyes at rådgiverne også nevnte eksempler på områder som kan og bør prosedyrefestes i ordets vanlige forstand. Noen vanlige eksempler er prosedyrer for medisinbehandling, prosedyrer som forteller hva hjelperen gjør dersom brukeren ikke åpner døra, dersom hun finner en død person i hjemmet, prosedyrer for tildeling av tjenester, henvisning til lege, fysioterapeut, fottapeut osv.

Hva er kjernen i et kvalitetssystem?

Intervjuene med kvalitetsrådgiverne kretset i stor grad omkring spørsmålet: hva menes egentlig med et kvalitetssystem? Svarene vi fikk tok ofte utgangspunkt i de generelle, altomfattende prinsippbeskrivelsene som var formulert i Helsetilsynets inspirasjonshefter. Mange nevnte at de brukte Helsetilsynets syvtrinnsmodell eller den såkalte Demings sirkel eller PDCA sirkelen (se s. 40, kap. 3). Med dette understreket de at det dreier seg om å etablere en kontinuerlige, sirkulær kontroll- og forbedringsprosess. For øvrig la mange stor vekt på prinsipper for idedugnad, analysetilnærminger som

hvordan-hvordan diagrammer, SWOT-diagrammer (Strength, Weakness, Opportunities, Threats). Dette er generelle tommelfingerregler som angir hvordan man kan gå frem i en analytisk gjennomgang av egen virksomhet.

Rådgiverne understreket at kvalitetsstyring *både* handler om å kontrollere at dokumenterbare standarder følges, *og* at det samtidig handler om å motivere og engasjere ledere og ansatte til å fortløpende vurdere om noe kan gjøres bedre. På samme tid som de benyttet modeller som inkluderte *alle* aspekter og prinsipper ved kvalitetsideen, varierte det hva de anså for å være den overordnede hensikten med et kvalitetssystem. Deres sprikende oppfatninger dreide seg i hovedsak om ulike synspunkter på hvorvidt det var kontroll/dokumentasjon *eller* utvikling/ forbedring som skulle ansees for å være kjernen i kvalitetssystemet. To av rådgiverne som la relativt stor vekt på utvikling og forbedring, sa følgende:

Rådgiver 1: Jeg snakker mye om kvalitetsutvikling eller bare om utvikling. ()Jeg tror ikke jeg når fram ved å snakke om internkontroll. Jeg mener det er ikke noen motsetning å drive med kvalitetsutvikling og allikevel ta vare på myndighetskravene. Men jeg har til gode å se at en kommune kan rendyrke et internkontrollsystem. () Jeg har brukt mye tid på metode og prosess. Det som går på helhetlige prosesser er veldig viktig. De snakket ikke så mye om det på kurset. Jeg har brukt mye idédugnad, hvordan-hvordan-diagram for å komme fram til tiltak. Jeg tror det er viktig å hele tiden drive med utvikling – selv om internkontrollen ligger i bunn. Det er det som er tilfredsstillende. Det er bedre enn å ha et statisk system som tilfredsstillers Fylkeslegens krav.

Rådgiver 2: Først må de jo prioritere lovkrava, men det aller viktigste for meg i dette budskapet er *brukeren* og hans behov – det å *se* brukeren. Kvaliteten utøves i møtet med brukeren og i sannhetens øyeblikk. Internkontroll er bare et middel. Det viktigste er hva de gjør med den. Dessverre har de ikke kommet så langt med dette i kommunene. De har laget prosedyrer og kanskje et system for å registrere. Men det registrerte betyr jo ingenting dersom de ikke gjør noe med det!() Det å avsette tid til refleksjon og til å lære i grupper – en lærer selvsagt av sine feil. Refleksjonsgrupper og arbeidsgrupper er det viktigste for meg.

Sammenlignet med disse to rådgiverne var andre mer tro i forhold til de offentlige formuleringene omkring internkontroll. For dem var det essensielle ved kvalitetsarbeidet å etablere et formalisert system som kan gjøre det mulig å *dokumentere* overfor en høyere instans (politikere og myndigheter) hvorvidt arbeidet utføres i tråd med lov og forskrift. To av rådgiverne som hellet i denne retning sa :

Rådgiver 3: Vi lærte jo mye sånne kvalitetsteknikker, sånne gule lapper og sånn (brainstorming) og hvordan folk skal jobbe i grupper. Men det var lite om hvordan systemet skal tas i bruk. Jeg har lagt mye vekt på det med internkontroll og brukt mye tid og kompetanse til å forklare folk myndighetskravene. Min strategi har vært å ikke gå videre enn internkontrollen. Det er naivt og tro at man kan drive rådgivning løsrevet fra Fylkeslegen. Fylkeslegen er et kontrollorgan og bør gjennomsyses av internkontrolltankegangen. () Systemet bør inneholde et knippe av skriftlige prosedyrer. Det forlanger man i et sånn system. Så må man ha avviksbehandling og oppfølging av uønskede hendelser. Noen har forenklet dette til et sett av permer, innholdsfortegnelser og prosedyrer. Det har jo ingen effekt. Det har kanskje en effekt i det man holder på å skrive prosedyren. Det blir et *utviklingsarbeid*, ikke noe mer. Da synes jeg ikke de har noe system.

Rådgiver 4: Hva er et helhetlig kvalitetssystem? Tja – for det første er det viktig å si at systemet ikke er et mål i seg sjøl. Det er et verktøy. Og i det verktøyet skal det være elementer av planlegging, utføring og resultatdokumentasjon og kontrollfunksjoner. Og de fire tingene er det jeg mener er det sentrale. For meg er det det dreier seg om. Man skal vite *hva* man skal gjøre, så skal man *gjøre* det, og så skal man kunne *bevise* at man har gjort det.

Samtalene med de ulike rådgiverne eksemplifiserer at Helsemyndighetenes oppfordringer til kommunene kan formuleres og formidles på ulike måter. Rådgivernes ulike tolkninger av kvalitetsutfordringen kunne til dels se ut til å henge sammen med deres ulike utdannings- og erfaringsbakgrunn. De to som var opptatt av å framheve betydningen av utvikling, hadde selv erfaring fra fagutdanning og praktisk arbeid. De var tilbøyelige til å tenke kvalitetsutvikling som en del av den faglige utviklingen. Den ene hadde dessuten lært gjennom et annet undervisningsopplegg at *kvalitetsutvikling* i denne betydningen utgjorde essensen i et kvalitetssystem. De to sist siterte informantene hadde sin bakgrunn fra henholdsvis tilsyn og administrasjon. De var åpenbart opptatt av at systemet skulle bidra til å gi administratorer og revisorer innsyn i tjenesten.

At rådgivere forstår kvalitetsideen forskjellig, kan selvsagt bety at de inspirerer helsepersonell i ulike retninger. Det må imidlertid understrekes at de var svært tilbakeholdne med å foreskrive konkrete løsninger. En av rådgiverne som understreket betydningen av kontroll og dokumentasjon, ble bedt om å nevne oppgaver fra hjemmetjenesten som burde kontrolleres og dokumenteres:

- Jeg er veldig lite påståelig. Jeg er veldig opptatt av at det er tjenestene selv som må gjøre arbeidet med å definere disse områdene. Så når du

spør meg om dette nå – så er ikke dette spørsmål jeg svarer på i kommunene. Det er jo *de selv* som må finne behovet for systematikk og dokumentasjon.

Drahjelp – ikke ferdige løsninger!

I tråd med stillingsinstruksen understreket flere av rådgiverne at de hadde et begrenset ansvar for den enkelte kommunes kvalitetsarbeid.³² De anså seg selv for å være inspiratorer og pådrivere, ikke autoriteter som hadde med seg en fiks ferdig løsning. Kvalitetsrådgivernes oppfatninger om egen rolle sammenfaller med det Nylehn (1994) betegner som en *proessorientert rolle*. Nylehn anvendte begrepet om de private bedriftskonsulentene i en studie av kommunalt omstillingsarbeid. Bedriftskonsulentene så på seg selv som «fødselshjelpere» som kommer til jobben uten en fastlagt plan, men med en lyttende og oppmuntrende innstilling. De er ikke spesialister på de oppgaver organisasjonen utfører, men er inspiratorer som oppmuntrer ledere og ansatte til *selv* å definere problemer og til *selv* utvikle løsninger som lar seg iverksette.

At konsulenter og rådgivere ikke har løsninger, men bare «inspirasjon» å tilby, har reist tvil om deres autoritetsgrunnlag (Halvorsen 1997). Tvilen kommer dels til uttrykk fra organisasjonsmedlemmer som er travelt opptatt med løpende oppgaver, og som forventer at en ekstern ekspert skal «ordne opp». Ifølge Nylehn (op.cit.) blir prosessrådgiveren ofte møtt med skuffelse og skepsis når vedkommende forsøker å oppmuntre til at organisasjonsmedlemmene *selv* bør ta aktiv del i å utføre omstillingsjobben.

Enkelte av Helsetilsynets kvalitetsrådgivere påpekte at også de hadde fått erfare at de var blitt tatt for å være eksperter som skulle «løse» andres problemer. Dette forekom til å begynne med da kvalitetsrådgiverprogrammet nylig hadde startet. På møter arrangert for kommunene hadde de møtt personer som åpenbart var ute etter noen enkle knep for å kunne ruste seg mot Fylkeslegens tilsynsbesøk:

Til å begynne med opplevde jeg at kommunene ville ha et sim-sala-bim. Jeg fikk litt følelsen av kom-til-min-kommune-og-lag-et-kvalitets-system-så-er-vi-ferdig-med det!

For rådgiverne selv var det innlysende at de ikke kunne påta seg ansvaret for å spesifisere nærmere hvordan det enkelte arbeidssted skulle legge opp sitt

³² I stillingsbeskrivelsen ble det understreket at rådgiverne ikke skulle overprøve faglig innhold, foreskrive løsninger eller fungere som prosjektledere eller ordinært gruppe medlem i prosessen (Statens helsetilsyn 1998:22).

kvalitetssystem. En slik ansvarsfordeling ville for det første stride mot et viktig prinsipp i kvalitetsideen (om at systemet skal bygges opp nedenfra og innenfra). Uansett ville det være urimelig å forlange at de skulle opptre som eksperter i forhold til hele spekteret av helsetjenester som kommunen driver. Ut fra dette perspektivet var deres egne ambisjoner og mål begrenset til å inspirere kommunene. De skulle klargjøre prinsippene for kvalitetsstyring og i beste fall tenne et engasjement som kunne føre til at kvalitetsarbeidet ble satt i gang. En av rådgiverne forklarte hvordan han, i stedet for å foreskrive løsninger, forsøkte å inspirere ansatte til *selv* å komme fram til hva som bør standardiseres og prosedyrefestet:

I de prosessene jeg da setter i gang pleier jeg å ta utgangspunkt i stikkord som (1) plunder og heft: hva er det som irriterer, som ikke gjøres slik de ønsker. (2) De skal leite etter oppgaver som setter liv og helse i fare om de ikke blir utført. (3) Jeg ber dem tenke over forhold som er viktige for brukeren, og så samle alle i en sekk og trekke ut det som gjøres veldig ofte og får konsekvenser for mange. (4) Og – at de ser på det som må gjøres veldig sjelden for å sikre at det *kan* gjøres dersom det plutselig *må* gjøres.

Det sikreste tegnet på at de hadde lyktes i eget arbeid var at ledere og ansatte som hadde søkt deres råd var blitt inspirert og hadde rapportert om at kvalitetsarbeidet var «kommet i gang». Rådgiverne hadde flere fortellinger og eksempler fra kommunene der de hadde høstet anerkjennelse og etter hvert blitt møtt med en positiv holdning ute i kommunene. Som en sa: «*Jeg blir mye etterspurt og brukt. (Jeg opplever bare positiv dialog med kommuner som sliter)*».

På samme tid gav flere av rådgiverne uttrykk for at arbeidet med å etablere kvalitetssystemer går sakte – noen mente det går saktere enn de forventet i utgangspunktet. Hindringene i arbeidet har dels å gjøre med den «konkurransen» kvalitetsarbeidet møter fra andre satsningsområder – især fra satsningsområder der det følger med bevilgninger:

Det har gått mye treigere enn jeg hadde trodd, jeg trodde at det her måtte de skjønne at det var til sitt eget beste, men det går veldig tungt.... Det har jo vært så mange andre handlingsplaner, har vært denne eldresatsninga, og den har ført med seg penger, så har du hatt psykiatrisatsninga som førte med seg penger, så har du handlingsplan for helse- og sosialpersonell. Det er så mange prosjekt som har gått parallelt med dette, og vi har jo ikke hatt en krone til kommunene og da er jo argumentet det at 'jo, vi må ta det vi får penger til' sant ja.

I likhet med denne informanten antydet flere at det finnes mange hindringer i arbeidet. Kommunene mangler tid, ressurser og personell og står overfor en rekke krav og utfordringer som «konkurrerer» om å få oppmerksomhet. Kvalitetsrådgiverne kan ikke lokke med en ekstra pengebevilgning. Imidlertid har de har er ris bak speilet: dersom ikke kommunene kan vise til at de er kommet i gang med å etablere et system for internkontroll, risikerer de anmerkning fra Fylkeslegen ved neste tilsynsbesøk.

Inspirasjon og språkbruk

Statens helsetilsyn utgir veiledende hefter som er ment å være til *inspirasjon* for ledere og ansatte i helsetjenesten (Statens Helsetilsyn 1998a, 1998b). Rådgivere forklarer at de ikke skal konkretisere og instruere, men *inspirere*. De skal stimulere ledere og ansatte i kommunene til *selv* å ta fatt på kvalitetsarbeidet. Rådgivernes rolle og selvforståelse utelukker at de skal vurderes som problemløsere. Spørsmålet en så kan stille seg er: hvilken målestokk skal rådgivernes arbeid da vurderes etter?

Halvorsen (1997) drøfter spørsmålet i forhold til bedriftsrådgiverrollen. Hun viser hvordan synet på bedriftsrådgiveren som en ekspert/problemløser medfører et pessimistisk syn: Bedriftsrådgivere kan ingenting som ikke bedriftene kan selv, men i sin søken etter å fremstå som eksperter på «noe» vikler de seg inn i et stadig større mangfold av abstraksjoner som lever sitt eget liv uavhengig av de konkrete problemer de skal løse (Abbot 1988). Ifølge Halvorsen hevder Czarniawska-Joerges (1988) et mer optimistisk syn i det hun argumenterer for forstå bedriftsrådgiveres rolle i lys av en estetisk tolkningsramme. Å være organisasjonsrådgiver handler om å formulere modeller som fremstår som attraktive og inspirerende, slik at de får organisasjonsmedlemmer til å tenke i nye baner. Czarniawska-Joerges (1988) uttrykker det slik: «*consulting does not have to be true or new. It has to be beautiful.*» Bedriftsrådgivere skal ikke tilby kunden det kunden vet fra før, men skal tilby *nye* (attraktive) tolkningsredskaper som kan bidra til å gi kunden en ny selvforståelse. Dersom vi låner Czarniawska-Joerges perspektiv på kvalitetsrådgiverne, blir det nærliggende å spørre: Hva slags estetikk er

det inspirasjonsheftene og rådgiverne benytter seg av for å «selge» sine ideer og for å tenne et engasjement i kommunene?³³

Kvalitetsrådgiverne fremstod som bevisste språkbrukere i den forstand at de var opptatt av hvordan deres budskap blir *oppfattet* av mottakeren. De var opptatt av språklige overtoner (konnotasjoner), av hvordan ord og uttrykk vekker assosiasjoner hos mottakeren. Flere beklaget seg over at språket som omgav kvalitetslitteraturen og opplæringsmaterialet var for «teknisk» og for fremmed for helse- og omsorgssektoren. Imidlertid var det ikke dermed sagt at kvalitetsideen var irrelevant. Som en sa, «*Jeg kan tenke helsevesen selv om de snakker om varer og leveranser og den slags*». Rådgiverne la stor vekt på å velge ord og uttrykk som kunne få ideen til å fremstå som fornuftig og plausibel i en mer forståelig tekst. En rådgiver som ble intervjuet helt i starten av prosjektet, advart mot å anvende betegnelsene «Total kvalitetsledelse» og akronymet «TKL»:

Dersom du skal ut å intervju i kommunene, da vil jeg fraråde deg å spørre om kommunene driver med TKL. De vil ikke skjønne hva det er. Det er jo det (TKL) kvalitetsarbeidet handler om, men folk forbinder det ordet lett med noe næringslivsgreier».

I likhet med denne informantens påpekte flere av rådgiverne at det var viktig å snakke om kvalitetsledelse på en måte som *mottakeren* forstår. De fleste droppet konseptbetegnelsen og snakket i stedet om 'kvalitetstankegangen', 'kvalitetsteorien' eller 'kvalitetsmodellen'. Deres ønske om å avmystifisere og trivialisere ord og uttrykk snur opp ned på Røviks (1999) tese om bruken av akronymer. Røvik hevder at konsulenter og andre anvender akronymer for å få budskapet til å virke tillitsvekkende og vitenskapelig.³⁴ Kvalitetsrådgiverne syntes tvert om å mene at ekspertbetegnelser og akronymer lett vekker mistro blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren. De syntes med andre ord å regne med at kommunale ledere ikke uten videre vil godta typiske konsulentoppskrifter. En av rådgiverne sa:

Intervjuer: Bruker du det du lærte av Utviklingspartner i jobben din?

³³ Det må understrekes at dette ikke var et spørsmål som ble grundig og systematisk fulgt opp i dette prosjektet. Prosjektet var ikke rettet inn mot å analysere Helsetilsynets og Fylkeslegenes formidlingsarbeid. Datamaterialet gir allikevel en rekke eksempler på hvilket språklig «byggemateriale» som anvendes for å beskrive et kvalitetssystem, i tillegg til en rekke refleksjoner omkring språk og formidling.

³⁴ Røvik (1998:89) skriver om styringsoppskriftenes kommuniserbarhet og hevder at det er viktig at ikke budskapet formuleres som for flatt og selvfølgelig. Akronymer gir budskapet en vitenskapelig innpakning. Mange vil tenke at det bak en så presis formulering vil skjule seg presise, gjerne vitenskapelig begrunnede, styringsredskaper.

Rådgiver: Nei, nei, nei.

Intervjuer: Er det vanskelig å få det til å passe inn i helsesektoren?

Rådgiver: Ja, nei – det skjønte jeg med en gang at dette gikk ikke, En 'total kvalitetsledelse'- nei jeg kunne ikke begynne der. *Jeg måtte begynne med det enkle.* Først måtte jeg lytte til kommunene, hvor er det de er hen? Så dette måtte jeg legge det helt bak meg. Jeg måtte bruke norske ord. Så – framfor å snakke om kvalitet – så snakker jeg om hvordan de utfører jobben rett og slett. Hvordan man oppfører seg i møtet med brukeren. Vi har de som har vedtatt en total kvalitetsledelse, men det er ikke iverksatt nedover, det er noe de bruker øverst i kommunen, uten at de som er nederst skjønner bæra av det.

Rådgiverne anså det som viktig å formulere kvalitetsideen i en mer virkelighetsnær språkdrakt. En måte å gjøre dette på var å strippe budskapet for ord og uttrykk som i for stor grad hadde konnotasjoner til handel og industri. Det har ingen hensikt å overdynte folk med innviklede, tekniske metodebetegnelser som 'statistisk prosesskontroll', 'affinitetsdiagrammer' etc. Det vil virke mot sin hensikt. En annen måte var å *bytte ut* ord og uttrykk som gav ideen en for «teknisk» klang. Flere understreket at de valgte å snakke om 'bruker' framfor 'kunde', at de valgte å snakke om 'skriftliggjøring av praksis' eller 'beskrivelser av hva vi gjør' framfor å snakke om 'prosedyrer', at 'synliggjøring' var bedre enn 'kontroll', og at 'tilbakemelding' eller 'forbedringsmelding' var å foretrekke framfor 'avvikskontroll' osv. Denne typen snille erstatningsuttrykk (eufemismer) ble antatt å få budskapet til å fremstå som mindre næringslivsaktig – og dermed mindre kontroversielt.

Som en foreløpig oppsummering kan vi si at rådgivernes budskap – rent estetisk – var pakket inn i en mer hverdagsspråklig drakt enn den som anvendes i konseptlitteraturen. Hva som regnes som hverdagspråklige termer, er imidlertid ikke entydig gitt. En rådgiver understreket at det varierer hvilket språk mottakeren skjønner. Det er ikke nødvendigvis slik at kommunale ledere er fremmed for de markedsinspirerte begrepene:

Ta for eksempel kundebegrepet. Det skaper ikke nødvendigvis god dialog når en kommer med et så fremmed begrep. Men jeg har også vært i kommuner der de selv har tatt i bruk kundebegrepet. Jeg kan ikke kategorisk si at jeg omskriver og forenkler.

En må også regne med at oppfatningen av ord og uttrykk – hvorvidt de regnes som adekvate – forandrer seg over tid. Det som tidligere var uhørt, fremmed terminologi i pleie- og omsorgssektoren, trenger ikke være det i dag. Begreper som 'målstyring', 'mål', 'resultat' og 'strategi' er ikke lenger å regne som forvirrende fremmedspråk i pleie- og omsorgssektoren, men som

konvensjonelle hverdagslige uttrykk. Denne typen ord fremsettes i dag i en kategorisk form – det vil si uten at det stilles spørsmål ved betydningen av dem. Samtidig som begrepene er konvensjonelle, er det viktig å merke seg at det i stor grad dreier seg om abstrakte og tolkbare begreper som ikke uten videre gir en entydig og klar handlingsinstruks. Flere av kvalitetsrådgiverne benyttet slike konvensjonelle, abstrakte styringsbegreper når de beskrev hva som kjennetegner en kvalitetsstyrt organisasjon. En forklarte eksempelvis at: *«et kvalitetssystem kan egentlig beskrives som en tradisjonell målstyringsmodell med kontinuerlig evaluering.*

Som et supplement til hverdagspråket og de konvensjonelle styringsbegrepene, gjorde rådgiverne flittig bruk av *metaforer*. Som vi var inne på i kapittel 2, er metaforer anvendelige i språket fordi de på en enkel måte kan fremkalle konnotasjoner som er ønskelige. En alminnelig utbredt metafor i styringssammenheng er betegnelsen 'verktøy'. Når det er tale om kvalitetsstyring, anvendes dessuten er rekke metaforer som understreker at kvalitetssystemet skal ha forankring hos ansatte: Kvalitetssystemet skal være de ansattes 'eiendom', det skal være 'et levende system', 'et system som sitter under huden hos ansatte'. En rådgiver sa: *«Det handler egentlig om å foreta en opprydding i eget hus – en skikkelig opprydding fra kjeller til loft!»*. Metaforene understreker at iverksettingen av et kvalitetssystem ikke handler om å adoptere prinsipper utenfra, men om å ta tak i og bringe orden i egne rutiner og egne problemer. Et kvalitetssystem er et virkelighetsnært styringssystem – et system som springer ut av den praktiske hverdagen.

Rådgivernes formidlingsarbeid handler ikke bare om å formidle hva et kvalitetssystem *er*. Det handler også om å inspirere ledere og ansatte til å komme i gang med å bygge opp et kvalitetssystem. Samtidig som de understreket at de ikke kunne ta ansvar for de resultatene kommunen ville ende opp med, uttrykte rådgiverne ofte implisitt at de følte et ansvar for at kvalitetsarbeidet *var kommet i gang*. Det er viktig å kunne vise til at «deres» kommuner har tatt fatt på oppgaven med å utforme et system. Flere av dem medgav at det å mobilisere til handling var en vanskelig del av jobben. Med sitt kjennskap til kommunehverdagen *vet* de at de bryter inn i en travel hverdag der ressursene er knappe, og der ansatte stort sett gjør sitt ytterste for å få endene til å møtes. Dette stiller dem overfor en rekke pedagogiske dilemma: De skal på den ene siden kommunisere hvilke *fordeler* som vil følge med et kvalitetssystem, og samtidig formidle at forventningene om raske resultater ikke må overdrives. De skal overtale ansatte om at et kvalitetssystem vil bidra til å gi bedre resultater i arbeidet, samtidig som de ikke klandrer de ansatte for å gjøre en dårlig jobb. En av rådgiverne medgav at det nok umiddelbart kan være vanskelig å se nytten av å samle skriftlige

prosedyrer i en perm. Hun så det som en utfordring å mane til tålmodighet i arbeidet: «*Da sier jeg at du er nødt til å ta små skritt av gangen. Det nytter ikke å tro at dette skal skje over et år eller to*». At det å bygge opp et kvalitetssystem handler om å ta små skritt, syntes å ha utviklet seg til en norm: et kvalitetssystem skal bygges opp trinnvis. I et av inspirasjonsheftene fra Statens Helsetilsyn (1998c) blir følgende kjensgjerning forkynt:

Alle som har prøvd å rulle en snøball opp en bakke vet hvor mye lettere det er hvis ballen er liten. Det samme prinsipp gjør seg gjeldende i kvalitetsarbeid.

Å inspirere til å sett i gang kvalitetsarbeid handler altså om å oppmuntre til arbeidsoppgaver som ikke umiddelbart gir resultater. Rådgiverne må foregripe protester og motstand fra opponenter som vil hevde at kvalitetsarbeidet er nytteløst og resultatløst. De må overbevise ledere og ansatte om at det er *normalt* at det kjennes meningsløst og resultatløst underveis. Det er *normalt* at kvalitetsarbeid krever prøving og feiling og mange års arbeid. Underforstått: de som lykkes med kvalitetsledelse har innsett at de *må* gjennomleve disse vanskene. Vi har tidligere (kap. 2) vist til at omstillinger i organisasjoner noen ganger ledsages av fraser (platityder) hvis hensikt er å dempe spenninger og å normalisere de aktiviteter som finner sted. I Helsetilsynets inspirasjonshefter kan en finne en rekke slagord som nettopp har en slik normaliserende og beroligende tone. I et av heftene (Statens helsetilsyn 1998 nr 3) heter det blant annet:

- Organisasjonsendring og endring av atferd vil ta tid – lang tid
- Start i det små, da er det sjanse for å lykkes
- De beste snakker ikke om kvalitetsledelse – de bare gjør det

Med denne typen formuleringer får det «å sette i gang» og «å være i gang» nærmest en egenverdi. Som den siste frasen direkte forteller oss, er det bedre være i gang (med kvalitetsledelse) enn å først forsøke å utdype og klargjøre hva man skal i gang med. Budskapet synes med andre ord å være at klargjøringen skal skje gradvis gjennom prøving og feiling.

Kvalitetsideen – fortsatt en åpen idé

I dette kapitlet har vi sett nærmere på hvordan oppfordringer om å etablere kvalitetssystemer blir formulert fra helsemyndighetene. Ordlyden i lover og forskrifter gir umiddelbart inntrykk av at omsorgen skal «temmes» og objektiveres – at oppgaver som tidligere ble utført skjønnsmessig nå skal standardiseres og prosedyrefestes. Vi har imidlertid sett at budskapet dempes

betraktelig både i dokumenter som utdyper kravene, og av de rådgiverne som har fått i oppdrag å bistå kommunene med å iverksette kvalitetssystemer. Det er ikke meningen at *alt* skal standardiseres og kontrolleres. Formuleringene i kvalitetsforskriften må ikke tolkes for bokstavelig, slik at det utarbeides skriftlige prosedyrer for alt som finner sted i en pleie- og omsorgshverdag. Et kvalitetssystem skal gi rom for individuelle tilpasninger – gjerne gjennom bruk av individuelle omsorgsplaner. Helsemyndighetene påtar seg ikke ansvaret for å utdype og klargjøre *hvordan* forholdet mellom standardisering og individualisering skal balanseres. Dette må avklares internt i den enkelte virksomhet.

Kvalitetsrådgiverne som har fått i oppdrag å bistå kommunene, opptrer som prosessveiledere. De tilbyr drahjelp, ikke ferdige løsninger. Rådgiverne legger stor vekt på at et kvalitetssystem må utformes innenfra av organisasjonsmedlemmene selv. Prosedyrer skal være praksisnære, og det er viktig at ansatte på alle nivå deltar i et systematisk kontroll- og forbedringsarbeid. Den beste måten å realisere dette idealet på er å mobilisere ansatte til *selv* å ta fatt på oppgaven det er å klargjøre hva som menes med 'kvalitet', og hvilke sider ved kvaliteten det kan være hensiktsmessig å standardisere og kontrollere. Rådgiverne støtter seg til prinsippene for TKL (se kap. 3). Imidlertid legger de betydelig vekt på å strippe konseptet for ord og uttrykk som i for stor grad vekker assosiasjoner til industri og næringsliv. De anvender enkelt, hverdagslig og metaforisk språk som understreker det rasjonelle og det virkelighetsnære ved styringsprinsippene. Deres språklige innpakking av ideen peker imidlertid ikke i retning av at det finner sted en presisering av de ulike prinsippene. Tvert om er det nærliggende å hevde at eufemismer og metaforer bidrar til ytterligere abstrahering av ideen.

Med dette kan vi konkludere at helsemyndighetene i liten grad setter betingelser og kriterier for *hvordan* prinsipper for internkontroll-/kvalitetsstyring konkret skal oversettes til praktisk handling. De har ikke sett det som hensiktsmessig å konstruere en ferdig modell for kvalitetsarbeidet, men har ønsket å stimulere kommunene til *selv* å bidra til et formålstjenlig system. Ikke desto mindre gjør de det klart at enhver som yter helsetjenester *skal* forholde seg til disse prinsippene.³⁵ I de to påfølgende kapitlene skal vi se hvordan signalene oppfattes og håndteres for det første på det administrative nivå i kommunene (kap. 5) og for det andre på det operative tjenesteytende nivå (kap. 6).

³⁵ Mange vil hevde at Fylkeslegen dermed får en tvetydig rolle: Fylkeslegens rådgivere kan ikke presisere hvordan systemet skal utformes. På samme tid skal Fylkeslegens revisorer kunne kontrollere og vurdere hvorvidt et system holder mål.

5 Kvalitetsledelse – en del av det kommunale styringsverktøy

Ledere i den kommunale pleie- og omsorgssektoren har de senere årene stadig blitt minnet om hvor viktig det er å få styring og kontroll med kvaliteten på sine tjenester. Påminnelsene kommer fra flere hold – fra organisasjons eksperter, konsulenter, politikere og fra sentrale helsemyndigheter. Som vi redegjorde for i forrige kapittel, stiller ikke helsemyndighetene krav om en *bestemt* styringsmodell, men ser det som viktig å inspirere kommunene til å *selv* å bidra til å utvikle systemer for dokumentasjon og systematisk kvalitetsutvikling. I dette kapitlet skal vi vende oppmerksomheten mot kommunene for å belyse nærmere *hvordan* de har latt seg inspirere av ideen om kvalitetsstyring. Synspunktene som blir løftet frem i dette kapitlet, er hentet fra kommunenes interne dokumenter og fra uttalelser fra pleie- og omsorgssjefer og deres nærmeste rådgivere (her kalt utviklingskonsulenter). Det er altså synspunkter som ofte vil være å regne som kommunens offisielle synspunkter.

Som det ble understreket i innledningskapitlet, er det ikke meningen å gi empiriske detaljer om den enkelte kommunes ulike forsøk og tiltak. Hensikten er snarere å gi et innblikk i hvilke styringsambisjoner som ligger bak troen på kvalitetssystemer. Hva er det kommunale ledere og utviklingskonsulenter håper og tror at kvalitetssystemet skal bidra til? Hvordan mener de et system bør bygges opp innenfor de hjemmebaserte tjenestene? Som spørsmålene røper, er det først og fremst kommuner som har latt seg inspirere av kvalitetsideen vi her retter søkelyset mot. Det er med andre ord ikke et gjennomsnittlig eller representativt perspektiv på kvalitetsstyring som kommer til uttrykk her. Som vi allerede har antydnet, (i kapittel 2), viste kartleggingsundersøkelsen at det var svært mange kommuner som *ikke* har latt seg inspirere av ideen. For at ikke leseren skal sitte igjen med et inntrykk av at pleie- og omsorgssjefer har et utelukkende positivt syn på kvalitetsutfordringen, skal vi gi en kort presentasjon av noen synspunkter som kom frem i kartleggingsundersøkelsen. Dette betyr at vi i det første avsnittet av kapitlet får noen smakebiter på hvordan en mer skeptisk holdning overfor kvalitetskravene blir artikulert.

Kvalitetsstyring til irritasjon og inspirasjon

Hensikten med kartleggingsundersøkelsen var å få et bilde av hvordan oppslutningen omkring kvalitetsideen egentlig var. Representanter fra pleie- og omsorgsledelsen i 30 kommuner ble bedt om å fortelle litt om hva kommunen hadde foretatt seg i kjølvannet av helsemyndighetenes krav og oppfordringer. Hva hadde de gjort for å følge opp den lovpålagte plikten til internkontroll, kvalitetsforskriftens krav om skriftlige prosedyrer og kvalitetssystemer? Og hva slags reaksjoner og synspunkter hadde disse føringen fremkalt i kommunen? Svarene vi fikk var til dels svært emosjonelt utformet, og de varierte fra til ergrelse og besvergelse til glødende entusiasme (se figur 1 i kapittel 2).

Kvalitetsstyring til irritasjon

Omkring en tredjedel av de spurte pleie- og omsorgssjefene gjorde det klart at de så på kravene om internkontroll, skriftlige prosedyrer og kvalitetssystem som et krav de var blitt pådyttet. Det var noe de *måtte* forholde seg til, noe de aller helst skulle ha vært foruten. Disse sjefene var i stor grad hjemmehørende i kommuner der kvalitetsarbeidet gikk tregt. Kvalitetsarbeidet var enten utsatt eller lagt på is fordi kommunen hadde andre og mer presserende omstillingsoppgaver å gripe fatt i først, eller så var arbeidet blitt en byrde fordi politikerne ikke hadde ansett det som et prioritert område. Kvalitetsarbeidet var noe tjenesten måtte forholde seg til innenfor de eksisterende (knappe) rammebetingelsene. I praksis ble det verken tid eller personal nok til å prioritere denne typen krav i en travel omsorgshverdag. Med henvisning til den pressede situasjonen de var i beklaget lederne seg over at Statens helsetilsyn nå dynget dem ned med «nok et krav», uten at det verken fulgte med ressurser eller retningslinjer. Enkelte påpekte det meningsløse i at hver enkelt kommune fomlet med hvert sitt system uten klare retningslinjer. Følgende sitater kan illustrere deres frustrasjoner:

- Jeg føler at mange ansatte synes at dette arbeidet er meningsløst. «Det må vel være viktigere å være sammen med pasientene enn å sitte på vaktrommet å holde på med dette her!» – Det er et argument jeg hører ofte. Det blir vanskelig å få til dette i en travel omsorgshverdag.

- Hver gang det er regjeringsskifte er det nye tiltak etterfulgt av nye byråkratitiltak – uten at det følger med ressurser. () Kravene blir dytta på oss. Til å begynne med fikk vi bare noe tidsfrister og verken opplæring eller noen form for oppskrift på hvordan det skulle gjøres. Vi fikk jo høre at hver kommune skulle lage sitt eget system. Det er jo blitt

noe mer rundt det nå, men det har vært en lang prosess som det er kommet lite ut av.

- Rammene står ikke i forhold til kravene. Helsetilsynet burde komme seg litt ut i virkeligheten. De burde skjønne hva vi sliter med her på denne kanten av landet. Vi blir spist opp av rapporteringer og av papir. Ansatte blir frustrert når ting ikke henger i hop. De ser ikke nytten av dette så lenge det ikke følges opp med ressurser!

Vi sliter med overforbruk og røde tall. Politikerne prioriterer bare eldreomsorg på det verbale plan.() I utgangspunktet hadde jeg god tro på at vi skulle få en kvalitetsforskrift, men når jeg ser hvor virkelighetsfjernt det er, blir jeg mer pessimistisk. Jeg synes det er dårlig gjort å lesse oss ned med krav om kvalitet uten å få det ned på den jorda man befinner seg på.

Sitatene over viser at innvendingene mot kvalitetsutfordringen i mange tilfeller knyttes til mangel på ressurser (tid og personell). Imidlertid kom det også kommentarer som mer direkte røpte en skepsis overfor innholdet i ideene og overfor lignende ideer som var kommet fra helsemyndighetene. Noen pleie- og omsorgssjefer var relativt krasse i sin kritikk og til dels frustrert over det de oppfattet som et feilspor innenfor omsorgstjenesten:

- Vi har hatt besøk av kvalitetsrådgiveren. Det blir mye teori og lite praktisk nyttig. Det er i det hele tatt mye rart de finner på innenfor pleie og omsorg. Ta dette med rettssikkerheten og vedtaksskriving. Det at man skal kunne klage på alt mulig. Det blir en illusjon. Det er egentlig helt høl i hue at vi skal fatte et vedtak for hvert sårstell vi skal foreta! Legene trenger jo ikke det. Det er helt utrolig å se hvordan pleie og omsorg har forandret seg de siste årene fra å være en rent praktisk pasientrettet virksomhet til å nå også omfatte byråkratisk saksbehandling. () En kan jo også lure på om det har noe for seg i det hele tatt. Egentlig synes jeg det er helt molbo å bygge opp systemer med så mye papir.

- Vi ser klart at det er ting vi burde gjøre for å heve kvaliteten på våre tjenester. Men en skal være klar over at dette er en popularitetsbølge, et moteord, som har sitt utgangspunkt i næringslivet. Det er jo visse betenkeligheter med å føre det inn i våre tjenester. – Jeg tenker vi satser på en minimalistisk variant

- Du kunne ikke ha nevnt et verre tema enn dette for meg! Jeg er kjempeskjært til det her må jeg si. Jeg skjønner ikke hva vi kan gjøre. Verden henger ikke på greip! Dersom det virkelig er slik at du skal sette fokus på dette her nå, så tror jeg du finner mye rart. Det er mange flotte permer som står i hylla. Det er mange frustrerte. Det merker jeg når vi har nettverkssamlinger i fylket. Dersom du ringer andre kommuner hører du det samme som jeg sier. () Det er søren meg ikke lett å få dette til å bli noe mer enn fine ord i en perm. Jeg blir så forbanna på

fylkeslegen. I virkeligheten er det helt tilfeldig hva de griper fatt i. De kom jo med en rapport nå (tilsynsrapport) der de slakter institusjonene. Det ble store oppslag og greier for helt sære små ting. Så lenge permene er i orden så er fylkeslegen fornøyd. Da har du kvalitet heter det. Det virker helt absurd, spør du meg!

Vi skal i denne omgang la disse sitatene tjene som en påminnelse om at helsemyndighetenes kvalitetsutspill er et omstridt tema og i stedet gå over til de mer entusiastiske pleie- og omsorgssjefene.

Kvalitetsstyring til inspirasjon

I omkring en tredjedel av kommunene som ble kontaktet var tilbakemeldingene om kvalitetsstyring svært positiv. Tilbakemeldingen kom fra kommuner der det var politisk vedtatt at utfordringen fra helsemyndighetene skulle tas på alvor og gjøres til en del av kommunens satsningsområde. Flere la vekt på at de ønsket å anvende den anbefalte strategien for å gi sin egen omsorgstjeneste et løft. En pleie- og omsorgssjef forklarte det slik:

Forskriften er et faktum som man kan mene hva man vil om. Kravet om kvalitetssikring vokser fram i alle deler av samfunnet, og det er ikke rart at det dukker opp i vår sektor. For to år siden da vi skulle ta stilling til dette stod vi overfor spørsmålet: Skal vi kun forholde oss til de kravene som kommer, eller skal vi gjøre noe mer? *Da ble vi enige om å lage et kvalitetssystem som favner bredere enn akkurat forskriften.* Vi hyret inn en ekstern konsulent og satte i gang med å lage standarder og å jobbe med holdningsendringer.

I denne kommunen var det kvalitetsforskriften som var den direkte foranledningen til at kommunen satset på kvalitet. Fra andre kommuner ble det imidlertid gitt inntrykk av at satsningen på systematisk kvalitetsstyring var vedtatt helt *uavhengig* av og ofte forut for kravene fra helsemyndighetene. Dette kom tydeligst frem i typisk omstillingsvillige kommuner som nå ønsket å legge til rette for konkurranseutsetting i tjenesten. Det er kjent også fra en rekke andre land at konkurranseutsetting av offentlige tjenester ofte setter fart i aktiviteter som handler om å utvikle standarder og mål for kvalitet (jf. Walsh 1995, Pollitt og Bouckaert 1995). Dette er ikke rart, all den tid ideen om konkurranseutsetting forutsetter at det er mulig å definere og kontrollere tjenestens innhold og kvalitet. I en kommunene ble nødvendigheten av kvalitetssystemer forklart slik:

Kommunen er nødt til å definere og konkretisere kvalitet og forholdet mellom pris og kvalitet for å kunne kontrollere hva private aktører gjør og for å kunne vise egne konkurransefortrinn.

I kommunene som tok kvalitetsutfordringen på alvor, henviste pleie- og omsorgslederen oss gjerne videre til en intern utviklingskonsulent eller ildsjel som hadde fått det som sin særlige oppgave å bidra til å utvikle systemer, planer og strategier for kvalitetssatsningen. Flere av de interne konsulentene fremstod som ivrige ambassadører for ideen om kvalitetsledelse. I tillegg til å være aktive pådrivere innad i kommunen, hadde flere representert kommunen utad og bidratt til å inspirere andre kommuner til å komme i gang med kvalitetsarbeidet. De interne konsulentene hadde et ordforråd som røpte en fortrolighet med de kategorier, metaforer og talemåter som fylkeslegens kvalitetsrådgivere anvendte (se kap. 4). I likhet med kvalitetsrådgiverne vektla de ulike prinsipper noe forskjellig. Noen var opptatt av å lage systemer for dokumentasjon og kontroll, andre var mer opptatt av utvikling og forbedring. Informantene gjorde det imidlertid klart at systemet enda ikke hadde funnet sin endelige form. Et svar som gikk igjen, lød omtrent som følger: vi er godt i gang, vi tror vi vet hvordan systemet vil bli, men det gjenstår selvsagt å se.

Fem kommuner som tar kvalitet på alvor

I etterkant av kartleggingsundersøkelsen valgte vi ut fem distrikter fra kommuner/bydeler som hadde relativt omfattende erfaring med kvalitetsarbeid – det vil si erfaring med å tilrettelegge for et system for å sikre og utvikle kvalitet. I to av de fem distriktene var det en anmerkning fra Fylkeslegen som hadde satt fart i kvalitetsarbeidet. I de tre øvrige distriktene var kvalitetsarbeidet – selv om det også her ble relatert til helsemyndighetenes krav – primært motivert av kommunens/bydelens mer omfattende moderniseringsstrategi (der siktemålet blant annet var konkurranseutsetting).

Selv om alle de fem kommunene/bydelene hadde relativt mye erfaring med kvalitetsarbeid, varierte det innbyrdes hvor lang erfaring de hadde. En av kommunene var å regne som en veteran på kvalitetsområdet. 'Kvalitet' hadde stått på dagsorden i årevis, og man var allerede i gang med å utforme et nytt og mer anvendelig kvalitetssystem. Det «gamle» systemet hadde vært for stort og uhåndterlig og kom derfor aldri lengere enn til papiret. I et av distriktene som hadde fått anmerkning fra fylkeslegen, hadde det også pågått mye kvalitetsarbeid tidligere. At de allikevel fikk anmerkning fra fylkeslegen, ble tatt som et tegn på at det var nødvendig å endre strategi i forhold til det tidligere kvalitetsarbeidet. Også her var konklusjonen at det gamle systemet var for omfattende. Den nye satsningen var enda ikke kommet i gang for fullt på undersøkelsestidspunktet. To av kommunene/bydelene

hadde relativt nylig vedtatt å satse på å bygge opp et kvalitetssystem. Den siste kommunen hadde nylig avsluttet et stort kvalitetsarbeid som hadde endt med et omfattende «papirsystem». Personene som hadde hatt ansvaret for å lede arbeidet hadde imidlertid skiftet jobb. Planene om implementering var lagt på is og skulle tas frem igjen og videreutvikles av en ny utviklingskonsulent.

Fortellingene fra de fem kommunene/bydelene viste at arbeidet med å bygge opp et kvalitetssystem ikke er en rettlinjet og kontinuerlig prosess, men en prosess som stykkes opp og skifter retning. Planer og utkast som på et tidspunkt har vært ansett for å være et «nesten ferdig system», er senere blitt forkastet eller omarbeidet. Noen ganger skjer dette i forbindelse med utskifting av ledere og personell.³⁶ Entusiasmen for å iverksette et kvalitetssystem har vært opprettholdt av en ildsjel, men daler når han eller hun skifter jobb. Tilsvarende har vi sett at ny energi tilføres kvalitetsarbeidet når det tilsettes en ny person med erfaring fra andre kommuner. Intensiteten i kvalitetsarbeidet kan også påvirkes av andre ytre omstendigheter. Krav og impulser ovenfra – fra ulike byråkratiske instanser – kan medføre både muligheter og begrensninger for kvalitetsarbeidet. I et av de undersøkte distriktene ble eksempelvis interne utviklingskonsulenter invitert av kommunens sentraladministrasjon til å delta i et kvalitetsprosjekt ledet av et eksternt konsulentbyrå. Dette medførte at utviklingskonsulenten fikk nye oppgaver, nye impulser og tilgang på nye tolkninger av kvalitetsideen. En annen bydel ble overrasket av budsjettkutt og dramatiske omorganiseringsforslag – noe som igjen innebar at det planlagte kvalitetsarbeidet måtte legges på is til en ny organisasjonsstruktur var på plass.

Kvalitetssystemer – for den som følger med i tiden

På samme tid som lederne i de fem kommunene viste til problemer og hindringer i tidligere kvalitetsarbeid, var de generelt optimistiske i forhold til arbeidet som lå foran dem. De anså det som viktig å bygge opp et kvalitetssystem og hadde tro på at de ville lykkes. Noen antydte at deres optimistiske innstilling skyldes deres personlige legning. Som en sa: «*Jeg trives med forandringer. Det er det som gjør denne jobben morsom*». Verken administratorer eller interne konsulenter la skjul på at det var nye ideer og impulser utenfra som inspirerte dem til å ville ta fatt på nye omstillingsprosesser. En

³⁶ Som en kuriositet kan det nevnes at vi underveis i dette prosjektet opplevde at et prosedyresystem som ble forkastet i en av de undersøkte kommunene, fortsatt ble presentert og anbefalt i seminarrommene av kommunens tidligere ansatte.

pleie- og omsorgsleder fortalte om hvordan hun ble inspirert til å sette fart i kvalitetsarbeidet:

Et år hadde vi besøk av Fylkeslegen. Da var alt OK. To år senere kom de tilbake, men da var tonen en annen. De sa at – «vi er sikre på at dere gjør en god jobb, men dere kan ikke dokumentere det. Dere kan ikke dokumentere hva dere gjør.» På det tidspunktet tvang det seg fram av nødvendighet. Vi måtte ta fatt. – Så deltok vi på en del seminarer. Jeg ble særlig imponert over en svenske som snakket om en bydel i Stockholm som de hadde fått skikkelig sving på. Så måtte vi ta det inn over oss og tygge litt på det, svelge det og få det ned i magen. Det er rart hva det gjør med en når ting kan få tid til å modnes litt. Til å begynne med skjønnte vi ikke hva det ville si å lage et kvalitetssystem, men ut på høsten løsnet det litt. Vi er i gang, men vi er ikke i havn. Det er et arbeid som ta utrolig mye tid.

De omstillingsvillige lederne omtalte gjerne tilpasning til nye styringsprinsipper som en del av en «naturlig» utviklingsprosess: Der er en omstilling før eller siden vil måtte gjennomgå. Omstillingsprosessen følger en ferdig oppmerket moderniseringsrute som må følges suksessivt skritt for skritt. Kommunale ledere snakker gjerne om «hvor langt de har kommet». De sier eksempelvis at kommune X er «kommet lengre» enn kommune Y og at Sverige er «kommet lengre» enn i Norge. *Hva* de er kommet langt i, og om utviklingen har et endelig stadium, blir ikke alltid eksplisitt uttrykt, men det ligger ofte implisitt i eksempler at det er doktriner som sorterer under New public management (se kap. 2) som holdes fram som idealer. En av informantene, som selv tilhørte en foregangskommune når det gjaldt konkurranseutsetting, antydte at det nok finnes enda høyere stadier i utviklingen enn å invitere til anbudskonkurranse. (Hun hadde hørt et foredrag der det gikk fram at svenskene nå satser på vouchersystemer der pengene følger brukeren). Hun uttalte:

Vi i administrasjonen sier at dette skal vi lykkes med. Det er den eneste veien å gå for å komme dit – hvor vi setter en prislapp på produksjonen og så følger den brukeren. Jeg tror det er den eneste framtiden altså. Kanskje brukerne kan velge etter hvert. Kanskje vi får et sånn samfunn: Du får noe (penger) med deg, men hvis du vil ha litt høyere kvalitet kan du betale litt mer eller gå et annet sted. Det er tross alt vår generasjon som skal ha dette tilbudet.

Som sitatet antyder, handler det å følge med i utvikling om å tilpasse seg befolkningens krav. Den som følger med i utviklingen, har forstått at dagens og framtidens brukere er annerledes enn de tradisjonelt har vært. Pleie- og omsorgssjefen som uttalte seg om framtidens brukere, så for seg at det ville

bli et langt større innslag av bevisste konsumenter som ønsker å vite hva slags tjenester de blir tilbudt. Moderne brukere ønsker å vite hva de har krav på, og hva de kan forvente av den offentlige hjelpen. De vil ikke finne seg i at *andre* skal bestemme hva som er best for dem. Hun understreket at tjenesten i for stor grad har vært «styrt» av yrkesutøverne:

Vi kommer ikke utenom denne dokumentasjonshverdagen – altså det å snu fra det å hele tiden ikke være på servicesida, det å hele tida skulle bestemme over brukeren. Vi må snu paradigmet slik at vi er til for brukeren. Jeg tror for å komme dit så er vi nødt til å drive med dokumentasjon.

Kvalitetssystemer – for bedre innsyn og kontroll

Som vi tidligere har vært inne på (kap. 3) blir innføring av kvalitetsledelse i offentlig sektor sett på som et av flere verktøy for å fremme kostnads-effektivitet (se f.eks. Pfeffer & Coote 1991). I sin beskrivelser av offentlig reformpolitikk i Storbritannia hevder Pollit & Bouckaert (1995) at 'kvalitet' kom som et beleilig og nyttig begrep for politikere som ønsket å slanke den offentlige sektor. Kvalitet kom ikke i stedet for, men som et supplement, til effektivitet. Kvalitet og effektivitet ble to sider av samme sak. Å få mest mulig kvalitet for knappe ressurser er også et mål innenfor den norske kommunale omsorgssektoren.³⁷ Kommunale administratorer utfordres stadig til å få et strammere grep om ressursbruken. Det forventes at de tilrettelegger for en mest mulig effektiv ressursutnyttelse. Som en pleie- og omsorgssjef uttrykte det:

Det er min oppgave å tilpasse tjenesteproduksjonen til rammene og vi må stadig finne nye måter å gjøre det på.

I offisielle dokumenter og uttalelser fra våre eksempelkommuner inngikk kvalitetsarbeidet som en viktig del av deres svar på denne utfordringen. Et kvalitetssystem basert på formaliserte standarder, arbeidsbeskrivelser og kvalitetsmålinger ville medføre bedre innsikt i hva som faktisk ytes av tjenester, og dermed mulighet for bedre kontroll og styring. En utviklingskonsulent mente det var et alvorlig problem at den administrative ledelsen manglet innsyn i det som foregår i den daglige tjenesten:

³⁷ Det kan eksempelvis nevnes at Ressurssenteret for Omsorgstjenester 8.–9. mai 2000 arrangert en stor konferanse med tittelen: *Redusert budsjett, men økt kvalitet i helse og omsorg*.

Vi kan ikke si hva vi gjør! Det blir bare synsing. Rammebetingelsene lever sitt eget liv.

Å skape en mer styrbar organisasjon forutsetter altså at toppledelsen får bedre informasjon om den tjenesten som utføres på det operative tjenestnivået. Det er først når det blir mulig å få innsyn i hva ansatte gjør, og hvordan brukerne vurderer det de gjør, at det er mulig å drive med bevisst ledelse. Bedre styring og kontroll forutsetter imidlertid også at det finnes kriterier å styre etter. Det må finnes noen kriterier som gir informasjon om hvor grensene for det offentlige omsorgsansvaret går. En representant fra den administrative ledelsen i et presset bydistrikt mente at mangel på styringskriterier gjorde det vanskelig å styre driften av de hjemmebaserte tjenestene. Hun mente problemet bunner i at politikere svikter sitt ansvar når det gjelder å bestemme hva slags standard det er ønskelig og mulig å tilby innbyggerne. Politikere lover og lover, men vegrer seg mot å være den som sier nei, og som setter grenser:

Jeg tror nok vi kommer til å ende opp med å kutte ut renholdsoppgaver, men politikerne sender ut oss som «buffer» De vil at dette kravet skal tvinges fram av oss. () Politikerne er for feige til å ta disse beslutningene. Jeg har opplevd at vi alltid har negative tall, fordi politikerne aldri vil ta disse valgene.

Misforhold mellom ambisiøse sosialpolitiske mål og stramme ressursrammer medfører en overbelastning av lederrollen. Lederne har et styringsansvar, men mangler et klart styringsmandat. Omsorgsorganisasjonen mangler klare grenser, samtidig som det forventes at den skal styres som om den var avgrenset (Vike 2001). Mangelen på klare styringskriterier oppfattes imidlertid ikke som like påtrengende i alle kommuner. I én kommune ble det fortalt at politikere – etter at de hadde begynt å sysle med tanken om konkurranseutsetting – var blitt flinkere til å ta sin del av ansvaret for å definere et kvalitetsnivå for tjenesten. De hadde vedtatt en del generelle, grensettende standarder i forhold til praktiske huslige gjøremål. Dette var i hovedsak standarder som gjorde det klart hva brukerne *ikke* har krav på.³⁸ Det var også vedtatt en bemanningsnorm for tjenesten som tilsa at det skulle være et visst antall ansatte pr. bruker. Pleie- og omsorgslederen mente denne normen tjente en viktig hensikt, selv om den ikke ble fulgt til enhver tid. Normen gjorde det mulig å plassere ansvaret for svikt i tjenesten der det

³⁸ Slike grensesettende standarder lyder eksempelvis: Brukeren kan ikke få rengjøring oftere enn hver fjortende dag, brukeren kan ikke få pusset vinduer, barbering gis ikke mer en to ganger i uken osv.

hører hjemme – hos politikerne. Dermed ble en byrde fjernet fra ansattes skuldre, mente hun:

Da blir det ikke sånn sutring og jamring om at 'å- å, vi har ikke nok penger' eller – 'å, å, vi har for lite folk'. Nå kan de (politikerne) *se* at enten må de tilføre oss mer ressurser, eller så må de gå ned på kvalitet.

Flere av de kommunale administratorene delte denne oppfatningen: En avklaring av pris og kvalitet på tjenesten er viktig for å kunne dokumentere overfor politikere når det er behov for ekstra ressurser. Å definere og måle kvalitet er dermed ikke bare et verktøy for å effektivisere og styre tjenesten innenfor gitte rammer, men også et verktøy som kan bidra til å presse politikerne til å innse hvilke rammebetingelser som trengs. Med dette argumentet ble det gjort klart at det å utvikle standarder og dokumentasjonssystemer også er i ansattes interesse. Politikerne skal kunne forvente tjenester til en definert pris og kvalitet, men det skal også være mulig for tjenesten å slå tilbake når politikernes forventninger flommer over. Politikerne kan ikke forvente en bestemt kvalitet uten å betale den prisen det koster.

Kvalitetsarbeidet overlapper og flyter sammen med andre omstillingstiltak

I tråd med det som fremkommer i den internasjonale forskningslitteraturen (se kap. 3), inngår ønsket om å etablere et system for kvalitetsledelse i en mer omfattende styringsambisjon. Selv om den enkelte kommune behandler spørsmål omkring kvalitet i egne styringsdokumenter, er det sjelden å høre at administratorer og interne konsulenter snakker om kvalitetsarbeidet som noe skarpt adskilt fra det øvrige omstillingsarbeidet kommunen bedriver. Tvert om snakker de ofte om et generelt omsstillingsarbeid som er inspirert av en rekke styringsideer. Ideen om kvalitetsledelse figurerer altså ikke alene på arenaen som den eneste utvalgte «oppskrift», men inngår som *en del* av en større kunnskapshorisont der mange (og til dels skiftende) ideer, forestillinger og erfaringer trekkes inn. Kunnskap om kvalitetsledelse (TKL) bidrar til å legitimere visse typer av endringer og tilrettelegginger, men de samme endringene blir også legitimert ved hjelp av andre ideer som bærer andre merkelapper, eksempelvis bestiller–utførerorganisering, konkurranseutsetting, serviceerklæringer, osv. Som vi også har vært inne på tidligere (kap. 3), har overlappingen og slektskapet mellom ulike styringsdoktriner gjort det nærliggende å se disse som bærere av en mer overordnet managementideologi hvis overordnede hensikt er å rekonstruere offentlige institusjoner i bedriftens bilde, det vil si til mer styrbare enheter. Sett i forhold til den tradi-

sjonelle omsorgsorganisasjonen der makt og styring i stor grad har vært delegert til de enkelte yrkesutøverne, bærer moderniseringsambisjonene bud om at makt, styring og ansvar «føres tilbake» til en overordnet ledelsen.

Som vi tidligere har vært inne på, har arbeidet med å bygge opp kvalitetssystemer til dels vært påskyndet av og dels sammenvevd med kommunenes ambisjoner om å konkurransesutsette tjenesten. Konkurransesutsetting slik det da er tale om, innebærer at kommunen åpner opp for at private aktører (bedrifter) kan konkurrere om å få *utføre* tjenester på vegne av kommunen. Utføreren – som i prinsippet både kan være kommunens egne tjenesteenheter og private firmaer – har kun ansvaret for å *utføre* tjenesten. Kommunen beholder selv ansvaret for å tildele tjenester (avgjøre hvem som har krav på tjenester), for å definere hva slag kvalitet tjenesten skal holde samt å kontrollere at denne kvaliteten faktisk ytes. For at et konkurranse-system av denne typen skal fungere, er det nødvendig at kommunen skiller klart mellom sine forvaltningsoppgaver og sin tjenestedrift – det vil si skiller klart mellom det å tildele tjenester (bestille tjenester på vegne av befolkningen) og det å utføre tjenester som er bestilt. Man må konstruere en bestiller–utførerorganisasjon.³⁹ At forvaltning og drift gjøres uavhengig av hverandre, er nødvendig for at kommunale tjenesteenheter skal kunne konkurrere på like vilkår som private bedrifter (Nesheim og Vathne 2000). På det tidspunktet intervjuene ble gjennomført var bestiller–utfører-prinsippet innført eller skulle snart innføres i fire av våre fem kommuner/ bydeler. Omstillingen var primært foretatt med henblikk på *framtidig* konkurranseutsetting, men det ble også argumentert for at modellen var egnet for å skape bedre oversikt i egen organisasjon. Ved å skille forvaltnings- og driftsansvaret ville det eksempelvis være lettere å foreta interne sammenligninger mellom kommunens egne driftsenheter (benchmarking).⁴⁰

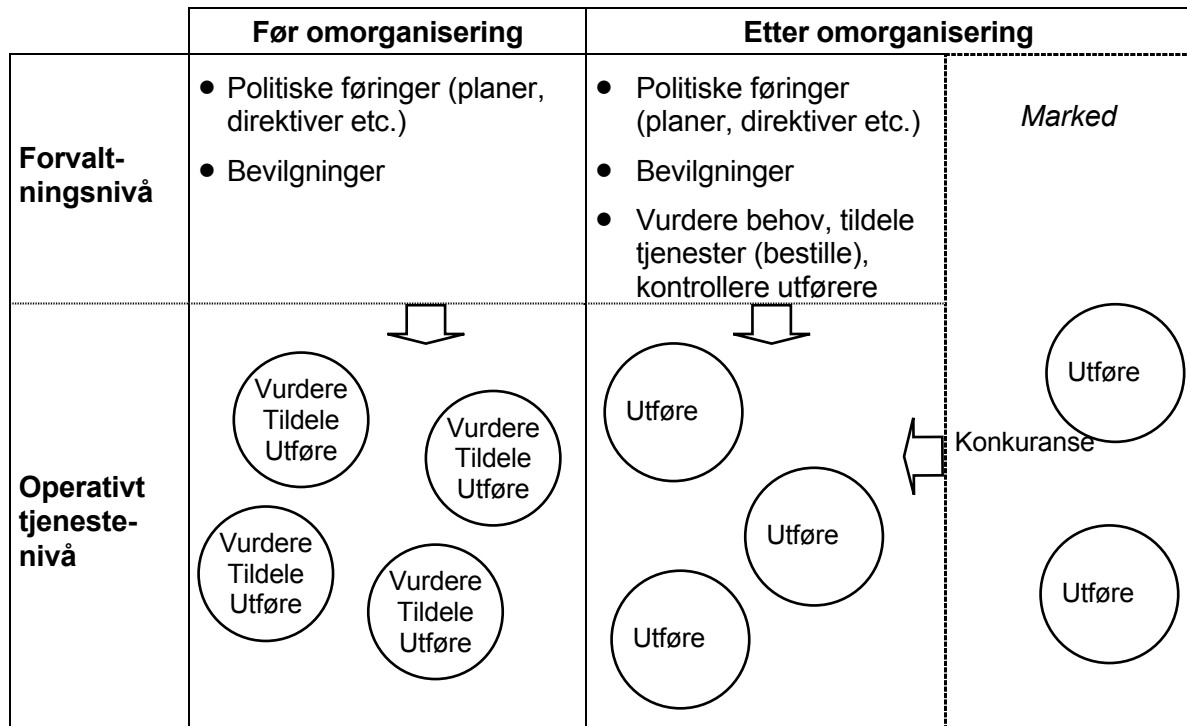
For den hjemmebaserte omsorgstjenesten representerer bestiller–utførermodellen et klart brudd med tidligere tildelingspraksis (se fig. 4). I den gamle organisasjonsmodellen var tildeling og utførelse av tjenester tett sammenvevd. Ansvaret for å vurdere brukernes behov og for å avgjøre hvem som kunne få hvilke tjenester, var plassert i den lokale tjenesteenheten. Behovsvurderingen lå i praksis skjult og implisitt i den daglige omsorgshverdagen (Vabø 1998). Bestiller–utførermodellen bærer bud om at oppgaver som tidligere var tett sammenvevd nå skal splittes opp: Ansvaret for å

³⁹ Bestiller–utfører prinsippet innebærer en ansvarsdeling, som igjen forutsetter at omsorgsoppgaver kan forhåndsdefineres og kontrolleres, og at de kan utføres ut fra en form for anvisning eller kontrakt (Busch et al. 2001).

⁴⁰ For en nærmere drøfting av modellen se Nesheim og Vathne (2000).

vurdere behov og for å kommunisere med brukerne skyves opp i hierarkiet nærmere den kommunale administrasjonen. Det er (formelt sett) saksbehandleren i den kommunale *bestillerenheten* som skal innhente opplysninger om den enkeltes behov, og fortelle brukerne hva de kan forvente av hjelp. Yrkesutøverne som «er igjen» på det operative tjenestenivået (*utfører-enheten*), har (formelt sett) fått sitt ansvar begrenset til å effektivere de bestillinger og avtaler som kommer fra bestillerenheten.

Figur 4. Overgang til bestiller–utfører organisering.



Vi skal etter hvert se at den formelle modellen kan få en mykere utforming enn det som fremgår av denne formelle beskrivelsen. Poenget i denne omgang er å understreke at den nye ansvarsstrukturen preger forståelsen av hvordan kvalitetsarbeid bør drives. Når administratorer og konsulenter peker på hvilke arbeidsprosesser som skal sikres og utvikles, er det bestiller–utførermodellen som ligger i bunnen og ikke den tidligere organisasjonsmodellen. I praksis betyr det at en betydelig del av kvalitetstiltakene er rettet mot de prosesser som ideelt sett hører hjemme i forvaltningen og i bestillerenheten. Dette gjelder ansvaret for å informere, for å innhente informasjon fra brukerne samt arbeidet med å vurdere behov og å fatte vedtak. Kvalitetstiltak som rettes mot det operative tjenestenivå – utførerleddet – er mer snevert rettet inn mot å få ansatte til å holde seg til de bestillinger, vedtak og standarder som er vedtatt.

Administratorer og konsulenter som forteller om arbeidet med å bygge opp et kvalitetssystem, omtaler gjerne arbeid som et tidkrevende *puslespillarbeid*. De forteller at mange brikker er på plass, men det er fortsatt noen som mangler. Ved å sammenligne sin ledelsesutfordring med et puslespill signaliserer de at arbeidet består av fragmenter som har en begrenset verdi i seg selv, men som vil fremstå som verdifulle for alle (brukere, ansatte og ledere) straks alle brikkene er på plass. Vi skal i de tre neste avsnittene se nærmere på hvilke brikker de tenker seg må være på plass i en kvalitetsstyrt organisasjon, og hva de mener er de viktigste hindringene i arbeidet med å få brikkene på plass. Avsnittene er strukturert ut fra det ledelsesinformantene anså for å være overordnede utfordringer i arbeidet med å skape en kvalitetsstyrt organisasjon: Å gi brukerne klare avtaler og holdpunkter, å få ansatte til å enes om en felles standard og å innhente data for et rasjonelt utviklingsarbeid. Vi understreker at det varierende mellom eksempelkommunene hvordan ulike tiltak ble vektlagt og hvor langt den enkelte kommune/bydel var kommet i arbeidet med å planlegge og iverksette disse.

Viktig med klare avtaler

Ideen om å få bedre styring og kontroll med kvaliteten på tjenester forutsetter at det er avklart og definert hvilken ytelse eller hvilket gode kvaliteten skal knyttes til. Som vi var inne på tidligere i dette kapitlet, preges de kommunale omstillingsambisjonene av en forestilling om at brukere ønsker å se hvilke «varer» de tilbys. Kommunale dokumenter er dels preget av en forbrukerpolitisk retorikk der det legges vekt på forutsigbarhet, kontroll og trygghet for brukerne. Det understrekes at hjelpemottakeren bør ha klare holdepunkter for sine forventinger og klare holdepunkter for å stille krav og for å klage (se også Vabø 2001).

Mens dokumentene legger hovedtyngden på å påpeke hvilken verdi en klar avtale har for brukerne, ble det i intervjuene også lagt vekt på at klare avtaler ville minske presset på kommunens knappe ressurser. Hjemmetjenesten opplever i dag et unødvendig press som følger av at enkelte brukere har *for høye forventinger* til hva de kan få av hjelp. Administratorene anser det som en utfordring å dempe dette presset ved å forsyne brukerne med tydelige holdepunkter. En pleie- og omsorgssjef forklarte det slik:

Tidligere var det nærmest slik at man stod på døra til folk og tilbød tjenester. Vi sliter med forventinger fra tidligere tider. ()

Det er ikke det at vi ikke vil være gode mot alle. Men vi har ikke økonomisk kapasitet til det. Vi *må* være mer presise, og vi må stille strengere krav til behovsvurderingen.

Informanten over mente at de ansatte som er i daglig kontakt med brukeren, er tilbøyelige til å bli for «snille». Det er vanskelig å stå imot menneskers forventinger til hjelpen når en møter dem ansikt til ansikt. Det er derfor viktig at administrasjonen sørger for at brukerne får *klargjort sine forventninger* på forhånd – *før* ansatte kommer inn i bildet. En formell avklaring av innholdet i hjelpen vil gi brukerne realistiske forventinger og dessuten de ansatte et redskap til å sette grenser. For å avklare brukernes forventninger og legge tydeligere premisser for tjenesteforholdet, foreslår kommunene flere typer av tiltak, blant annet serviceerklæringer, tydelige vedtak og individuelle omsorgsplaner.

Serviceerklæringer

Samtlige av våre kommuner kunne vise til at de legger vekt på å tilføre brukerne generell informasjon gjennom *serviceerklæringer* eller tilsvarende (omsorgsløfter, serviceløfter). En viktig del av tanken bak serviceerklæringer er at de – i motsetning til politiske løfter og honnørord – skal være konkrete og instruktive for potensielle og nye brukere. Mennesker som ikke har kjennskap til hjelpeapparatet, skal få noen klare holdepunkter. Serviceerklæringer sier gjerne noe om hvor lang tid det skal gå fra en søker om hjelp til en faktisk får hjelp. Og de sier noe om hvilke oppgaver en *ikke* kan forvente seg hjelp til, samt litt om hvor ofte hjelpen kan gis.

Tydelige vedtak⁴¹

Administratorer og konsulenter snakker ofte om hvor viktig det er «å sikre kvaliteten på førstegangsbesøket» – det vil si å sikre at den enkelte får *avklart egne hjelpebehov* og får et *tydelig vedtak* som forteller hva han eller hun kan forvente av hjelp. Enkelte mente at opprettelsen av egne bestiller-team (ved iverksetting av bestiller–utførermodellen) i seg selv ville heve kvaliteten på førstegangsbesøket. En konsentrert og spesialisert bestillerenhet ville kunne gjøre en grundigere og mer profesjonell jobb enn det de ulike tjenestelederne hadde gjort tidligere. Begrunnelsen var at et mindre antall saksbehandlere da ville få anledning til å dyktiggjøre seg både til å vurdere

⁴¹ I henhold til lov om sosiale tjenester (§8-1) har hjelpemottakeren krav på et skriftlig *vedtak* som forteller hva han eller hun har krav på av hjelp. Dette kan igjen tjene som grunnlag for å klage dersom tjenesten svikter (§8-).

behov og til å fatte gode, presise vedtak. Med opprettelsen av egne bestillerteam hadde kommunene satset på høyt kvalifiserte saksbehandlere, og de hadde satset på formelle vurderingsverktøy (eksempelvis gerix) som skulle hjelpe dem å definere og gradere hjelpebehov. Høy faglig kompetanse og gode vurderingsverktøy ble med andre ord ansett som en viktig forutsetning for å kunne gjøre riktige vedtak.

Innhenting av informasjon om brukernes behov er viktig, men ikke tilstrekkelig, for å få til gode tydelige vedtak. Det første møte med brukeren er også en viktig anledning for å stimulere brukerne til å ta i bruk egne mestringsressurser. Saksbehandleren har med andre ord et viktig pedagogisk ansvar for å gjøre brukeren oppmerksom på egne ressurser. En pleie- og omsorgsleder fortalte at han nylig hadde anmodet saksbehandlerne i bestillerteamet om å være mer bevisste på å informere og oppmuntre hjelpemottakere om å ta i bruk andre hjelpekilder: tjenester fra butikker, naboer og pårørende. En undersøkelse i kommunen hadde nemlig vist at det ble brukt uforholdsmessig mye tid på å gjøre innkjøp for folk.

Individuelle omsorgsplaner

For å sikre at hjelpen holdes innenfor rammene av de enkeltvedtak som er fattet, anbefaler en rekke kommuner *individuelle omsorgsplaner* (også kalt kvalitetsplaner). Planen skal ikke utformes av bestillerenheten, men av utføreren. Tanken med en individuell omsorgsplan er at den skal tjene som et redskap for ansatte, brukere og pårørende for å klargjøre og konkretisere hvordan vedtaket skal tolkes i det daglige. Flere understreker at de individuelle omsorgsplanene er en viktig kilde til brukermedvirkning, ettersom brukeren her kan komme frem med sine preferanser som forteller *hvordan* hun eller han foretrekker at hjelpen utføres. Som vi var inne på i forrige kapittel, blir individuelle omsorgsplaner anbefalt av helsemyndighetene som en oppfølging av kvalitetsforskriften. I veiledende retningslinjer fra Sosial- og helsedepartementet heter det at en individuell omsorgsplan bør gi en *detaljert* framstilling av hvordan vedtaket best kan gjennomføres. Planen bør baseres på en grundig samtale med brukeren og eventuelle pårørende med tanke på å klargjøre hva pårørende og andre frivillige vil yte av hjelp. I retningslinjene heter det også at det alltid må være mulig å endre planen dersom situasjonen for en av partene endrer seg. Avtalen er altså ikke juridisk bindende.

Anvendelse av detaljerte omsorgsplaner ble i enkelte kommuner (ikke i alle) holdt frem som det perfekte sluttresultatet av avklaringsprosessen mellom kommunen og den enkelte bruker. Flere ledere og konsulenter mente

at det var en ordning som nok ville komme i nær framtid. Imidlertid var det foreløpig sparsomt med erfaringer med denne typen detaljplaner. Individuelle omsorgsplaner representerte tydeligvis en del av puslespillet som enda ikke var lagt. En pleie- og omsorgsleder kunne fortelle at de var kommet langt i å utarbeide generelle standarder for tjenesten (serviceerklæringer), men at de fortsatt strevde med å få til presise enkeltvedtak. Hun mente dette måtte være på plass *før* de kunne ta fatt på de individuelle omsorgsplanene:

Det er fortsatt mye som går på dialog. Vi er liksom ikke kvitt det enda. Men jeg tror det bør være slik at bestilleren vet akkurat hva kriteriene er, og hva de skal tildele.

Ved å omtale dialog som noe en bør kvitte seg med, røpet hun en optimistisk tro på at det er mulig å sikre at behovsbestemmelsen og informasjonen ved førstegangsbesøket blir så *riktig* at det blir overflødig å motta korrektiv fra utførerne.

Ansatte bør innordne seg en kommunal standard

En viktig del av hensikten med å iverksette et kvalitetssystem er som nevnt å sikre brukerne en forutsigbar og *jevn standard* på tjenestene. Flere av administratorene mente at jevn standard var en særdeles viktig utfordring i den hjemmebaserte tjenesten. Ansatte i hjemmetjenesten har tradisjonelt jobbet alene – de har i mindre grad enn i institusjonsomsorgen utviklet kollektive standarder. Konsekvensen har vært at standardnivået på tjenesten i stor grad har variert med *hvem* som har utført hjelpen – om det har vært Anne, Kari eller Bente som har vært på jobb.

Når administratorene påpekte nødvendigheten av en felles standard for tjenesten, viste de i noen tilfeller til nødvendigheten av å disiplinere eller «stramme opp» visse grupper av ansatte – ufaglærte, vikarer, mennesker med en annen kulturbakgrunn og andre standarder for husarbeid og hygiene, eller som en sa, «*de unge i dag som knapt har vasket rommet sitt før de ansettes som hjemmehjelpere*». Nødvendigheten av en felles standard ble imidlertid vel så ofte relatert til nødvendigheten av å få ansatte til å sette grenser for hjelpen. Flere av administratorene anså det som et problem at ansatte er «for snille» – de strekker seg lengere og utfører ekstratjenester som ligger langt utenfor det som er avtalt. Dette er uheldig både fordi det skaper forvirring om hva kommunens standard er, og fordi det bidrar til at ansatte sliter seg ut.

En intern utviklingskonsulent, som ikke selv hadde sin bakgrunn fra pleie- og omsorg, mente at omsorgstjenesten var befengt med en «sær organisasjonskultur» – det er en kultur der de ansatte bestemmer over brukerne,

og der de i stor grad ser bort fra de vedtakene som administrasjonen har fattet. Han sammenlignet omsorgsorganisasjonen med det han kalte for «det alminnelige bedriftslivet»:

I en privat bedrift må man være med på å følge opp bedriftens mål. Enten er du lojal, eller så jobber du ikke her. Man setter seg ikke på siden. Gitt at målene er slik eller slik, så er man jo lojal, man får et eiendomsforhold til det som skjer. Man er stolt og kan tydelig stå frem med det man jobber med.

Konsulenten mente det var viktig at de ansatte lærte seg forskjellen på privat og profesjonell omsorg. De kan ikke yte omsorg som om det var overfor nære, private forbindelser. De må bli mer profesjonelle og innse at de handler på vegne av en *organisasjon* og ikke på vegne av seg selv. Ansatte bør følge en kommunal standard, ikke sin egen standard. Det er nødvendig å utvikle en «bedriftsånd», en sterkere kostnadsbevissthet og en kollektiv forståelse av hva slag kvalitetsnivå som er tilstrekkelig og nødvendig. Dette perspektivet gikk igjen i flere av intervjuene.

Forslagene til hvordan en sterkere bedriftsånd skulle sikres, var flere. En pleie- og omsorgssjef mente at det ville styrke «vi»-følelsen blant ansatte å innføre et konkurranseelement gjennom systematiske kvalitetsmålinger. Å bli sammenlignet med hva andre får til for en tilsvarende bevilgning, vil bidra til en konkurranseånd og en sterkere bevissthet om hvordan tjenesten ble utført, mente hun. For øvrig ble det vist til en rekke verktøy orientert mot å bevisstgjøre ansatte i forhold til egen handlemåte og væremåte, herunder ble det nevnt «holdningsverksted», en årlig «dag for nyansatte», fadderordning for nyansatte og endelig: refleksjonsgrupper og kvalitetsgrupper. Disse verktøyene ble foreslått side om side med mer formaliserte systemer for kontroll og dokumentasjon. I tråd med ideen om TKL ble det lagt vekt på at slike kontrollsystemer burde utvikles av ansatte selv. Det burde opprettes *kvalitetsgrupper* som kontinuerlig arbeider med å utvikle og revidere standarder og prosedyrer for arbeidet. Av de fem omsorgsdistriktene som ble undersøkt nærmere her, var det kun to distrikter som hadde aktive kvalitetsgrupper på undersøkelsestidspunktet. Ett distrikt hadde planer om å opprette grupper i nær framtid, mens de to øvrige hadde hatt slike grupper i sving på et tidligere tidspunkt.

Kvalitetsgrupper – nøkkelen til en kvalitetsstyrt tjeneste

På et generelt nivå fremstod synspunktene på kvalitetsgruppene som relativt like. Det var enighet om at gruppene skulle bidra til at det ble utviklet en jevn standard på tjenesten, og det var enighet om at helsemyndighetenes krav

burde veves inn i dette arbeidet. På samme tid varierte det *hvordan* gruppene var organisert og administrert, og hvordan de gikk fram for å velge prosedyreområder. I ett distrikt var tverrfaglige kvalitetsgrupper opprettet som et direkte svar på anmerkninger fra fylkeslegen. Det var lagt opp til at gruppene skulle utarbeide ulike typer prosedyrer (faglige prosedyrer, administrative prosedyrer og kvalitetsprosedyrer) og at disse prosedyrene fortløpende skulle godkjennes av et kvalitetsutvalg. I en annen kommune (som nylig hadde avvirket kvalitetsgruppene) ble det fortalt at gruppene hadde vært opprettet for å utvikle et kontrollverktøy for den kommunale forvaltningen. Tanken var å gjøre systematiske kvalitetsmålinger på tvers av ulike utførerenheter. Beskrivelsene fra lederen for dette gruppearbeidet forklarte at de her hadde valgt en logisk framgangsmåte for å komme frem til generelle kvalitetsmål:

Systemet er ikke fullstendig enda, men det er blitt klart hvordan vi skal få det fram. Det legges opp til å begynne på toppen, definere kvalitet og så stykke opp det enkelte delmål og tiltak. Vi har valgt å bruke kriteriene fra rundskriv om kvalitet, og så spør vi oss eksempelvis: Hva må til for å skape trygghet? Så tenker vi oss at det skal være personell døgnet rundt, at alle som trenger det får trygghetsalarm, at serviceavtaler er oppdatert med riktige telefonnummer etc. Det blir selvsagt antakelser om hva som skaper trygget. Når vi evaluerer, spør vi: Har vi vaktlister, er det ventelister på trygghetsalarm, har vi husket serviceavtalen etc.?”

I to andre kommuner var det lagt opp til at kvalitetsgruppene skulle fungere lokalt i den enkelte utførerenheter. Systemet som skulle etableres skulle være utførerens *egenkontroll*. I et orienteringsskriv fra den ene av kommunene ble det understreket at kvalitetsarbeidet ikke bare skulle initieres ovenfra, men også som følge av ansattes eget engasjement. Det stod også (uten nærmere presisering) at det var prinsippet for Total kvalitetsledelse skulle ligge til grunn for arbeidet i kvalitetsgrupper. Gruppene skulle gjøres til gjenstand for intern og ekstern revisjon. Den eksterne revisjonen skulle utføres av et politisk oppnevnt tilsynsutvalg. På det tidspunkt intervjuene ble foretatt var revisjonssystemet foreløpig ufullstendig. En utviklingskonsulent fra denne kommunen forklarte at de enkelte tjenestestedene hadde fått litt «drahjelp» som skulle inspirere dem til å komme i gang:

Vi (i administrasjonen) har dratt sammen de tretten punktene i forskriften til sju punkter. Vi legger dette ut til gruppene og så kan de velge å gjøre det på sin måte, bare de holder seg innenfor prosedyreområdene så kan de velge om det skal være på data eller skriftlig i en prosedyrehåndbok. Der vi kan bli utsatt for revisjon skal de ha systemet i orden.

Ting-tar-tid

I litteratur om kvalitetsledelse blir det lagt til grunn at systemet skal ha en forankring både i topp og i bunn av organisasjonen. I sin redegjørelse for ulike vansker i implementeringen av TKL hevder Joss og Kogan (1995) at begge disse forankringspunktene representerer en vanskelig utfordring. I sin egen studie av TKL i det britiske helsevesenet fant de at toppledere ofte gav en uforbeholden tilslutning til kvalitetsfilosofien, men manglet samtidig detaljkunnskaper nok til å forstå hva det koster av tid og ressurser å bygge opp slike systemer.⁴² TKL-prosjekter som starter opp med en evangelisk begeistring, har en tendens til å dempes etter hvert som man blir klar over at det ikke dreier seg om «quick fix-solutions». Problemet med toppledere som har hatt overflatisk kunnskap og urealistiske forventinger til kvalitetsledelse, ble også tatt opp av noen av de interne konsulentene i dette prosjektet. En av konsulentene kunne fortelle at den politiske og administrative ledelsen i kommunen hadde vært «overoptimistisk» i forhold til hvor enkelt det ville være å skape et system for å kontrollere kvalitet (i tilknytning til konkurranseutsetting). Ledelsen hadde tatt det for gitt at kvalitetsforskriften (jf. kap. 4, s. 58) ville være et tilstrekkelig grunnlag for å definere tjenestens kvalitet. Ifølge konsulenten hadde det krevd flere runder med diskusjoner og forhandlinger til for få dem til å innse at det å utarbeide standarder og prosedyrer krevde et møysommelig operasjonaliseringsarbeid.

Et annet kritisk punkt i arbeidet med å bygge opp et kvalitetssystem handlet i følge konsulentene om å mobilisere oppslutning fra ansatte. I likhet med kvalitetsrådgiverne fra Fylkeslegen understreket flere av de interne utviklingskonsulentene at det er de ansatte *selv* som må ta ansvar for at systemet blir praktisk og anvendelig. Dersom ikke prosedyrene får en forankring hos ansatte, blir de stående i hylla og samle støv, ble det sagt. I en bydel der ideen om kvalitetsgrupper knapt var luftet for personalet, hadde kvalitetskonsulenten opplevd at noen stilte seg undrende til at det ikke var *hennes* ansvar å ta seg av kravene i kvalitetsforskriften. «Hvorfor ellers var det avsatt en hel stilling for å drive med kvalitetsarbeid?» hadde en sagt. De ansattes reaksjoner ble holdt frem som et eksempel på hvilken kultur som dominerer i omsorgssektoren. 'Kvalitetstankegangen' – det å tenke orga-

⁴² At toppledere har overflatisk kunnskap om TKL, går også frem av andre studier (f.eks. Zbaracki 1998) Manglende investeringsvilje fra toppledelsen blir for øvrig ansett for å være et kritisk punkt i implementering av kvalitetsledelse (Joss & Kogan 1995; Pollitt & Bouckaert 1995). Ifølge Joss & Kogan (op.cit.) er det et paradoks at kvalitetsledelse oftest blir foreslått på tidspunkter når økonomien er dårlig, ønsket om raske løsninger står høyt, mens viljen til å foreta langsiktige investeringer er lav.

nisasjon – er nytt og ukjent for ansatte i omsorgstjenesten, mente konsulenten. Hun minnet om at det vil i en enhver omstillingsprosess finnes mennesker som er redd for forandring.⁴³ Hun så det som en utfordring å få ansatte til å tenke i nye baner og til å innse at kvalitetsarbeidet handler om deres hverdag:

Ting gjøres ofte mer komplisert enn de er. Det er liksom de store flotte tinga. Men jeg tenker at det heller er å systematisere noen av de tingene vi gjør til daglig. Når vi begynte å samle opp hva vi hadde av prosedyrer, hadde vi mye på vedtak, saksgang, betalinger og så videre. Vi hadde mye tekniske greier. Men når det kommer til essensen i sykepleien; at folk får dekket sine grunnleggende behov: Ikke en eneste prosedyre har vi!! Vi må begynne med de essensielle tingene: hva er en god dusj? Hva er en vindusvask? osv.

Flere delte konsulentens oppfatning om at prosedyrer dreier seg om enkle slik-gjør-vi-her-beskrivelser. Å utforme prosedyrer handler ikke om å komme fram til noe nytt eller å lage idealbeskrivelser, men om å beskrive det praktiske arbeidet slik det faktisk utføres. Tanken syntes dermed å være at prosedyrene ville bli instruktive bare de var utformet «nedenfra» av de ansatte *selv*. En konsulent beskrev det slik:

Intervjuer: Hvordan ser en prosedyrehåndbok ut? Er det idealprosedyrer som forteller hva de ansatte skal strekke seg etter, eller er det konkrete slik-skal-det-gjøres-beskrivelser?

Konsulent: Det siste. Den skal være *konkret*. Det skal være praktisk hverdagsmat. Du skal kunne ta den i handa og gå ut og *bruke* den! – Visjoner og verdier og den slags skal legges inn fra vårt nivå.

Konsulenten som uttrykte seg slik røpte en sterk tro på at ansatte selv vil være i stand til å etablere entydige og instruktive prosedyrer. I et orienteringsskriv fra den samme kommunen kom den samme innstillingen til uttrykk under et punkt som beskrev avviksbehandling. Her ble det understreket at det å ikke følge prosedyrer ville defineres som et avvik – også om det gjaldt de myke områdene innen tjenesten.

De interne konsulentene snakket om *avvik* og *avviksbehandling* som uproblematiske begreper. I et intervju med en konsulent gikk det imidlertid

⁴³ Motstand mot forandring er et sentralt tema i konseptlitteraturen. Morgan & Murgatroid (1994:169) hevder: « *A key barrier to the effective introduction of TQM in public sector is contrapeneurship; that is the active resistance to change experienced in all organisations*»

Forfatterne gir en finmasket framstilling av ulike former for motstand og motstandsstrategier.

fram at et avvik slett ikke trenger å være et tegn på kvalitetssvikt. Konsulenten svarte bekræftende på vårt spørsmål om det noen ganger kunne være riktig å avvike fra en prosedyre. Hun viste til en kvalitetsstandard fra et sykehjem for å illustrere sitt poeng.

Standarden var at alle brukerne skulle sitte i stoler når de spiser. De skal ikke sitte i rullestol. Men, så er det noen som sliter seg ut på å bli hjulpet over i stol, og det er klart at de skal få sitte i rullestol.

Intervjuer: Men det blir et avvik fra standarden?

Konsulent: Ja – men årsaken til avviket er at det er best for brukeren, og da er det et positivt avvik. Det er *et flott avvik!*

Jeg opplever at mange er negative til det med avvik, men jeg mener vi kan ikke si noe om det før vi har prøvd. Vi må jo tilpasse metoden og teoriene til virkelighet vi har.

Med sine eksempler og synspunkter medgav konsulentene at et avvikssystem nødvendigvis må baseres på en *skjønnsmessig* nyansering mellom *ulike typer av avvik* – gode og dårlige avvik. Hun åpenbarte dermed en ny (tidkrevende) utfordring i kvalitetsarbeidet: å avklare når et avvik regnes som godt, og hvem skal definere hva som er godt og dårlig. Det hører med at arbeidet med systemer for avviksbehandling var et område ved kvalitetsarbeidet som mange karakteriserte som en brikke i puslespillet som foreløpig ikke var lagt.

Data er nødvendig for å foreta forbedringer

Kravet om å systematisk innsamling av data om egen virksomhet og om brukernes syn på kvalitet er en selvfølgelig ingrediens i et kvalitetssystemer. Uten fakta – ingen kvalitetsstyring. Mye kan tyde på at dette aspektet ved ideen om kvalitetsledelse som har fått størst oppslutning og gjennomslag innenfor helse- og omsorgssektoren (Jespersen 1999). I følge Dahler Larsen (1999) er evalueringsmentaliteten en bred kulturell figur i det moderne samfunn.⁴⁴ Kravet om å innsisere seg selv, konstant kikke seg over skulderen,

⁴⁴ Forfatteren viser til Beck, Giddens og Lash (1994) og knytter evalueringsbølgen til en ny historisk epoke, «den refleksive modernitet».

kan sees på som en meta-rutine i vår tid, hevder han. Det er nærmest blitt umulig å uttale seg om noen ting som helst uten at det finnes en evaluering.⁴⁵

Evalueringsmentaliteten har i høyeste grad funnet veien til det kommunale administrasjonssjikt. I et dokument fra en av kommunene fant vi igjen Edward Demings kjente sitat: «In God we trust; all others must bring data». Administratorer og konsulenter snakket om systematiske granskinger og kvalitetsmålinger som nødvendig styringsinformasjon, mens 'synsing', 'antakelser' og 'subjektive erfaringer' ble omtalt som det motsatte – irrelevant og til dels villedende informasjon. En pleie- og omsorgssjef som ble spurt om mulige konsekvenser av et omstillingstiltak vegret seg mot å spekulere. Hun svarte: «*Det er for tidlig å si. Det er som for dere forskere. Det vet vi først noe om når vi ser tallene!*»

For å få frem sann kunnskap om virksomheten må det foreligge data – aller helst i form av tall. I de fem eksempelkommunene hadde det vært gjennomført (noen ganger flere) undersøkelser for å måle kvalitet og effektivitet. Det ble vist til en rekke tidligere prosjekter, pågående aktiviteter og planer som på ulike måter var orientert mot å dokumentere tjenestens effektivitet og kvalitet. Disse omfattet indikatorundersøkelser, registrering av klager, tidsundersøkelser, punktmålinger og ikke minst brukerundersøkelser. Kommunene inngår dels samarbeid med konsulentbyråer, høyskoler eller forskningsinstitutter, men etter hvert som kvalitet er kommet på dagsorden, har de også engasjert egne utviklingskonsulenter for å arbeide med ulike typer evalueringer og undersøkelser. I to av eksempelkommunene var det nylig gjennomført en større kvalitetsundersøkelse. En utviklingskonsulent som hadde deltatt i dette arbeidet, argumenterte for at undersøkelser av denne typen utgjorde kjernen i et kvalitetssystem. Med en grundig undersøkelse i bunn, ville det være lettere å prioritere hvilke områder det var viktig å utarbeide standarder for, og hvilke områder det er viktig å prioritere i forbedringsarbeidet. På spørsmål om hvordan han selv ville valgt å styre pleie- og omsorgstjenesten dersom han fikk frie tøyler, var han ikke i tvil:

Jeg ville begynne med å spørre hva er hensikten med det vi gjør, hva er viktig – så dokumentere det vi gjør. Jeg ville samle inn fakta. Folk har lett for å sette seg ned for å snakke om hvordan de vil ha det. Jeg mener

⁴⁵ Dahler Larsen (op.cit.) beskriver evalueringbølgen dels som et paradoksalt barn av rasjonalismen. Kravet om at organisasjoner skal styres *retrospektivt* gjennom feedback, bryter i en forstand med forutsetningen om at arbeidsprosesser kan styres *prospektivt* gjennom planer og prosedyrer. Kravet om evalueringer forkludrer den helhetlige sammenhengende rasjonaliteten, mener han. Hvorfor i all verden skal det være nødvendig å evaluere i etterkant av prosessen når prosessen blir sikret gjennom rasjonelle styrings-systemer.

vi må samle inn fakta først. Hvordan bruker vi tida? Hva er det vi gjør, hva synes brukerne, hva er vi gode og dårlige på?

En annen konsulent argumenterte i samme gate. Hun understreket hvor viktig det er å huske at data ikke er et mål i seg selv, men en veiviser i en mer omfattende utviklingsprosess. Hun mente svarene fra en brukerundersøkelse hjelper til å prioritere i forbedringsarbeidet. Som hun sa: *De (data) står mot oss som røde varselamper!* Data formodes med andre ord å kunne informere om hvilke områder av tjenesten som trenger forbedring.

En forutsetning for at data skal fungere i forbedringsarbeidet er at data er valide – at de virkelig reflekterer hva slags kvalitetsproblemer tjenesten står overfor. Den samme konsulenten som mente data skulle tjene som varselamper, medgav at deres egen undersøkelse fortsatt kunne utbedres før data ble gode nok. De var fortsatt i en læringsprosess. Mye var gjort for å sikre validiteten på data. For å sikre at spørsmålene var relevante for brukerne, var det gjennomført flere kvalitative intervjuer med brukere før spørreskjemaet ble utformet. Og for at brukerne skulle føle at anonymiteten ble godt nok ivaretatt, ble det hyret inn eksterne intervjuere. Til tross for det omfattende og grundige forarbeidet, hadde deler av datamaterialet vært vanskelig å tolke. Eksempelvis kunne de ikke være helt sikre på om brukere som uttalte seg negativt var misfornøyd med hjelp de hadde krav på, eller om de var misfornøyd med å få for lite hjelp. Andre konsulenter hadde en tilsvarende selvkritisk holdning. En mente det var en alvorlig svakhet ved undersøkelsen at man ikke hadde tenkt nøye nok igjennom hvordan undersøkelsen skulle følges opp. I tråd med ideen om TKL mente hun det ville være riktig neste gang å opprette arbeidsgrupper ute i tjenesten som kunne bidra til å fremme forslag om forbedringer. Hva er poenget med å investere store summer i omfattende undersøkelser når det ikke er tilrettelagt for å benytte dataene konstruktivt og systematisk?

Administratorer og konsulenter benyttet talemåter som gav inntrykk av at undersøkelser gir en nøytral og objektiv avspeilinger av en virkelighet «der ute». De snakker om 'data', 'fakta' eller om 'sannheten' som denne konsulenten:

Vi har laget en tilråding om at målingene skal gjøres i forhold til tre fokusgrupper; pårørende, brukere og ansatte. *Så får vi en sum og det blir sannheten.* Hver for seg er det dårlige sannheter.

På samme tid som de stadig refererte til fakta var det lite som tydet på at kommunene hadde funnet frem til én dekkende og god definisjon av hva omsorgskvalitet er. Tvert om – i en og samme kommune ble det utført en

rekke målinger og undersøkelser som baserte seg på forskjellige kvalitetsdefinisjoner og modellpremisser. Kvalitetsmål synes å være i stadig utvikling. Ifølge Dahler Larsen (op.cit.) er ikke dette så uvanlig i kvalitetsarbeid. Tvert om, hevder han, er ofte innstillingen blant dem som driver med kvalitetsutvikling at det er viktigere å komme i gang med å måle enn å vente med å måle til en har utviklet tilfredsstillende, gode definisjoner og modeller.

En av grunnene til at det haster med å komme i gang med å måle er, ifølge et par av konsulentene, at det er nødvendig å sette i gang interne utviklingsprosesser. En av konsulentene mente at det med denne overordnede hensikten ikke var så viktig at alle kvalitetsmålene var perfekte. Mange av kvalitetskravene som nevnes i kvalitetsforskriften (se kap. 4, s. 58), er jo nesten umulige å måle. For å illustrerte sitt synspunkt viste hun til kravet om å sørge for tilpasset aktivitet for brukerne. Hvordan skal dette måles? Det er nesten håpløst mente hun:

Allikevel har vi tenkt å registrere eksempelvis hvor mange tilbud har hjemmeboende eldre i år 2000, og hvor mange i 2001. Det er vanskelig å definere 'aktivitet'. For noen er det jo aktivitet bare det å spise et måltid mat med andre. Og – tenk deg en dement person som blir plassert i en rullestol på en sangstund. Er det aktivitet? Det kan være bra allikevel (å registrere). Da har det vært satt fokus på 'aktivitet' for utfører – og så blir det skjerpa! Det er en kjent effekt.

Med dette eksempelet fortalte konsulenten at hun oppfattet det som viktigere at det i det hele tatt ble gjort en måling, enn å sørge for at de målinger som gjøres er presise og riktige. Å måle kvalitet ble da nærmest å betrakte som et psykologisk verktøy der det overordnede målet er å få ansatte til å føle seg iaktatt slik at de stimuleres til å yte sitt beste.⁴⁶

Vi er ikke ferdige, men vi håper og tror

Når administrative ledere og utviklingskonsulenter forteller om sitt kvalitetsystem, beveger de seg på ulike abstraksjonsnivåer. De forteller til dels om sine generelle ideer og forestillinger og om hva som kjennetegner den omsorgsorganisasjonen de ønsker å skape, dels forteller de om hvilke aktiviteter som er iverksatt for at organisasjonen skal nærme seg dette idealet. De snakker både i framtid og i nåtid. Beskrivelsene i de tre foregående avsnittene viser hvordan de tenker seg at den generelle ideen om kvalitetsstyring

⁴⁶ En typisk nyinstitusjonell forklaring (se Dahler Larsen 1999) ville påpeke at målingen kan sees på som en moderne, rituell øvelse som gir organisasjonen legitimitet og et image som en organisasjon som tar kvalitet på alvor.

kan konkretiseres gjennom ulike formaliserte tiltak og informasjonsrutiner. Det er tiltak og rutiner som skal sikre at brukerne har realistiske forventninger, at ansatte samles om en felles standard, og at ledelsen fatter sine strategiske beslutninger på et nøytralt og saklig grunnlag. Gjennom konkrete eksempler har vi sett at prosessen med å iverksette disse tiltakene er i gang, men at den byr på problemer og vansker. Det er stadig flere brikker som må på plass. Interne utviklingskonsulenter innser at systemet krever ytterligere bearbeiding og raffinering – bedre behovsvurderinger, mer kunnskap og motivasjon, mer presise avtaler og standarder, mer raffinerte kvalitetsmål osv. Det videre arbeidet krever ressurser og en stabil oppfølging. Ofte snubler man i prosessen på dette punktet fordi det mangler ressurser, eller fordi viktige nøkkelpersoner forsvinner.

Til tross for problemer og vansker uttrykker aktørene stor optimisme i forhold til hva kvalitetsarbeidet vil bringe. Optimismen kommer til uttrykk på det språklige plan. Problematiske erfaringer pakkes gjerne inn i formildende fraser av typen «ting-tar-tid», «veien blir til mens du går», «vi kan bare ta ett skritt av gangen», «det er i motbakke det går oppover». På denne måten signaliserer de en optimistisk tålmodighet. Det er ingen grunn til å gi opp, selv om det oppstår problemer underveis. Frasene signaliserer at tidkrevende arbeid, prøving og feiling er normalt – det hører med til kvalitetsarbeidet. For øvrig hentes optimismen fra den overordnede hensikten med arbeidet. Konsulenter og administratorer vender stadig tilbake til den store kvalitetsideen og til de rasjonelle styringsprinsippene. De maler systemet med bred pensel ved hjelp av enkle, metaforiske beskrivelser. Kvalitetssystemet fremstår da som et slags selvdrivende kontroll- og forbedringsmaskineri. Maskineriet fungerer fordi alle elementene er på plass. Hvert enkelt element fungerer i forhold til de andre elementene: Standarder og prosedyrer fungerer effektivt fordi de er utviklet «nedenfra» av ansatte i kvalitetsgrupper. Kvalitetsmålinger fungerer fordi de er forankret i de samme realistiske standardene. Brukerundersøkelser fungerer fordi brukerne har realistiske forventninger osv. Forholdet mellom de ulike elementene i systemet tilsier at systemet vanskelig kan fungere uten at alle elementene er på plass.

Slike enkle beskrivelser basert på konvensjonelle språklige merkelapper og metaforer er ifølge Czarniawska og Joerges (1998) den enkleste måten å formidle styringsideer på. Gjennom å anvende kjente ord og uttrykk får ideen en intersubjektiv og kollektiv karakter: den tilhører ikke enkeltpersoner (f.eks. den interne konsulenten), men gjøres tilgjengelige også for andre. Ideen blir nærmest som en ting som kan flyttes på. Innenfor den kommunale pleie- og omsorgssektoren verserer de abstrakte styringsideene på tvers av

ulike kommuner. Ideen om den kvalitetsstyrte organisasjon der brukernes forventinger er avklart, der ansatte holder seg til avtaler, standarder og prosedyrer og ledelsen baserer seg på styringsdata, eksisterer på tvers av kommuner og bydeler. I sin abstrakte, generelle utforming tjener styringsideene som et referansepunkt som binder sammen fortid, nåtid og framtid og får det fragmenterte og skiftende kvalitetsarbeidet til å fremstå som rasjonelt og meningsfylt. Ideen tjener som et referansepunkt for *tidligere prosjekter* og den bidrar til å rettferdiggjøre at det anvendes tid og ressurser på en rekke arbeidsoppgaver som ikke gir umiddelbare resultater. Løsrevne prosjekter blir ikke meningsløst tidsfordriv, men plasseres inn i en større meningsammenheng. Ideen inngår også i plandokumenter der den fungerer som intensjonsmarkør. Den tjener med andre ord som en viktige budbærer om hvordan *fremtiden* vil bli når satsingen på kvalitetsarbeidet er fullendt. Derigjennom bærer ideen også i seg en kime til håp, tro og entusiasme hos de personer som til enhver tid stilles overfor en utfordring om å skape en mer «styrbar» organisasjon.

6 Kvalitetsideenes møte med en travel omsorgshverdag

Et sentralt mål for dette prosjektet har vært å bringe opp i dagen de perspektiver og synspunkter ansatte i omsorgstjenesten har på det løpende kvalitetsarbeidet. Vi ønsket å følge kvalitetsideens «reise» fra den sentrale forvaltningen, via ledelsens råd og forslag, inn i den praktiske hjemmebaserte omsorgen til de sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere som til daglig har ansvaret for å yte omsorg overfor eldre og syke. I dette kapitlet er det nettopp aktørene i praksisfeltet som skal bli hørt. Vi skal rette søkelyset mot hvordan mellomledere, arbeidsledere (soneledere/avdelingsledere) og ansatte i de praktiske omsorgsyrkene ser på de føringer og krav som følger med ideer om kvalitetsstyring.

I forrige kapittel viste vi hvordan arbeidet med å konstruere et kvalitetssystem overlapper og inngår i en rekke andre moderniseringstiltak. Vi viste også at omstillingsarbeidet er en løpende prosess som enda ikke har funnet sin endelige form. Når vi i dette kapitlet vender oppmerksomheten mot utførernivået og praktikernes perspektiver på omstillingsprosessene, er det viktig å ha i bakhodet at de uttaler seg om et uferdig system. Vi skal allikevel la aktørene fra praksisfeltet komme til orde for å se om deres perspektiver og synspunkter kan kaste nytt lys over et moderniseringsarbeid som ofte blir beskrevet og problematisert ene og alene av administrative ledere og konsulenter. For at ikke deres perspektiver skal henge i løse luften skal vi innlede kapitlet med å gi en generell beskrivelse av hvordan de beskriver sitt arbeid og hvordan de mer generelt ser på endringene i tjenesten og på de mange forbedrings- og omstillingstiltak som kommer fra den administrative ledelsen.

Omsorgsoppgavene strømmer på «nedenfra»

Å jobbe i den åpne omsorgstjenesten blir beskrevet som et travelt arbeid. Hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere beveger seg fra hus til hus mellom personer og situasjoner som stadig skifter. De praktiske oppgavene som venter på dem, er i stor grad lavteknologiske og trivielle. De handler om å hjelpe mennesker med å stå opp, spise, kle seg og med å ha det rent og ryddig omkring seg. Mye av arbeidet som utføres kan karakteriseres med

Wærness' begrep om vedlikeholdsomsorg.⁴⁷ Skjønt, ettersom tjenesten de senere årene har overtatt en del av arbeidsoppgavene fra sykehus og institusjoner, har de medisinske oppgavene fått en relativt større plass enn de hadde tidligere. Det er flere sengeliggende, flere rehabiliteringspasienter, psykiatriske pasienter og flere med komplekse hjelpebehov. Tilsiget av svært dårlige pasienter har nok ført til at hjemmetjenesten har fått et større innslag av *resultatomsorg*, men også et større innslag av det Wærness kaller *tilbakegangomsorg*, det vil si omsorg overfor uhelbredelig syke og døende. Alt i alt – og i motsetning til rørleggere, elektrikere og andre yrkesgrupper som jobber i andres hjem – er omsorgsarbeidet et arbeid med få permanente og håndgripelige sluttprodukter. Omsorg overfor uhelbredelig syke har en usynlig karakter: Resultatet av arbeidet blir ofte ikke synlig før arbeidsoppgavene *ikke* utføres (Corbin & Strauss 1990). Arbeidet får også en usynlig karakter som følge av den manglende nærvær av *andre* som direkte kontrollerer og overvåker det som finner sted i selve møtet mellom den som gir, og den som mottar hjelp (Silferberg 1996).

Arbeidet i hjemmetjenesten har et klart rutinepreg. Det handler om å føre tilsyn med, avlaste og hjelpe i forhold til en rekke rutinemessige, praktiske gjøremål. De samme oppgaver gjentas dag etter dag. Det går imidlertid ikke en dag uten at rutinene brytes eller forstyrres: Nye pasienter kommer til, noen blir akutt dårligere, andre kvikner til eller overføres til sykehus eller institusjon. Dessuten har flere hjelpemottakere skiftende hjelpebehov – gode og dårlige dager – fordi helsen er ustabil eller fordi materielle og sosiale betingelser (vær og føreforhold, tilgang på hjelp fra naboer og venner osv.) er ustabile og skiftende.

I tilknytning til intervjuarbeidet i et av omsorgsdistriktene ble den travle, skiftende omsorgshverdagen observert i et kort glimt. Det var sent på dagen – ved vaktskifte fra dagskift til kveldsskift – vi registrerte en samtale der hjelpepleier informerte kveldsvakten (en sykepleier) om kveldens oppgaver. I samtalen mellom de to gikk det frem at det var 15 personer som skulle avlegges besøk. De fleste skulle ha mat, medisiner og rutinemessig tilsyn. I tillegg fikk ettermiddagsvakten en del tilleggsopplysninger:

Det er kommet en ny pasient som skal ha medisiner. De er klargjort – legen har ringt til apoteket. De må hentes før dere besøker henne. Fru Olsen er blitt sengeliggende og skal ha støttestrømper og medisiner. Husk at hun skal ha Pinex i tillegg. Det står ikke i journalen, men det er

⁴⁷ Wærness (1999a) skiller mellom omsorgsarbeid knyttet til 1. vekst eller resultater (akuttpsykehus) 2. vedlikehold eller stillstand (kronisk syke og funksjonshemmede) 3. tilbakegang (terminalomsorg).

viktig for henne. Forleden var hun hysterisk da det var tomt. Pillene står i en boks på kjøkkenhylla. Dersom du ikke finner dem, må du spørre henne – hun er klar nok til å fortelle det selv. ()- Så skal du til fru Hansen. Hun har utløst trygghetsalarmen flere ganger siden hun kom hjem fra sykehuset. Hun virker utrygg og forvirret. Vi har sagt at hun ikke må misbruke alarmen. Det koster jo vanvittig mye at alarmcentralen må rykke ut. Du må innom for å ta sårstell. Jeg har satt opp to besøk til henne – hun skal jo ha hjelp til nattøy og bleie for natten, og det kan vi ikke gi klokka seks. () Så skal du innom Larsen. Han skal ha mat og medisiner og hjelp til å stelle seg. Egentlig skal han ha hjelp til å vaske seg nedentil, men du får ikke slippe til. Vi jobber med det. Du kan jo prøve, men han er vrang. Han kommer til å havne på sykehus igjen. Det kommer til å bli infeksjon dersom han fortsetter slik.

Samtalen eksemplifiserer hvordan de skiftende og uforutsigbare sidene ved omsorgsarbeidet håndteres *skjønnsmessig*: Ettermiddagsvaktens besøk var basert på et definert hjelpeoppdrag *samtidig* som det var stor oppmerksomhet rettet mot situasjonsbestemte og individuelle preferanser, særegenheter og mentale tilstander. Nødvendigheten av en umiddelbar tilpasning til konkrete personer og situasjoner gjennomsyrer de ansattes arbeidsbeskrivelser og selvforståelse. I kontrast til administratorenes ryddige styringsmodeller, der organisasjonen figurerer som en enhetlig organisme som styres ovenfra av bestillinger, vedtak og planer, er ansatte tilbøyelige til å beskrive organisasjonsvirkeligheten som en strøm av stadig skiftende og uløste oppgaver som trenger seg på nedenfra. Arbeidshverdagen består i å stadig måtte forholde seg til og håndtere de flytende og elastiske problemene som oppstår i menneskers hverdagsliv. For ansatte er dette så innlysende og selvfølgelig at de ofte ikke påpeker det og problematiserer det. Det ligger fast i deres bevissthet som en objektiv sannhet. Arbeidet bare *er* slik.

Som vi ser av eksempelet utøves skjønnnet i en kontinuerlig interaksjon og informasjonsutveksling med hjelpemottakere og med kolleger. På grunnlag av samtaler med hverandre og observasjoner i møte med hjelpemottakerne vurderer «bakkemannskapet» i hjemmetjenesten fra dag til dag om planlagte oppgaver må tilpasses og omprioriteres. Omprioriteringer blir foretatt innenfor rammene av det enkelte hjelpeoppdrag, men det hender også at det må foretas prioriteringer *mellom* ulike hjelpemottakere. I travle perioder – eksempelvis når influensaen herjer både blant ansatte og hjelpemottakere – hender det at de minst hjelpetrengende må regne med å få avlyst eller utsatt hjelpebesøk for at de mest hjelpetrengende skal få hjelp med de mest prekære hjelpebehov (Vabø 1998). Skjønnnet innebærer med andre ord både å trappe opp og å trappe ned hjelpeinnsatsen. For de ansatte er skjønnnet en kilde både

til et meningsfylt arbeid og frustrasjoner: Å kunne besvare vekslende hjelpebehov gir energi i arbeidet. Å være den som avbestiller hjelp, derimot, kan oppfattes som ubehagelig og i lengden som psykisk utmattende (Kvamme 2000).

Færre hender til omsorg

Et av de spørsmål de ansatte ble stilt, var om de hadde merket store forandringer i tjenesten de siste årene. Svarene pekte på ulike måter i retning av at tjenesten er blitt en mer presset tjeneste.

Hjemmehjelpere som hadde lang fartstid i tjenesten, kunne fortelle at det er blitt stadig flere hjelpemottakere fordelt på færre hender, og dermed stadig knappere tid til den enkelte hjelpemottaker. Flere anslo at tiden brukt til husarbeid i det enkelte hjem var redusert til en tredjedel eller til en fjerdedel av det som ble gitt «før». En hjemmehjelper som ble spurt om tjenesten var forandret i løpet av de siste tjue årene, svarte eksempelvis:

Å ja – det er himmelvid forskjell, vet du. Det kan ikke sammenlignes. ()

For 20 år siden hadde vi hjelp i overflod. – Alle fikk 3– 4 timer husarbeid hver uke. Nå får de knapt to timer hver 14. dag! ()

Men arbeidet er jo det samme, da. Vi *gjør* jo det samme.

I et av distriktene ble det fortalt om varslede innstrammingsiltak som ville presse hjelpetiden ytterligere ned. Hjemmehjelperne hadde fått signaler om at normen om rengjøring annenhver uke – som allerede var vanskelig å følge – var i ferd med å presses ned mot rengjøring hver tredje uke. De fryktet at de lange intervallene mellom hver rengjøring ville gjøre jobben tyngre. Skitten gror fast, hevdet de. For noen av de friskeste kan det være tilstrekkelig med rengjøring hver tredje uke, mens det hos en del eldre med dårlig syn og vansker med balansen kunne trenges rengjøring minst en gang i uken. Som en sa: «*De søler med brød og syltetøy og tråkker det ned i teppet.*» Deres arbeidsledere uttrykte bekymring for at den sammenpressede omsorgstiden ville gå ut over hjemmehjelpernes trivsel og motivasjon for å bli i jobben. Hjemmehjelpere er i ferd med å få en «nei-rolle», mente en. De anvender stadig mer tid til å nedprioritere, sette grenser og avlyse hjelpebesøk, og det blir stadig mindre tid til å føre en samtale og til å gi noe ekstra. Dersom de blir fratatt alle muligheter til å «gi» og til å yte litt ekstra, da forsvinner også grunnlaget for å bli i yrket, mente hun.

For sykepleierne fortonet presset på tjenesten seg til dels som et press om å overta oppgaver fra overfylte sykehus og institusjoner. Hjemme-

tjenesten presses til å sitte med svarteper i et spill der flere forsøker å effektivisere og å kvitte seg med omsorgsansvar. En av sykepleierne fortalte:

Det er litt frustrerende at de nå skal legge ned en hel sykehjemsavdeling. Den skal legges ned fordi vi får færre gamle i bydelen. Men vi *trenger* jo de plassene! Jeg skulle ikke si noe dersom vi hadde plasser nok i utgangspunktet. Vi kommer jo ingen vei videre. Nå står vi like langt som før.

For fem minutter siden snakket jeg med sykehuset om en mann som er pasient hos oss.

Vi har lenge sagt at han er for dårlig til å bo hjemme, men vi har ikke plass til ham (på sykehjem). Han faller stadig. Så endte det altså med brudd, og han havnet på sykehus. Nå vil sykehuset at vi skal ha ham tilbake, men det er det ikke tale om. Det går ikke at han bor hjemme. Så da blir han liggende på sykehus til det blir en ledig plass på sykehjem eller aldershjem. Og det koster jo mye (for bydelen), men det går ikke å få ham hjem. () Dette er bare ett eksempel. Det er ganske generelt altså. Det skjer ofte at pasientene må havne på sykehus før de kan få seg en plass. Akkurat dette er veldig frustrerende.

I enkelte av distriktene (ikke alle) var tjenesten også berørt av et økt bemanningsproblem. Tilstrekkelig med fagfolk er en viktig forutsetning for å kunne sikre at de sykeste pasientene får en forsvarlig tjeneste. Behovet for faglig kvalifisert helsepersonell er blitt større parallelt med at tilgangen på denne typen personell er blitt mindre. I et av distriktene der det hadde vært mye turbulens og personalutskiftninger i forbindelse med en omorganisering, ble det fortalt at situasjonen hadde vært kritisk:

En dag hadde vi en pasient hjemme med hjertesvikt og lungeødem, og så hadde vi ikke sykepleiere på jobb, men hjelpepleiere som skulle vurdere tilstanden. Det med alvorlig syke pasienter krever en faglig kapasitet som jeg opplevde at vi ikke hadde.

Presset på ressursene overskygger forbedringstiltak

Stadige nye planer og krav om reorganiseringer og omstillinger har blitt en del av hverdagen for de ansatte i hjemmetjenesten. Flere kunne fortelle om mye uro i organisasjonen etter at hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten ble slått sammen⁴⁸ og (i noen av kommunene) etter omlegginger i tilknytning til konkurranseutsetting. Dette var store omstillingstiltak som var blitt introdusert med løfter om forbedringer i tjenesten. Imidlertid var det

⁴⁸ Denne reformen er utførlig beskrevet av Kristoffersen og Solem (1998).

vanskelig for ansatte å vurdere eksplisitt hvorvidt løftene var innfridd all den tid det stadig ble foreslått sammen med innsparingstiltak. Enkelte gav uttrykk for at ressursknappheten – mangel på tid og personell – overskygger alle forsøk på forbedringer. I et av distriktene der en større omorganisering var i ferd med å iverksettes (blant annet omlegging til bestiller/utførerorganisering, sammenslåing av omsorgsenheter og ny lederstruktur) fikk vi følgende synspunkter fra en hjemmehjelper:

Intervjuer: Hva synes du om at det blir store forandringer?

Hjemmehjelper: På sikt så er det kanskje bra, men akkurat når vi står midt oppe i det og liksom skal overta nye brukere, og du skal ha andre å forholde deg til, så kjennes det ganske tungt. Det *gjør* det. Særlig når du synes at det fungerer fint sånn som det *gjør* i dag. I hvert fall på den sonen jeg jobber på. Nå skal ikke jeg uttale meg om andre soner og hvordan det fungerer der, men.....

Intervjuer: Er det sagt noe om hva som skal bli bedre?

Hjemmehjelper: Det skal vel bli en bedre tjeneste, i det hele tatt – for brukerne

Intervjuer: Ja, hvordan da tror du?

Hjemmehjelper: (Ler litt oppgitt). Nei, jeg vet ikke hva de mener jeg, at de skal få bedre hjelp og mere hjelp, men det *gjør* de jo ikke. Etter det budsjettet som er lagt fram så skal de jo skjære ned på hjelpa. De har jo kuttet ut 15 hjemmehjelpsstillinger.... ()

Intervjuer: Hva tenker du?

Hjemmehjelper: (bryter inn) Jeg synes det er ille! Jeg synes det. På meg virker det som om eldreomsorgen blir dårligere og dårligere, enda de sier at den skal bli bedre. Så jeg syns det virker stikk motsatt!

Intervjuer: De du jobber sammen med da?

Hjemmehjelper: (bryter inn) Jeg tror de ser det på samme måten. For vi diskuterer mye. Alle snakker om det. Jeg har inntrykk av at de har samme meninga, ja. Og brukerne og. Det er jo mange brukere som følger med, leser i avisene og ser på TV og følger med på det som skjer rundt omkring i kommunen. () De har fått brev hjem, brukerne. Og der står det ingenting om nedskjæringer. Det står at vi omorganiseres for å få en bedre tjeneste. Men det står jo ingenting om at de må skjære ned på hjelpen, og det syns jeg er litt dumt. De burde kanskje fått med det også, så ikke *vi* som kommer dit skal ta støyten – at det blir *vi* som må *skjære ned*. Det burde egentlig stå i det brevet. Jeg syns det, for jeg syns ikke det er vår jobb å gå ut og si at «nå skal vi skjære ned til en gang i

måneden, *de* har kuttet stillinger og *de* skal spare 12 millioner». Det er ikke vår jobb.

Flere hender til papirarbeid

I kontrast til de normative styringsmodellene der det er en tett kobling mellom ledelsen og ansatte, omtalte de ansatte den kommunale organisasjon som en splittet organisasjon. Det administrative apparatet ble ofte omtalt som noe fjernt fra deres egen hverdagsvirkelighet. Administrasjonen omtales som «de der oppe» eller «de på toppen» (ved skrivebordene) som har lite å gjøre med virkeligheten «her nede». Forestillingen om de som befinner seg «der oppe», er ikke strengt avgrenset til et bestemt forvaltningsledd. 'De på toppen' er en diffus betegnelse som omfatter alle typer beslutninger som angår tjenestens rammebetingelser. Verden «der oppe» er sammensatt. I en hovedstadsbydel forholder man seg eksempelvis til tiltak og endringer utviklet av bydelens egne ledere og konsulenter. I tillegg kommer tiltak og endringer foreslått av byråkrater og konsulenter fra rådhuset og tiltak og endringer foreslått av Helse- og sosial departementet og Statens Helsetilsyn, samt en strøm av henvendelser om ulike forsknings- og utviklingsprosjekter som alle har til hensikt å bidra til at tjenesten utvikles. Mellomlederne, som jo representerer forbindelsesleddet mellom de to verdenene, antydnet at nettopp det at så *mange aktører* skal ha et ord med i laget, blir et problem i den praktiske hverdagen. Selv om hvert enkelt krav og hver enkelt henvendelse kunne sies å ha en fornuftig og god intensjon, blir disse inneklemt i en strøm av andre krav og utfordringer:

Vi blir pålagt alt mulig. Folk (administrasjonen) sender bare ned *krav* til oss og forespørslor om undersøkelser, prosjekter. Jeg har nylig sagt nei til to prosjekter. Et var om demensomsorg.⁴⁹ Det var ikke rom for det. Hadde jeg ikke vært steil på det, hadde vi blitt overkjørt. Det kommer prosjekt på prosjekt på prosjekt. Så får man aldri noe ut av det heller. For man blir jo aldri helt ferdig. Det er ikke rom for det.

Så kommer dette! (viser frem rundskrivnet fra SHD – kvalitetsforskriften).

Og nå kommer dessuten omsorgsplaner og kvalitetsplaner. Hvordan skal vi få tid til vedtakene når vi må drive med dette her? Det er så mange som vil noe med tjenesten vår, men det er ingen som tenker på at

⁴⁹ I kapittel 1 viste vi til at den kommunale omsorgstjenesten underlegges styring fra en rekke autoritative sentra. I Oslo kommune blir styringen ytterligere komplisert ettersom det desentraliserte styringssystemet baseres på en vekselvirkning mellom lokal handlefrihet og helhetlig overordnet styring (Helgesen, Klausen og Fimreite 2001).

vi må være litt i fred for å faktisk gjøre jobben: drive med det vi egentlig skal. Det er liten forståelse for det. Presset har bare økt og økt.

Tilsvarende perspektiver kom også fra andre som befinner seg lenger nede i hierarkiet. En soneleder sa eksempelvis: «*Det er noe riv ruskende galt et sted. Alt bare klaskes oppå hverandre. Man tar aldri noe bort.*»⁵⁰

De ansatte selv gav uttrykk for at det først og fremst var de praktiske omsorgsoppgavene som opptok dem i hverdagen. De var i påfallende liten grad kjent med og opptatt av de styringsideer, planer og modeller som administrasjonen syslet med. En sykepleier som ble spurt om informasjonen fra administrasjonen til de ansatte var god nok, svarte:

De greier ikke formidle ting nedover, det er nok riktig. Men det faller nok mye på oss også. Det er ikke så mye interesse. Folk er opptatt av å gjøre jobben sin – på en god måte vel og merke. Men de er ikke interessert i å gå videre inn i reformer og organisasjonstiltak.

Den manglende interessen kom også til uttrykk i samtaler med ansatte. Flere medgav – noen ganger litt unnskyldende – at det var for travelt i hverdagen til å forholde seg til saker fra administrasjonen *før* de ble satt i verk. De uttrykte en avventende vi-tar-ting-som-de-kommer-holdning. Enkelte benyttet samtidig intervjusituasjonen til å uttale seg kritisk i forhold til stadige planer og forslag om forandring og forbedring. Kommunale informasjonsmøter ble beskrevet som søvndyssende, kjedelige og ubegripelige, og forslagene som livsfjerne skrivebordsforslag. En hjemmehjelper med 27 års erfaring var relativt frittalende i sin karakteristikk av administrasjonen:

Det er blitt så svært! Du vet at *før* var det ikke så mye der oppe på toppen. Da var det viktigere det som foregikk her nede. Nå er kommunen delt inn i fire distrikter, og jeg tror de er minst like mange på hvert av kontorene som de var i hele kommunen før i tiden.

Intervjuer: Mener du at det er blitt mye byråkrati?

Hjemmehjelper: Ja, det er liksom ikke måte på. Jeg synes det er gått over alle støvleskaft. () Og det blir da ikke noe bedre for de gamle om alle disse kontorfolka kommer til. Det gjør ikke det.

Ifølge Czarniawska-Joerges (1990:219) tydeliggjøres skillet mellom en idéverden og en praktisk verden når organisasjoner reformeres. De som bor i idéverdenen snakker normativt – om hvordan organisasjoner *bør* se ut. De har sin oppmerksomhet rettet mot *framtiden*, mot en ny og bedre organisasjon. I

⁵⁰ Tjenestelederens observasjoner samsvarer med Johan P. Olsens (1998) påstand: at gamle styringsprinsipper sjelden forsvinner fordi om nye reformforslag innføres. Institusjonene sliter dermed med «geologiske lag» av prinsipper.

den praktiske verden, der tjenester utføres og faktiske problemer løses, lever menneskene i nuet. De er opptatt av og snakker om det som hender i dag.

Aktørene fra idéverdenen befinner seg i en privilegert posisjon (Brunsson 1990). Gjennom å holde fokuset på prinsipper og på den praksis som skal finne sted i framtiden, slipper de å konfronteres med de utfordringer og problemer som oppstår i den praktiske hverdagen.

Sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere som befinner seg i den praktiske virkelighet påpeker ofte at administratorenes verden er virkelighetsfjern. Oppfatningene om at det er *vi* som driver med noe virkelig, mens *de der oppe* bare prater, ble mer eller mindre eksplisitt uttalt – gjennom hoderyst, latter og ironiske kommentarer.⁵¹ Men selv om denne typen utsagn forekommer, er det ingen tegn til at de ansatte gjør et aktivt opprør mot ideene. Mange synes å tenke at det som kommer «ovenfra» er noe som kommer – noe som det er lite å gjøre med. Deres innstilling er avventende og pragmatisk: «Vi får tar det som det kommer og gjøre så godt vi kan». De *tilpasser* seg med andre ord.

Mer innarbeid

Mange forbinder tiltak «ovenfra» med økt byråkrati. Byråkratiet eser ikke bare ut *på toppen* i den praktiske omsorgstjenesten, men trenger seg *inn* i den praktiske omsorgshverdagen. Flere av de ansatte kunne fortelle at det anvendes stadig mer tid til det de betegner som «innearbeid», det vil si mer tid til å utforme og til å endre på planer og vedtak, tid til å dokumentere, til å føre statistikk og til å gå på møter. Krav om mer innarbeid kommer sjelden sammen med mer ressurser og kapasitet, men spiser seg inn i en allerede knapt tilmålt omsorgstid. I et av distriktene ble det fortalt at det fra tid til annen var nødvendig å gi ansatte en «innedag» slik at de kunne få unna skrivearbeid som hadde måttet vike i en travel periode med personalmangel. I to av distriktene kunne ansatte fortelle at de hadde deltatt i tidsstudier. Begge stedene hadde undersøkelsen vist at 40–50 prosent av sykepleiernes tid gikk med til indirekte arbeid. Av denne tiden var nok en del anvendt til pasientrettet arbeid (kontakt med pårørende, leger etc.), men mye av tiden gikk også med til møter, arbeid med dokumentasjon osv. Mange kommenterte at dette er tidkrevende oppgaver som i stadig større grad stjeler av de ressurser som burde komme syke og gamle til gode. En sykepleier fortalte

⁵¹ Ironi regnes som en særdeles effektiv strategi for å så tvil om nye språklige konstruksjoner (Potter 1996). Gjennom ironi blir utsagn snudd på hodet slik at de fremstår som løgn og feilsnakk.

hvordan kravet om skriftlige vedtak hadde endret hverdagen for førstelinjelederne:

Sykepleier: Jeg har jobbet her i 12 år til høsten og fungerte i 8 av disse som avdelingssykepleier. Og nå har jeg gått tilbake til vanlig sykepleier igjen. Jeg orket ikke jobben som avdelingssykepleier fordi den ble for slitsom, synes jeg.

Intervjuer: På hvilken måte?

Sykepleier: (Stønner) Papir!! Papir an mass. Du ble pålagt stadig flere arbeidsoppgaver. Etter forvaltningsloven skulle man fatte vedtak. Jeg startet som avdelingssykepleier i 1990. Da hadde jeg to dager inne og var tilgjengelig på telefonen, deltok på noen møter etc., og så var jeg tre dager ute hos brukerne. Det var i 1990, og så etter hvert i 1992 begynte det, da var det slutt med å være «ute».

Enkelte av de ansatte understreket at det ikke var deres overordnede alene som kunne klandres for alle de byråkratiske tiltak. Mange benyttet imidlertid intervjusituasjonen til å beklage seg over politikerne og den diffuse og sammensatte forvaltningen – «de på toppen», «de som har disse jobbene» – for å mangle innsikt i hvilke konsekvenser deres egne tiltak får for omsorgshverdagen:

Det vi kunne tenke oss er at de som har disse jobbene, at de kunne ta seg en uke for å se på hva vi gjør. Så kunne de kanskje finne på noe som *virkelig* kunne bidra til forbedringer.

Dom som sitter på toppen burde være med ut! Alt fra toppolitikere og andre toppledere: kom og vær med ut og se. Vær med på morran, ettermiddag og kveld så kan dem få se hva det egentlig er. Dom kan ikke bare sitte nedi der å bestemme at sånn skal det være.

Yrkesutøvernes distanserte og kritiske innstilling til planer, ideer og tiltak «ovenfra» berører også kvalitetsideen. Blant de ansatte som ble intervjuet, var det kun få som hadde engasjert seg aktivt i kommunens ideer og visjoner om hvordan tjenesten skal utvikles framover. De hadde fått med seg at det var mye snakk om kvalitet, og at det var ansatt egne kvalitetskonsulenter og iverksatt egne kvalitetsgrupper. For mange fikk begrepet 'kvalitet' åpenbart en hul og til dels ironisk klang, ettersom det ble servert *samtidig* med forslag om kutt i bemanning og medførte reduksjon i hjelpetid. Ved å stille kvalitet i kontrast til nedskjæringer røpte disse informantene at de la til grunn en alminnelige hverdagsforståelse av begrepet 'kvalitet'. 'Kvalitet' er et positivt ladet begrep og fremstår dermed som et signal om noe som er *bedre* enn det bestående. Når begrepet serveres sammen med budsjettkutt, blir det lite

troverdig. Det blir tomt prat. I et av distriktene der det var satset sterkt på kvalitetsarbeid fikk vi følgende kommentarer:

Vi er blitt skåret til beinet, men utad fremstår vi som en kvalitetskommune. Kvalitetskonsulentene får masse henvendelser fra andre som vil lære. Det er jo helt utrolig!

En sykepleier som ble spurt om hun hadde hatt befatning med noe kvalitetsarbeid, svarte:

Kvalitetsarbeid? Hva mener du? Det er jo *vi* som utfører kvaliteten. Mener du om jeg har sittet ned og *snakket* om kvalitet?

At de ansatte viste liten interesse for innholdet i administratorenes kvalitetsideer, betyr imidlertid ikke at de var uberørt av de konkrete endringsforslagene og tiltakene som hadde sprunget ut av disse ideene. I forrige kapittel valgte vi å skille mellom tre typer av kvalitetstiltak: Tiltak orientert mot å klargjøre brukernes forventninger (serviceerklæringer og tydelige vedtak og avtaler), tiltak orientert mot å få ansatte til å slutte opp om en felles standard for tjenesten, og endelig tiltak orientert mot å fremskaffe data for å bedre ledelsens beslutningsgrunnlag. Vi skal i de tre påfølgende avsnittene se nærmere på hvordan ansatte berøres av og kommenterer de tiltak som knyttes til disse tre områdene.

Kan kvalitet sikres gjennom å avklare brukernes forventninger?

En viktig del av kvalitetsarbeidet er som nevnt orientert mot å gi brukeren klare holdepunkter. Brukerne skal forsynes med god informasjon *før* hjelpetiltaket settes inn. Det er derfor viktig at den kommunale forvaltningen utarbeider serviceerklæringer, at den potensielle hjelpemottakerens behov blir grundig kartlagt og at hjelpens innhold i størst mulig grad blir tydeliggjort og avtalesfestet. Hjelpemottakerens første møte med tjenesten skal kvalitetssikres. Nødvendigheten av en klar avtale mellom kommunen og den enkelte bruker innskjerpes innenfor rammen av bestiller–utfører-modellen (jf. fig 4, s. 84) ettersom modellen legger opp til at *tildeling* og *utførelse* av tjenester skal foretas av to uavhengige enheter. Modellen bygger på en forutsetning om at hjelpebehovet normal kan og bør bestemmes *prospektivt* – før hjelpetiltaket iverksettes.

Formodningen om at omsorgsbehov kan forhåndsbestemmes røper en implisitt oppfatning om at de uklarheter og problemer som knytter seg til behovsvurderingen har sin rot i et *kunnskapsproblem* (Öhrming & Sverke 2002). Man tror at behovsvurderingen kan sikres ved hjelp av den rette

kunnskapen og de rette informasjonsverktøy. Dette bryter med praktikernes erfaringskunnskaper. For yrkesutøverne er det vel kjent at det er vanskelig å bedømme behov på grunnlag av et enkelt møte med hjelpemottakeren. De fremstiller imidlertid ikke problemet som et kunnskapsproblem, men som en form for usikkerhet og uklarhet som ligger implisitt i omsorgsarbeidet. Hjelpetbehov er vanskelige å tolke fordi det er uklart og usikkert hvordan hjelpemottakerens situasjon vil utvikle seg. Yrkesutøverne forstod problemet som en form for *oppgavebasert uklarhet* (task ambiguity), ikke som et kunnskapsproblem. I en tidligere undersøkelse der rutiner omkring behovsvurderinger ble gransket (Vabø 1998), fant vi at det eksisterte en uskreven arbeidsnorm i tjenesten som tilsa at det er nødvendig å anvende *tid* før en formulerer en fastere hjelpeavtale. Dette var en erfaringsbasert norm. Hjelperne visste av erfaring at det var nødvendig å anvende tid. Erfaringene tilsa at hjelpemottakerens helsetilstand ofte er omskiftelig og ustabil, og at vedkommende ofte har begrenset kapasitet til å vurdere og formidle egen tilstand. Noen kommer rett fra syke huset, de føler seg omtåket og er uvant med sin nye tilstand (etter et slag, et benbrudd etc.) og trenger tid til å områ seg og til å prøve ut hva de klarer og ikke klarer. Andre har vansker med å artikulere sitt hjelpebehov, eller de vegrer seg i det lengste mot å slippe fremmede mennesker inn i sitt mest private, intime livsområde. Ofte vil det vise seg etter en «prøvetid» at den første vurderingen må korrigeres fordi hjelpebehovet ble mer eller mindre omfattende enn først antatt. Korrigeringen av den første behovsvurderingen blir ikke ansett for å være en korrigering av en feilvurdering, men snarere som en nødvendig justering av hjelpen som alltid ligger implisitt i pleie- og omsorgsarbeidet. Man kan dermed godt si at ansattes fortløpende behovsvurdering kan betraktes som en etablert, institusjonalisert kvalitetssikringsrutine.

Spørsmålet er så: Hvordan reagerer arbeidsledere og ansatte på at vurdering og fastsetting av hjelpebehov nå i økende grad forutsettes å skje forut for deres befatning med hjelpemottakeren? Går de med på at hjelpebehov kan bestemmes prospektivt, og har de tro på at de foreslåtte styringsverktøyene bidrar til å klargjøre brukernes forventinger og krav?

Kan behov bestemmes prospektivt?

Sett fra praktikernes ståsted, har utviklingen mot en mer avtale- og oppgavestyrte tjeneste skjedd gradvis. Utviklingen ble intensivert, først som følge av lovbestemmelsen om «skriftlige vedtak» og siden med omleggingen til bestiller–utførermodellen. Modellen innebærer at ansvaret for behovsvurderingen flyttes ut av førstelinjetjenesten og opp til en egen administrativ enhet – et bestillerkontor. I tilknytning til denne strukturelle omleggingen

satser kommunen på at nye informasjonstiltak (serviceerklæringer) og bedre vurderingsrutiner skal avklare hjelpemottakerens forventinger og hjelpernes ansvar og dermed skape tydeligere rammebetingelser for hjelpeforholdet. Med andre ord: det legges opp til en mer formalisert og avtalebasert hjelpetjeneste.

I en av eksempelkommunene som relativt nylig hadde omstrukturert i tråd med bestiller–utførermodellen, hadde det vært mye diskusjoner omkring rutiner for behovsvurdering. Den nye modellen ble innført med et løfte om at førstelinjetjenesten skulle få slippe tidkrevende skrivearbeid. Ut fra sin opplevelse av å være dynget ned med «innarbeid», hadde mange hatt forhåpninger knyttet til modellen. På samme tid stilte flere seg tvilende til om det kunne la seg gjøre å fatte gode nok vedtak *før* hjelpetiltaket ble satt i verk, på grunnlag av ett enkelt møte med hjelpemottakeren. En mellomleder fortalte at hun hadde protestert kraftig mot toppledelsens forslag, og at hun hadde blitt hørt. Hun hadde fått gjennomslag for at saksbehandlerne skulle vente et par uker og innhente opplysninger fra ansatte før et endelig vedtak ble fattet. Med andre ord, den etablerte arbeidsnormen om å vente og se en stund ble tatt til etterretning. Mellomlederen var imidlertid fortsatt av den oppfatning at en del vedtak ble fattet på et for tynt grunnlag:

Vedtaket skjer fortsatt kjapt, kjappere enn før. Det er kanskje greit det. Men det blir så utrolig mye byråkrati av det. – Man sier at vedtaket er viktig for at folk skal kunne klage, men det er jo ingen som klager! – Og jeg mener ikke at det ikke er viktig å få ting skriftlig, for jeg er for det. Men hva hjelper det å klage om de får feil vedtak?

Mellomlederens beklagelser over et økende byråkrati viste til de problemer det hadde medført at alle revurderinger skulle gå via bestillerkontoret. Det nye systemet innebar at dersom hjelpemottakerens behov ble endret, skulle de melder fra til bestillerkontoret slik at det kan fattes et nytt vedtak. Ansatte som oppdaget at et vedtak ikke stemte med reelle behov, måtte først formulere en begrunnelse for revurdering, enten ringe eller sende en faks til bestillerkontoret, og deretter vente på at det ble avlagt et nytt vurderingsbesøk og utformet et nytt vedtak. Ordningen fungerte lite smidig i en travel omsorgshverdag, fortalte mellomlederen. Eksempelvis beklaget hjemmehjelperne seg over at det tok unødvendig lang tid før hjelp ble avviklet hos mennesker som hadde forbigående behov for hjelp. De mente det var frustrerende å måtte utføre hjelpeoppdrag hos relativt friske mennesker når det samtidig var så mange *andre* som sårt kunne trenge litt mer hjelpetid.

Erkjennelsen om at hjelpebehov er usikre og skiftende stiller omsorgsorganisasjonen overfor et dilemma:⁵² Skal man være trofast mot prinsippet om uavhengighet mellom tildeling og drift og holde fast ved at alle revurderinger skal foretas av bestillerkontoret, eller skal man bryte med prinsippet og inngå et samarbeid med utførerne om å justere og tilpasse vurderinger? Dilemmaet har åpenbart medført en rekke forhandlinger i kommunene, og mye tyder på at løsningen har blitt forskjellig. I enkelte kommuner er det tydelig at samarbeidet mellom bestiller og utførerenheten er tett – så tett at det minner mye om den «gamle» ordningen der behovene ble vurdert og avklart i samarbeid med de ansatte som var i daglig kontakt med hjelpemottakeren. I et distrikt der bestiller–utfører-modellen hadde eksistert relativt lenge, fortalte en sykepleier at hun selv hadde betydelig innflytelse over bestillerenhetens vedtak. For henne fungerte bestillerkontoret nærmest som en administrativ håndlanger:

Intervjuer: Så det går fort å endre hjelpen?

Sykepleier: Ja, vi endrer helt etter behov, sånn at vedtakene ofte ikke blir vedtatt før de spør oss tilbake: «Hvordan ble det? Ble det besøk morgen og kveld, eller fikk dere redusert det? eller ble det enda mer eller...» Sånn at den bestillerenheten de vet aldri om det blir helt akkurat sånn som de har skrevet. Fordi når vi har gått der en liten stund, så kan det bli endret.

Intervjuer: Hvilken funksjon har den bestillerenheten dersom *dere* likevel kan endrer på de vurderingene de har gjort?

Sykepleier: Det som er veldig ålreit, er at de setter igang mange baller – tiltak som for eksempel bestilling av hjelpemidler. Og jeg ser jo det, at skulle vi sittede der med det og – *det* hadde vi ikke maktet. Så de bestiller hjelpemidler og for eksempel ombringning av varm mat.

Beskrivelsen over tyder på at ideen om å flytte behovsvurderingen opp til et administrativt nivå ikke alltid gjennomføres bokstavelig og konsekvent, men i en «myk» variant som innebærer betydelig grad av samarbeid og kommunikasjon mellom de som tildeler hjelp, og de som utfører hjelpen.⁵³

⁵² I følge Nesheim (2001) stilles kommunene overfor et dilemma når de ønsker å satse på konkurranseutsetting i omsorgssektoren. Dersom det er ønskelig med reell konkurranse mellom private og offentlige tilbydere, er det nødvendig at bestiller og utfører eksisterer som selvstendige og uavhengige enheter. På samme tid besitter utførerenheten viktig kompetanse som taler i retning av samarbeid og helhetstenking.

⁵³ I en undersøkelse foretatt i prosjektet «Nordiska välfärdsstater i förändring – hemtjänstens vardag och villkor i fyra nordiska städer» (1999–2002), ledet av professor Rosmari Eliasson-Lappalainen fant vi også eksempler på at idealet om uavhengighet mellom bestiller og utfører ble fulgt strengt. I en svensk bydel kom det mange beklagelser fra ansatte som mente at bestiller og utfører modellen medførte mye unødvendig byråkratiarbeid (Vabø 2001).

Brukeren som kontraktpart

Nødvendigheten av serviceerklæringer, tydelige vedtak og individuelle omsorgsplaner begrunnes blant annet ut fra en idé om at hjelpemottakeren bør ha krav på klare holdepunkter for hjelpen. En tydeligere, avtalefestet omsorg vil skape forutsigbarhet og trygghet, heter det. Ideen bygger på en antakelse om at hjelpemottakerne er kompetente nok og bevisst nok til å vite hva slags avtaler de inngår. Dagens eldre formodes å være i stand til – enten selv eller ved hjelp av pårørende – å innrette seg etter det som er avtalt, og til å forstå det de har fått av skriftlig materiell.

Sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere som er i tett kontakt med eldre og syke, finner det vanskelig å si seg uenige i at hjelpemottakere bør ha krav på informasjon og klare rettigheter. Den forbrukerpolitiske retorikken som spiller på parti med den svake part, brukeren, er vanskelig å argumentere mot (se Vabø 2001). På samme tid antyder de ofte at rettighetstenkningen bygger på premisser som ikke alltid er til stede når en har å gjøre med syke og eldre. Mange eldre – også de som i utgangspunktet har hatt ressurser – makter ikke å forholde seg til de formelle rutinene omkring hjelpen. De er for mentalt redusert eller for utmattet av sykdom til å holde rede på sine rettigheter og krav og/eller til å sette seg inn i hvilke avtalebetingelser som gjelder tjenesten. For enkelte blir rettighetene mer en ekstra belastning og stressfaktor enn en betryggelse. En sykepleier sa eksempelvis:

Det heter seg at kvaliteten skal bli så mye bedre. Det er vel og bra for den som er yngre, men for de gamle blir det skremmende med alle disse brevene. Det er lange brev med «harde» ord som 'vedtak', 'klageadgang' og 'tilsynsutvalg'.

Sitatet antyder at de formelle rammene som omgir tjenesten forutsetter en aktiv, våken innstilling – en innstilling som mange hjelpemottakere ikke har. Det samme synspunktet kommer indirekte frem i en del av de ansattes hverdagsfortellinger, der det fremgår at enkelte av de svakeste eldre overhode ikke vet eller husker hva brevene og informasjonsmaterialet inneholder. For hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere har det lenge vært en del av hverdagen å hjelpe eldre til å forstå og til å huske når hjelpen kommer, hva hjelperen skal gjøre osv. De har nå fått en ny omsorgsoppgave som består i å hjelpe eldre til å forstå og å huske hva som står i brevene som kommer fra kommunen.

I et av distriktene der det det siste tiåret hadde vært iverksatt en rekke kvalitetstiltak, ble det fortalt at de for noen år tilbake hadde iverksatt en ordning med en *brukeravtale*. Hensikten med avtalen hadde vært (i likhet

med individuelle omsorgsplaner) å konkretisere det formelle vedtaket slik at bruker og hjelper skulle vite eksakt hva som skulle utføres fra gang til gang. En av de ansatte ble bedt om å fortelle om erfaringen med avtalen:

Intervjuer: Hvordan synes du brukeravtalen fungerte?

Hjemmehjelper: Overfor brukerne? De fleste brukerne så overhodet ikke den brukeravtalen. De hadde ikke noe forhold til den. En av lederne ringte rundt til noen av brukerne for å høre. De fleste de hadde ikke noe forhold til den. Så derfor ble det slutt på å bruke den.

Avtalens betydning i omsorgshverdagen

På spørsmål om vedtak og avtaler har fått større betydning i det daglige, svarte de fleste et betinget ja. De forklarte at det stadig kommer signaler «ovenfra» om å holde seg til vedtaket – ting må ikke skli ut slik at utgiftene løper løpsk. På samme tid understreket de at det fortsatt er *nødvendig* å utøve skjønn. Avtalene kan ikke og må ikke følges slavisk. Sykepleierne forklarte at de fortsatt anså det som sitt ansvar å vurdere behovene fra dag til dag, hva som er viktig. De nevnte alt fra behov for ekstra pleie og tilsyn ved influensa til det å mate katten eller sette på en vaskemaskin dersom det er dette som er viktig for hjelpemottakeren en dag. Det ligger fast i deres bevissthet at de forholder seg til en foranderlig hverdag, og at de utøver et yrke der det etiske og praktiske *skjønn* har en legitim og sentral plass. Hjemmehjelpere beklaget seg over at knappe tidsrammer innskrenker muligheten til å gjøre noe utenom det avtalte – små trivselsskapende ekstratjenester. Men også de gav uttrykk for at det fortsatt er mulig å gå utenom det avtalte dersom det er *nødvendig*. De viste til flere eksempler der de var blitt stilt overfor etiske dilemmaer som tilsa at det ville være urimelig å følge vedtaket:

Intervjuer: Når det gjelder vedtaket, kan brukeren endre, bytte ut, dersom de vil ha gjort noe annet?

Hjemmehjelper: Ja, jeg skjønner. Altså før så hadde vi gjerne gjort det, og vi gjør det jo til dels i dag også. Men vi har fått beskjed om at så lenge det ikke står i vedtaket, så skal vi ikke gjøre det. Men vi må jo bruke litt skjønn. Er det en bruker som er sjuk en dag og ligger i senga, så går vi jo ut og handler for brukeren uten at det står i vedtaket, mener jeg da. Men juridisk sett skal vi jo ikke gjøre det så lenge det ikke står i vedtaket.

Intervjuer: Men du bare gjør det du mener er riktig selv?

Hjemmehjelper: Ja, jeg gjør det, og det tror jeg faktisk de fleste gjør. For det er verre å stå inne hos brukeren og si at jeg kan ikke handle for

deg fordi det står ikke i vedtaket. Og brukeren ligger i senga og er sjuk, det blir jo feil det og, så jeg mener en må bruke skjønn, og gjøre det man mener er riktig.

Som sitatet illustrerer er hjelperne lite villige til å innordne seg en arbeidspraksis som strider mot sin egen moralske overbevisning. De fleste oppfatter det som legitimt å utøve skjønn innen rimelighetens grenser. «Å holde seg til vedtaket» ble av flere oppfattet først og fremst som en oppfordring om å være kostnadsbevisst – en oppfordring om å ikke ødsle med tid og ressurser. En hjemmehjelper forklarte at hele hensikten med vedtaket var å ha et redskap for å sette grenser overfor kravstore brukere. For øvrig var det ingenting i veien for at brukere får bytte ut de faste hjelpeoppgavene med andre oppgaver de ønsker å få utført – de får sydd i en knapp eller strøket et plagg osv. Men – en skal være påpasselig med at ikke ekstratjenestene fører til at brukernes forventninger skrus opp slik at den som unntaksvis får vasket et vindu i ettertid regner med at dette gjøres.

Intervjuer: Er det frihet og fleksibilitet innenfor vedtakene?

Hjemmehjelper: Ja, det er jo det da. Men vi kan ikke la det flyte ut. Vi kan ikke bare være snille. Men vi sier eksempelvis: Dersom det ikke er så farlig om jeg gjør det vanlige i dag så kan jeg godt ta noe annet. Eksempelvis: Vindusvask finnes ikke på et eneste vedtak. Allikevel... – så sitter de gamle der og kan ikke se ut av vinduet... Da hender det jeg tilbyr meg å hoppe over teppene en dag og heller tar et vindu for vedkommende.

Intervjuer: Men så vil hun gjerne ha støvsugd teppe etterpå også?

Hjemmehjelper: Ja, den har vi også... (latter).

Vi har hittil til gode å treffe ledere og ansatte fra førstelinjen som mener at det er illegitimt å anvende skjønn. Tvert om forventes det at ansatte bruker sunn fornuft. Å anvende sunn fornuft ble nærmest ensbetydende med å anvende skjønn: man skal ha en lempelige innstilling til de formaliserte sidene ved arbeidet og i stedet vise medmenneskelige hensyn. Som en sa: *Det er tross alt mennesker vi har med å gjøre, ikke sykler eller andre ting!* Enkelte begrunnet nødvendigheten av en lempelig, medmenneskelig innstilling med utgangspunkt i kommunens offisielle honnørord. En mellomleder som ble spurt om det er legitimt å fravike det avtalte, sa eksempelvis: *Det er klart vi viser smidighet. Det inngår som en del av brukermedvirkningen.*

Ingen som befinner seg nær den praktiske omsorgshverdagen vil hevde at omsorgstjenesten kan gjøres helt strømlinjeformet. Allikevel er det klart varierende oppfatninger hvor strengt avtalene bør tolkes. Oppfatningene

varierer mellom ulike kommuner og distrikter og mellom ulike personer.⁵⁴ I en av kommunene var det en formalisert regel som sa at brukeren kan få bytte ut faste hjelpeoppdrag med andre ytelser. Andre steder var den samme praksisen en uskreven regel som arbeidsledere i større eller mindre grad gav sin tilslutning til. Det var også alminnelig kjent og akseptert at hjemmehjelpere ofte yter andre småtjenester enn det som står oppført i vedtak og planer. Disse uskrevene reglene var tydeligvis under diskusjon og reforhandling flere steder. Enkelte arbeidsledere medgav at kravene de ble møtt med om å synliggjøre arbeidet, var vanskelig å forene med at hjemmehjelpere stadig gjør mer enn avtalt. I et distrikt der konkurranseutsetting var nært forstående, forklarte en soneleder at temaet «å gjøre noe ekstra» ble hyppig diskutert blant de ansatte. Hun stilte spørsmål ved om sonen ville kunne være konkurransedyktig med en arbeidspraksis der hjemmehjelpere stadig gjorde *mer* enn det som var bestilt fra kommunen. Som hun sa: Vil et privat renholdsbyrå vaske mugg fra kjøleskapet til en bruker som kun har bestilling på gulvvask?

For arbeidslederne i de øvrige distriktene var ikke eksponeringen for konkurranse like nært forstående. Det var imidlertid ikke fritt for at enkelte av dem også spekulerte over hvilke implikasjoner det vil medføre dersom ideer og planer ble fulgt opp bokstavelig. En mellomleder reiste spørsmål ved hvordan tjenesten ville bli dersom det kun var det avtalte og det planlagte som skulle tilskrives en verdi:

Hvordan skal vi kunne synliggjøre verdien av at fru Jensen, som er redd for å dø, fikk litt ekstra tid med sin hjemmehjelper forleden? Og hvordan skal vi kunne synliggjøre verdien av at gamle Hansen får en ekstra barbering dagen før han skal i sin brors 85-årsdag?

Den samme sonelederen betydret at dersom alle de planer og ideer som ledelsen i kommunen syslet med, ble en realitet, ville hun søke seg til en ny stilling ved et mer tradisjonelt omsorgsdistrikt. På denne måten markerte hun fotfolkets kanskje viktigste forhandlingskort: Dersom kravene om å disiplinere skjønnet går for langt, risikerer omsorgsdistriktene å miste kvalifisert og motivert personell.⁵⁵

⁵⁴ Hvorvidt hjemmehjelpere tilgodeser behov som ligger utenfor det strengt avtalte, beror på en rekke individuelle forhold som alder, livserfaring m.v., men det beror også på deres arbeidsvilkår – hvorvidt det er tilstrekkelig tid og handlefrihet til å gjøre omprioriteringer (Hansen, Eskelin & Madsen 1999).

⁵⁵ Argumentet «blir det for ille – da slutter jeg!» var et argument som flere informanter viste til.

Kvalitetsgrupper – nøkkelen til et «levende» kvalitetssystem?

Ideen om total kvalitetsledelse forutsetter en aktiv deltakelse fra ansatte på alle nivåer i organisasjonen. Som vi har sett i de to foregående kapitlene er deltakelse nedenfra et prinsipp som både eksterne og interne eksperter anbefaler for kommuner som bygger opp et kvalitetssystem. For at systemet skal bli «levende» i hverdagen er det viktig at ansatte *selv* bidrar. Av de fem omsorgsdistriktene som ble undersøkt nærmere her, var det to distrikter som hadde aktive kvalitetsgrupper på undersøkelsestidspunktet. To av distriktene hadde tidligere hatt flere grupper i sving, mens den femte hadde planer om å opprette slike grupper.

Som vi var inne på i forrige kapittel, varierer det hvordan den enkelte kommune/bydel organiserer og tilrettelegger arbeidet i sine kvalitetsgrupper. Dette skyldes til dels at gruppene i utgangspunktet er blitt opprettet for ulike formål. I noen tilfeller er gruppene opprettet direkte som et svar på helsemyndighetenes krav om internkontroll og skriftlige prosedyrer, i andre tilfeller for å utarbeide et system for å kontrollere at tjenester fra (eksterne) utførere holder avtalt pris og kvalitet, mens hensikten i andre tilfeller igjen har vært å utvikle og forbedre rutiner og arbeidsformer i tjenesten. Som vi skal komme nærmere inn på nedenfor, vil ulike motiver for å opprette gruppene ofte flyter over i hverandre.⁵⁶ Det er ikke uvanlig at gruppene jobber med å utarbeide systemer for kontroll og dokumentasjon samtidig som de bidrar til å fremme forslag om forbedringer.

Kvalitetsgruppene skiller seg også fra hverandre med hensyn til hvordan de er sammensatt, hvorvidt de er tidsavgrenset, og på hvilken måte de blir kontrollert. Mange følger den ortodokse TKL-ideen og satser på tverrfaglige grupper, men det finnes også dem som har valgt å satse på rene faggrupper (sykepleiere for seg, hjelpepleiere for seg). Noen grupper er tidsbegrensede, flyktige prosjektgrupper som arbeider med bestemte temaer, mens andre er opprettet på mer ubestemt tid. I noen tilfeller er det lagt opp til at gruppens resultater fortløpende kontrolleres av et oppnevnt kvalitetsutvalg fra den administrative ledelsen, mens det i andre tilfeller er lagt opp til en mer sporadisk revisjon.

Før vi går nærmere inn på erfaringene fra kvalitetsgruppene må det understrekes at deltakelsen i gruppene som regel er mer begrenset enn det gis

⁵⁶ Det fremkom også i det vi fikk høre gjennom kartleggingsundersøkelsen.

inntrykk av i den normative konseptlitteraturen.⁵⁷ En stram kommune-økonomi setter grenser både for hvor mange ansatte som kan delta, og for hvor ofte det kan avsettes tid til gruppearbeid. Kvalitetsgruppene er ikke et tydelig innslag i den praktiske omsorgshverdagen. I et distrikt der den administrative ledelsen hadde vært på kurs og glødet for kvalitetsideen, var det påfallende hvor *lite* fotfolket glødet for den samme ideen. En hjemmehjelper som ikke selv hadde deltatt i kvalitetsgruppe, ble spurt om det pågikk noe kvalitetsarbeid i distriktet: Hun hadde ikke fått med seg at arbeidet var startet opp:

Jeg tror ikke de er kommet i gang med det enda – dette med kvalitets-sikring. Dem skal jo ha grupper som skal holde på med kosthold, med tannhygiene osv, men jeg tror ikke dem er kommet i gang altså.

En sykepleier fra samme distrikt kunne fortelle at hun selv hadde deltatt i gruppearbeid en gang i måneden. Hennes forhold til gruppen ble beskrevet som et flyktig besøk inn i idéverdenen. Hun sa blant annet:

Jeg har vært med i to grupper. Så går det en stund, og så plutselig ligger det et produkt der og jeg tenker: Oj, dette har jo jeg vært med på en gang. Slik er det! Så kaller de gruppene for ulike ting, kvalitetsgruppe er ett navn, ressursgruppe et annet, og så endrer de navn hele tiden.

Uttalelsene fra disse to informantene viser hvordan kunnskap og interesse for kvalitetsarbeidet kan forandre seg når ideen formidles videre nedover i organisasjonen. At ledelsen er engasjert, gir ingen garanti for at tilsvarende engasjement tennes hos ansatte.⁵⁸ Men som vi skal se nærmere på nedenfor er erfaringene mer nyansert.

Hvordan sette ord på den tause kunnskapen

Som nevnt hadde to av de fem omsorgsdistriktene opplevd å få anmerkning fra Fylkeslegen for å mangle et system som dokumenterer at grunnleggende behov blir dekket. I begge tilfellene var det bestemt at det skulle tas et krafttak for å rette opp mangelen. I et av distriktene var det nedsatt flere tverrfaglige kvalitetsgrupper som skulle *utarbeide* ulike typer prosedyrer, og i tillegg et kvalitetsutvalg som skulle *godkjenne* prosedyrene. I henhold til en overordnet plan skulle arbeidet ta utgangspunkt i kvalitetsforskriften (se s.

⁵⁷ I litteratur som gir innføring i TKL, legges det stor vekt på at «alle skal delta», og at kvalitetssystemet skal være «ansattes eiendom».

⁵⁸ I den forbindelse må det nevnes at også det motsatte kan forekomme. En intern kvalitetskonsulent som ble intervjuet i kartleggingsundersøkelsen, fortalte at flere sykepleiere i tjenesten hadde glødet for kvalitetsarbeidet lenge før toppledelsen innså hvor viktig det var.

58). I planene for arbeidet ble det påpekt at de 13 punktene i forskriften var generelle, og at de derfor måtte operasjonaliseres. Det ble også påpekt at det var viktig å prioritere områder som ble oppfattet å være *sårbare områder* – det vil si områder der det var åpenbart viktig å ha en entydig og klar praksis. Det siste poenget ble understreket av en mellomleder som deltok i kvalitetsgruppens arbeid:

Intervjuer: Hva slags problemstillinger diskuterer dere?

Distriktsleder: Det er alt mulig: Det kan være spørsmålet om vi har lov til å kontakte pårørende til en bruker som ikke *vil* ha hjelp. Vi har prosedyre for hva vi skal gjøre når vi finner en bruker død i hjemmet. Det kan være prosedyrer for førstegangsbesøk. Mye matnyttige ting. Men vi ser jo at dette lett blir stående i en perm. Men det kan jo være *noe* som er til hjelp.

Intervjuer: Hva med kvalitetsforskriften? Følger dere den?

Distriktsleder: Du kan gjøre det veldig stort. Vi har funnet ut av vi ikke kan ha det for stort til å begynne med. Det kan jo ta helt av. Det kan brukes for nyansatte, og det kan brukes som et oppslagsverk. Det er jo en bevisstgjøring for oss selv også. ()Vi holder på frem og tilbake og prøver oss frem med hva som blir matnyttig.

Intervjuer: Er det bevisstgjøringen som er viktig, eller resultatet fra gruppa? Dere skal jo ha et system for avviksregistrering?

Distriktsleder: (ler) Avviksbehandling er ikke veien å gå. Jeg har ikke tro på det. Klager kanskje og tilbakemeldinger fra brukere via brukerundersøkelser. Det er det vi har bestemt skal være evalueringpunktene. Ser ikke som mål å få så mange avviksmeldinger.

Avviksbehandling bruker vi på medisinene.

Distriktslederens pragmatiske innstilling til gruppearbeidet sammenfalt i stor grad med det vi hadde fått høre gjennom kartleggingsundersøkelsen (se kap. 5): Kvalitetsarbeidet var i gang, og man hadde valgt å starte opp med å utarbeide prosedyrer på områder der det åpenbart er viktig å ha en entydig klar praksis. Områder som gikk igjen, var områder som medisinbehandling, håndtering av medisinsk teknisk utstyr, oppbevaring av nøkler til private hjem, hva ansatte må gjøres dersom tjenestemottakeren ikke åpner døra, hva ansatte må gjøre dersom de finner en død person i hjemmet, hvordan søke om plass i sykehjem, hvordan henvise pasienter til lege, tannlege, til fotterapeut etc. Oppgavene som ble nevnt lot seg i stor grad innordne under definisjonen av det vi tidligere har omtalt som «tamed problems» (kap. 3), det vil si relativt standardiserte problemer som er lette å definere og avgrense, og som derfor kan løses på én bestemt måte. At denne typen rutiner ble skrevet

ned og gjort tilgjengelig i en perm, ble oppfattet som fornuftig og uproblematisk. Ofte var det prosedyrer som allerede var godt innarbeidet og institusjonalisert, og i noen tilfeller var de også skrevet ned fra før.

Når det kom til de mer trivielle «lavteknologiske» oppgave som stod listet opp i kvalitetsforskriften – hjelp med måltider, av- og påkledning, personlig hygiene osv. – ble det åpenbart mer problematisk å enes om hvilke skriftlige prosedyrer som skulle gjelde. Problemer som oppstår i forhold til disse områdene, er ofte skiftende og tett sammenvevd med andre problemer. Den enkeltes behov for hjelp i hverdagen vil som regel være avhengig av en rekke sosiale og materielle variabler (Vabø 1998). Å komprimere denne typen komplekse og skiftende hverdags erfaringer til enkle og instruktive *prosedyrer* kan fremstå som umulig. En hjemmehjelper bemerket: *Det er så lett å gjøre det og å si det (hva man gjør), men hvordan skal vi få det på papiret?»*.

Problemet for praktikere som skal beskrive sine arbeidsprosedyrer, er å få til beskrivelser som har et passe detaljnivå og et passe format for en prosedyrehåndbok. De fleste var bevisst på at de burde unngå å ende opp med hyllemeter med detaljerte prosedyrer som aldri blir brukt. Å bli grepet av «prosedyromani» ble nærmest fremstilt som en barnesykdom. Det var noe mange kommuner hadde drevet med tidligere, før ideen om kvalitetsstyring hadde modnet seg. I de to distriktene som hadde lengst erfaring med kvalitetsarbeid, ble det fortalt at prosedyreproduksjonen hadde tatt helt av da de startet opp gruppene. Fagfolk som var involvert i kvalitetsgrupper, hadde diskutert og konkretisert punkt for punkt hvordan det daglige arbeid skulle utføres. Dette hadde resultert i tettpakkede sider med tekst og hyllemeter på hyllemeter med prosedyrepermer som var alt for tungvint. I et gruppeintervju med flere soneledere fra en av disse kommunene ble arbeidet med det «gamle» kvalitetssystemet erindret som svært tungdrevet og vanskelig:

So 3: Vi jobbet egentlig etter en litt *tungvint* metode som ikke alle klarte å forstå. Det skulle være grupper som skulle jobbe med det og så skulle det håndteres ut i organisasjonen. Vi hadde lite metodehefte kan du kalle det. Vi fant ut at det egentlig var veldig tungvint å forstå det. Så det har vi gått vekk fra.

So 1: Veldig tungvint! Det var Per som starta det, og vi skulle se på *alt* vi hadde og på prosess – og så skulle det ende opp i en standard. Så det vi hadde var jo avvik og høyrisiko og hvilke områder vi skulle prioritere. Ja, vi begynte, og vi somla, det var Per som kom og hadde liksom lært et eller annet. Vi brukte sånne fiskebeingsgreier. Vi skulle skrive på alt vi hadde på skjemaer og ark og sånt, og så skulle vi lage nytt. Vi prøvde jo det med økonomistandard (ler) husker dere det? Den var jo *uaktuell* når den var ferdig for vi brukte så lang *tid*. Det var *store* grupper, sant. Det var tungvint.

So3: Og det at noen få skal sitte og kvalitetssikre noen områder, og så surrer det og går som vanlig ellers...

So 2: Jeg tror at det er en tungvint metode. En felle du går i når du starter noe nytt. Du skal liksom gjøre det så grundig fordi det er nytt. Du skal forstå alt, du skal lære det sjøl. Vi kunne det ikke selv heller i utgangspunktet. Det ble veldig tungvint. Men det er typisk en felle du går i når det er noe nytt altså.

So 1: bryter inn: Vi hadde ikke noen oppskrift heller.

So 2: Det var sikkert lærerikt for oss, for vi fant ut at dette ble for komplisert og omfattende. Du orket nesten ikke å begynne på et nytt emne fordi det tok så lang tid.

Og de nye som begynte – altså, det var ingen som greide å følge opp, og da sa det oss at vi må gjøre noe enda enklere altså. Heller det, heller mer overflatisk – at noe fungerer i stedet for at du neste ikke orker å begynne fordi det blir et ork.

I likhet med den siste informanten påpekte flere av praktikerne at kvalitetssystemet måtte være *enkelt*. Det er meningsløst å utforme et system som blir så stort at det blir uoversiktlig og uhåndterlig i hverdagen. Men hva vil dette egentlig si, at et kvalitetssystem blir enkelt og håndterlig? I den ene distriktet som hadde forkastet sitt store, uhåndterlige papirsystem, hadde forenklingen resultert i et lite hefte med arbeidsbeskrivelser i lommeformat. De fleste av formuleringene hadde form av å være generelle, etiske imperativer eller «oppførselsregler». De erklærte eksempelvis at ansatte skal vise høflighet, respektere brukerens verdier, hilse og presentere seg selv, ha en profesjonell holdning til hva man snakker med brukeren om, fokusere på ressurser og ikke begrensninger, gi nødvendig støtte hjelp og oppmuntring, informere og samarbeide med bruker og pårørende. Administrative ledere og ildsjeler i kommunen mente at lommeformatet på kvalitetshåndboken gjorde systemet anvendelig og «levende». Systemet kunne bokstavelig talt medbringes i veska. For de ansatte som ble intervjuet, fremstod imidlertid innholdet verken som spesielt klargjørende eller som uriktig, men som alt for selvfølgelig. Flere som fikk forelagt heftet, innrømmet at de knapt hadde bladd i det. Noen mente at det muligens kunne ha noe for seg for *andre* – fortrinnsvis vikarer og nyansatte – men for dem selv, som hadde helsefaglig utdanning eller flere års erfaringer fra pleie- og omsorgsarbeid, ble formuleringene *for* generelle og selvfølgelige:

- Jeg synes det står lite, jeg. Mye tomt og mye selvfølgelig. Hvordan man bør oppføre seg. Jeg synes ikke det trenger stå.

- Det er klart at jeg gjør jo det som står her! Ikke fordi jeg tenker på dette (heftet), men fordi jeg tenker på pasienten.

Også i andre distrikter ble det uttrykt tvil om de skriftlige produktene ville få en anvendelse i hverdagen. Denne typen innsigelser kom også fra ansatte som selv hadde deltatt i utformingen av prosedyrene. En sykepleier og en hjemmehjelper som selv hadde vært med på å utforme prosedyrer, kom med følgende uttalelser:

Sykepleier: Det var det første som slo meg. Dette er atter et papir. Det er jo så mye som blir pålagt oss () Det handler jo om alminnelig høflighet, men så skal det plutselig bli så fint at det skal skrives ned. Og så skal det kalles for kvalitetssikring. Men vi har jo egentlig drevet mye med kvalitetssikring i alle år.

Hjemmehjelper: Jeg vet hvordan det kommer til å gå, tror jeg (hun ler) Jo – at – nå (i dag) er dette rimelig ferskt, og vi ivrer litt for det. Vi får input her og der og vi får høre at nå må dere være flinke og legge det fram for gruppen. Ja-ja- ja – det gjør vi så klart. Og så går vi gjennom det bit for bit. Vi gjør det. Og så – vips når vi er gjennom det, så sier vi: Permen står der dersom det er noe dere lurer på! – Men så... så får vi ta den fram (hun demonstrerer ved å blåse i hendene) – vi får blåse litt støv av den en gang i blant (hun ler).⁵⁹

Erfaringene med de forenklete kvalitetssystemene peker i retning av at ansatte står overfor et dilemma når de skal følge kvalitetsforskriftenes krav om å utforme skriftlige prosedyrer. Dersom prosedyrene skal være konkrete og instruktive, har de en tendens til å bli *for* detaljrike og omfattende. Dersom systemet skal være enkelt og anvendelig, har prosedyrene en tendens til å bli *for* generelle og selvfølgelige. Satt på spissen: systemet blir enten hauger av papir eller tomme selvfølgeligheter.

Systemet må tilpasses oss – ikke omvendt!

På samme tid som flere betvilte nytten av de skriftlige *produktene* som kom ut av kvalitetsgruppene, understreket de at selve gruppemøtene og samtalene *bak* det skriftlige hadde vært inspirerende og lærerikt. De kunne vise til eksempler der gruppene hadde tatt utgangspunkt i konkrete hendelser som

⁵⁹ Det hører med til fortellingen at denne hjemmehjelperen oppfattet at prosedyrene ble litt for ordknappe. Diskusjonene bak prosedyrene hadde derimot vært utfyllende, nyttige og lærerike. Men når diskusjonene skulle sammenfattes og komprimeres til korte formuleringer i en prosedyremal, ville de ikke gi den samme innsikt som diskusjonene. Hun mente derfor at det måtte være viktig at prosedyrene ble formidlet til kollegene i et forum der de samme temaene kunne tas opp til diskusjon.

hadde vært problematiske, eller som hadde resultert i kritikk og klager. Med utgangspunkt i spørsmål av typen: «Hva kunne vi ha gjort bedre?» og «Hvordan kan vi hindre at liknende ting gjentar seg?», hadde gruppen diskutert seg gjennom ulike dilemmaer og diskutert hvordan de kunne sikre at ikke liknende hendelser og problemer ville oppstå igjen. For noen var læring og bevisstgjøring å betrakte som et positivt «biprodukt». En soneleder sa:

Jeg tenker som så at uansett så har dette arbeidet vært veldig lærerikt og bevisstgjørende for de ansatte. Det å diskutere hvordan vi vil ha det, får de ansatte til å føle at de jobber faglig.

I noen kommuner og distrikter forholdt det seg nærmest omvendt. Her ble læring og refleksjon løftet opp som selve kjernen i kvalitetsarbeidet, mens de skriftlige produktene nærmest ble redusert til «biprodukter». Dette kom til uttrykk blant annet i de to distriktene som tidligere hadde hatt et *for* omfattende papirsystem.⁶⁰ I det ene distriktet hadde flere soneledere nylig lest en artikkel i *Tidsskriftet sykepleien* som la stor vekt på læring og refleksjon. Artikkelen argumenterte for at kvalitetsarbeidet kunne gjøres uten vanskelige ord og uten teoretisk kunnskap. Den understreket at å jobbe med kvalitet handler om å samtale systematisk om egne erfaringer, på ordinære husmøter og personalmøter, med en enkel flip-over. Det handler om å stille seg selv spørsmålene: Hva er vi flinke til? Hvorfor fungerer ting godt? Hvordan kan vi ta vare på dette? Hva er det som ikke fungerer så godt? Hva kan vi gjøre med det? Hvem skal ta ansvar? Artikkelen hadde skapt stor begeistring, og sonelederne mente de nå ville få kvalitetsarbeidet inn i et nytt spor og litt mer «ned i hverdagen». I en gruppesamtale ble det fortalt:

So 1: Det er en måned siden. Vi driver jo stadig med den nye modellen, og så tenker vi sånn som hun (artikkelforfatteren) sa, at vi har med denne permen på hvert personalmøte, sant. At de ansatte blir vant til å tenke kvalitet og at kvalitetsutviklingen også blir integrert i den daglige jobbingen.

So2 : Ja, det sa jo denne lederen for dette prosjektet at kvalitetssikring, det blir så vanskeliggjort, det har blitt så vanskeliggjort veldig lenge. Og vi har jobbet veldig mye med å få disse begrepene... *Få det litt mer ned i hverdagen*, få det litt enklere, så kommer vi mye lenger med det. Og hvis vi da også kan fokusere ikke bare på det som ikke fungerer, men det som fungerer, som vi kan gjøre bedre. Akkurat i det skjæringspunktet der. Da vi leste den artikkelen, så var det akkurat som om et lys gikk opp på en annen måte – hvorfor gjør vi ting så vanskelig?

⁶⁰ Dette kom også fram i noen av intervjuene fra kartleggingsundersøkelsen.

I det andre distriktet som hadde satset på forenkling, ble også læring og refleksjon ansett som essensen i kvalitetsideen. I dette distriktet hadde gruppene fått relativt frie tøyler til å utforme sitt eget system innenfor rammen av kvalitetsforskriften. En lokal ildsjel i distriktet var klar i sitt standpunkt om at:

- For oss er det prosessen som er viktigst – ikke det som står på papiret. Kvalitet handler om å bli trygg nok på seg selv til å møte brukerne på en god måte.

Vi legger vekt på å få til gode møter. De ansatte trenger og ønsker et forum der de kan komme sammen og diskutere faget sitt.

Ettersom kvalitetsgruppens viktigste oppgave var å *utvikle fagpersoner*, hadde det vært naturlig å organisere gruppene som faglige fora – hver faggruppe for seg. Sykepleierne og hjelpepleierne hadde egne, faste grupper, mens hjemmehjelperne enda ikke var kommet i gang. Grupperingen etter faggrupper bryter med det ortodokse TKL-prinsippet som jo nettopp går på å bryte opp grenser mellom avdelinger og faglige hierarkier (se kap. 3). For denne gruppen var det ikke organisasjonen, men profesjonen som ble satt i sentrum. En ildsjel fra sykepleiergruppen fortalte at gruppen fungerte som et forum for faglig oppdatering. Det hjemmebaserte omsorgsarbeidet blitt mer faglig krevende. Det er derfor viktig med faglig oppdatering og faglige prosedyrer. Og som hun sa: «*Dette er et sted der vi bare får lov til å være sykepleier*». Gruppen hadde utarbeidet et prosedyrehefte som rommet en rekke sykepleiefaglige prosedyrer. Men å utarbeide prosedyrer – arbeidsbeskrivelser – for de praktiske grunnleggende behovene ble ansett som unødvendig. På spørsmål om hvordan de tenkte rundt kvalitetsforskriften, svarte hun:

Vi må tenke fornuftig. Vi har her å gjøre med utdannet helsepersonell, noen med tre års utdanning. Vi må kunne forvente at vi har dette inn under huden!

Utsagnet reflekterer sykepleierens yrkesidentitet: Hun ser ikke på seg selv som en underordnet ansatt hvis arbeid skal styres av eksplisitt definerte kvalitetsmål og prosedyrer, men som selvstendig skjønnsutøver med fagkunnskaper og en pliktetisk orientering. Informanten som uttrykte seg slik, gjorde det klart at dette ikke var hennes private syn. Hun hadde deltatt i ulike former for kvalitetsarbeid gjennom flere år og har fått med seg et bredt spekter av kurser og seminarer. Hun hadde nylig hørt et foredrag av en høyt respektert fagperson som hadde understreket at et kvalitetssystem tilpasset helsepersonell, fokuserer på *kvalitetsutvikling*, ikke *kvalitetssikring*. Inspirert

av dette foredraget, hevdet hun med tyngde at: «*Det er systemene som må tilpasses oss og ikke omvendt!*»

Den betydning og funksjon kvalitetsgruppen ble tilskrevet i dette distriktet, kan tjene som et eksempel på hvordan kvalitetsideen kan tolkes og tilpasses ulike interesser.⁶¹ En idé som i utgangspunktet er tenkt å skulle dempe yrkesutøvernes autonomi og innlemme dem i en organisatorisk kvalitetsforståelse, blir her tatt i bruk av yrkesutøverne for å styrke deres autonomi. En slik refortolkning av kvalitetsideen har vært påpekt i en rekke studier fra andre land (Pollitt & Bouckaert 1995, Kirkpatrick & Martinez Lucio 1995, Bentesen mfl. 1999).

Fra idéverden tilbake til hverdagen

I forrige kapittel hørte vi at intensjonene bak kvalitetsgruppene var å få ansatte til å samles om en felles standard for tjenesten. Hensikten var ikke å formulere idealer for tjenesten, men snarere å enes om et nivå for kvaliteten. Yrkesutøvernes egne fortellinger fra kvalitetsgrupper tyder på at gruppene også har diskutert kvalitet ut fra en mer «grenseløs» kvalitetsforståelse. Som vi så i forrige avsnitt hender det at kvalitetsgruppens hensikt refortolkes i retning av å bli en gruppe for kvalitets*utvikling* og forbedring. I de distriktene der kvalitetsarbeidet hadde pågått lenge, ble det også fortalt om flere prosjekter der forbedring og utvikling hadde vært den primære hensikt. Kvalitetsgruppene har fungert som et fora der spørsmålet «Hvordan kan vi bli best mulig / enda bedre», har vært tatt opp. De fleste som hadde deltatt i diskusjoner og kvalitetsprosjekter av denne typen, påpekte at arbeidet hadde vært engasjerende og bevisstgjørende. På samme tid antydte de at prosjektene nok hadde vært basert på en urealistisk kvalitetsoppfatning. Prosjektarbeidene hadde vært energigivende, skjerpene og lærerike, men tiltak som var foreslått hadde vært vanskelig å følge opp. Som en uttrykte det: «*Det er morsomt å lage noe nytt, jobbe ting fram i prosjekt, men langt tyngre å drive det gjennom i en travel hverdag*».

I et travelt bydistrikt uttrykte flere irritasjon over alle kvalitetsprosjektene som ble iverksatt parallelt med nedskjæringer. De viste til en rekke navngitte kvalitetsprosjekter som hadde gått i vasken på grunn av budsjettkutt og nedbemanning. Men også i et distrikt der økonomien og beman-

⁶¹ Shaw (1995) understreker poenget i sin oppsummering: «To summarize somewhat pessimistically and oversimply, politicians are primarily interested in quality cost-effectiveness, managers aim for organizational and staff performance controls, and welfare professionals welcome quality as a mechanism that will guarantee professional survival in an uncertain world.»

ningen ble beskrevet som relativt stabil og god, ble det antydnet at forslag og ideer til forbedring ofte ikke lot seg realisere innenfor en travel hverdag. En sykepleier fortalte:

Du kan si at jeg føler at det er veldig mye *bra* (kvalitetsprosjekter), men det har noe med at vi må få tid til å få *gjort* det også. Man kan ha mange ideer og illusjoner og meninger, men å få tid til å få gjort noe med det – det er *det* som ofte er vanskelig. Fordi det er ting som må gjøres uansett om man har personale eller ikke. Er noen syke eller ikke, så skal man sette av tid til data, man skal gjøre Gerix, man skal sette av tid til rapporter, man skal oppdatere, man skal ajourføre, og så skal man ha samarbeidsmøter og drive sykepleiefaglig utvikling....Det sier jo seg selv at *kanskje* vi får gjort det, men noen ganger blir det bare enda mer vi ikke får gjort...

Denne typen beskrivelser fremstiller kvalitetsarbeidet som en pause fra «virkeligheten» – et dykk inn i idéverden for å få påfyll og energi for å så å vende tilbake til hverdagen.

Tilbake til hverdagen betyr for de fleste i hjemmetjenesten tilbake til en hverdag der kapasiteten svinger, og der man, i det minste periodevis, er tvunget til å ta snarveier, til forsinkelser, til å ta hurtige, overflatiske hjelpebesøk eller endog til å avlyse hjelpebesøk.

Fakta for forvaltningen – kommentarer fra sidelinjen

Som vi redegjorde for i forrige kapittel, legger omstillingsvillige administratorer og konsulenter betydelig vekt på at beslutninger som angår forbedringer og utvikling, må baseres på data. Kravet om å granske seg selv og sine «resultater» er en nødvendig ingrediens i et kvalitetssystem. I administrasjonskorridorene «over» våre fem utvalgte omsorgsdistrikter pågår det en omfattende og kontinuerlig eksperimentering og utvikling av ulike typer dokumentasjons- og måleredskaper som alle er ment å bidra til at ledelsen får et bedre styringsgrunnlag. Den økte betydningen av evalueringer og undersøkelser blir ofte tolket som et tegn på at det foregår i endring i synet på hva som er legitim viten (Dahler Larsen 1999). Den dokumentasjons- og evalueringsaktiviteten som foregår i regi av pleie- og omsorgstjenesten, kan sees på som et uttrykk for at omsorgspersonalets erfaringskunnskap er i ferd med å erstattes av «fjerndata» innsamlet og tolket av konsulenter og administratorer.

Hvordan opplever de ansatte den nye dokumentasjonshverdagen? Deler de oppfatningen om at data er viktige styringsredskap?

Den nye dokumentasjonshverdagen

De fleste ansatte synes å ha innfunnet seg med den nye dokumentasjonshverdagen. De har forstått at det er viktig å dokumentere hva de bedriver i sitt arbeid. Det er viktig at politikere og administratorer får et bilde av hva som pågår i den daglige omsorgshverdagen, ikke minst av hvilken ressursknapphet som eksisterer. Å dokumentere er nødvendig. Man kommer ikke utenom det. På samme tid blir kravet til dokumentasjon ofte omtalt som en besværlig del av hverdagen. Å skulle dokumentere hva som finner sted i en travel omsorgshverdag, oppleves av mange som et tidkrevende ekstraarbeid som går på bekostning av den jobben de *egentlig* er satt til å gjøre. Kravet om dokumentasjon fremstår som et paradoks: Å dokumentere er nødvendig for å få mer ressurser, samtidig som det stjeler av de knappe ressursene som allerede finnes.

For en utenforstående forsker kan det være vanskelig å få fullstendig klarhet i hvordan arbeidet i hjemmetjenesten dokumenteres. Dokumentasjonsrutinene fremstår som komplekse og til dels ufullstendige. Ofte finnes det flere parallelle systemer. Et og samme arbeidssted (sone) kan ha rutiner for dokumentasjon gjennom et datasystem, det kan ha avtalebøker som kvitteres hjemme hos brukerne, egne arbeidssedler som skal fylles ut og leveres administrasjonen, en egen «avviksbok» for registrering av avlyste hjelpebesøk osv. At mengden av dokumentasjonskrav fremstår som forvirrende også for de interne, ble antydnet i et gruppeintervju med flere soneledere:

So 3: Og så kommer det fra departementet forskrifter om kvalitets-sikring og internkontroll, det er så mye som kommer. Og så kjenner du det presset og klarer ikke helt å skille begrepene fra hverandre. Det blir et eneste stort sånn sammensurium. Da vi gikk igjennom disse permene, holdt vi på å blande internkontroll og kvalitetssikring!

So 1: Ja! Og HMN og HMS, husker du!

So 3 : Det er som om når du rydder, så dytter du det inn i et skap i stedet for å rydde det, og så får du ikke dørene igjen.

So 1: Vi er nok i starten. Og nå skal vi få fram alle sånne planer som setter krav: Omsorgsplaner og habiliteringsplaner og rehabiliteringsplaner og....

So 2: Og hvis vi ser på det nye Gerikasystemet så har vi journaler og rapporter, og så har vi disse hjemmejournalene. Det blir så mange systemer at jeg er livredd for at det blir feil altså. *Du skal rapportere både her og der. Det er både tidkrevende, og det ligger mye feil i det,*

apropos kvalitetssikring. Og så nå er vi pålagt noe som heter omsorgsplan. Jeg tror vi må bli enige om hva vi skal ha.

Som det fremgår i denne samtalen, kan det være vanskelig å skille mellom den dokumentasjon som kreves og internkontroll på toppen av allerede eksisterende dokumentasjonssystemer. Flere av arbeidslederne uttrykte frustrasjon og bekymring over en overveldende *mengde* dokumentasjonskrav. En mellomleder sa eksempelvis: «*Jeg skriver og skriver, men for hvem og for hva?*». For de ansatte som befinner seg enda lenger nede i hierarkiet, er det enda mer uforståelig hvordan registreringer anvendes videre. En hjemmehjelper fra samme distrikt undret seg over hvilket bilde av tjenesten all statistikkføringen gir, og hva det kan anvendes til:

Hver måned skriver jeg statistikk over de faste brukerne (hun viser frem registreringsskjemaet). Kryss for b = besøk / p = pleie / t = tilsyn. Tilsyn her er når jeg gjør rent. Ja, når vi fikk denna statistikken så lurte vi på hva vi skulle skrive for rengjøring. Da blei det tilsyn (latter). Ellers måtte de jo lagd egne statistikkplaner for oss hjemmehjelpe. Men hvor mye det blir brukt oppover i systemet, om det sendes til Rådhuset, det veit jeg ikke. *Vi regner og vi skriver og gjør det vi får beskjed om, men hvor langt det kommer videre, det veit jeg ikke...* Så mye oppgaver som vi gjør for sykepleiera, og så fører kanskje dem (sykepleierne) det opp, og så tenker vel dem ned i Rådhuset at det var fælt hvor mye dem (sykepleierne) har å gjøra da. Men så blir det ikke synliggjort alt det vi gjør. Så spurte jeg hu som regner det ut til sist. Så viser det seg at hu bare regner ut 'besøk'. Hu teller opp alle besøka, men da blir det jo stakk gærent, sier jeg, for da ser det ut som om vi ikke gjør noe i det hele tatt. Vi regner ut alt. Jeg spurte hva skjer med detta her da? Nei – det får vi ikke no svar på. *Er det slik at dette går videre for å synliggjøres?*

Hjemmehjelperen var åpenbart bestyrtet over at registreringsarbeidet ikke medførte mer resultater. Arbeidet fremstod som meningsløst. En unødvendig anstrengelse som «stjeler» tid fra de eldre og syke uten at det kommer noen ting som helst ut av det!

I tillegg til å klage over at en allerede knapp omsorgstid anvendes på mange og til dels unyttige dokumentasjonsrutiner, klaget flere over den tiden som «forsvinner» på grunn av stadig *nye* dokumentasjonsrutiner. Ved flere av distriktene ble det fortalt om startproblemer i tilknytning til nye databaserte dokumentasjonssystemer: fomling foran dataskjermen, datasystemer som er «nede», doble systemer (manuelle systemer for å sikre seg), køer foran datamaskiner, mangel på opplæring osv. Å få til en smidig hverdag med nye rutiner og datasystemer tar tid. Og det oppfattes som særlig frustrerende når et nylig innarbeidet system blir røsket opp av enda et nytt system.

En mellomleder mente at de stadige forandringer nærmest stilte dem overfor kroniske omstillingsvansker:

Vi har jo kjøpt inn dataprogram til kr. 500 000! Men lederne er ikke opptatt av hvordan vi kan videreutvikle det vi har. De skal vise utad at de er lydige i forhold til dette her som kommer utenfra. Jeg undrer meg på hvorfor de ikke sier at vi skal ta i bruk det vi har. Jeg forteller at vi har et utmerket dokumentasjonssystem. Men så kommer de med noe nytt.....

En sykepleier mente at deres nye datasystem, som skulle effektivisere arbeidet, foreløpig var mer tidkrevende enn de gamle manuelle systemene:

Alt ligger inne på dataen her hos oss, men jeg får ikke skrevet – for annenhver dag ligger dataen nede. Så må jeg skrive det i en bok, og du kan tro det er mye arbeid. Det er mange hjelpepleiere her, men de kan ikke skrive om medisiner..

I går satt jeg en halv time overtid for å dokumentere. Det tar lenger tid å gå inn på dataen enn å skrive to linjer i cardex.

Å følge opp dokumentasjonsrutiner kan være vanskelig når tidspresset intensiveres og prekære omsorgsbehov trenger seg på. Som vi var inne på tidligere i kapitlet, medfører det overtid. I et presset bydistrikt fikk vi flere eksempler på hvilke type sosiale mekanismer som fører til at et dokumentasjonssystem får «huller». En hjemmehjelper fortalte at hun hadde påtatt seg å ta en ekstra vakt en søndag mot å få slippe å sitte overtid for å registrere. Bemanningsproblemet gav hennes et sterkt forhandlingskort. Det ville ikke være lett for arbeidslederen å forlange at ansatte skal sitte ekstra overtid for å dokumentere det de har gjort når arbeidsdagen allerede har vært «overfylt» av praktiske oppgaver som *må* utføres. Fortellinger fra dokumentasjons-hverdagen indikerte også at huller i dokumentasjonen har en tendens til å bre seg. Når noen begynner å slurve eller å hoppe over registreringer når det er travelt, vil andre lett følge etter. Som en sa: «Hvorfor skal jeg skrive når ikke de skriver?» Det ble med andre ord vanskelig å være motivert i forhold til et system som får «hull».

Ansattes innstilling til dokumentasjon er som nevnt tvetydig. Å gjøre sitt arbeid synlig fremstår som viktig. Noen typer dokumentasjon gir åpenbart en mer umiddelbar fornemmelse av synliggjøring enn andre. En hjemmehjelper fortalte at hun hadde vært negativt innstilt til «nok et dokumentasjonskrav» da de tok i bruk en signeringsbok som skulle ligge hjemme hos brukeren. Etter en tid mente hun imidlertid at boken var en nyttig «hukommelse» i hverdagen. Den hjalp både brukere og kolleger å huske hva som var utført til enhver tid. Her ble det signert for hver gang det ble gitt

medisiner, og hver gang det ble utført et renholdsoppdrag osv. Flere syntes å dele denne oppfatningen om at enkle dokumentasjonsrutiner er å foretrekke – rutiner som gir lett tilgjengelig og nyttig for dem selv.

Evaluering av tjenesten

I tillegg til den dokumentasjonsjobben som skjer fortløpende i omsorgshverdagen, gjennomfører de fleste moderne kommuner ulike former for evalueringer som kan forsyne den politiske og administrative ledelsen med fakta og tall om tjenesten. I samtlige av våre fem distrikter var det gjennomført effektivitets- og kvalitetsundersøkelser av ulik art. Noen kommuner satser på jevnlig kvalitetsmålinger. Andre foretar slike målinger mer på ad hoc-basis. Disse omfatter både undersøkelser blant ansatte, så som tidsundersøkelser, punktmålinger, arbeidsmiljøundersøkelser og ulike former for brukerundersøkelser som tar sikte på å kartlegge brukernes (noen ganger pårørendes) tilfredshet med ulike sider av tjenesten. I to av våre eksempelkommuner var det nylig gjennomført en større kvalitetsundersøkelse/brukerundersøkelse. Kommentarene til undersøkelsene var relativt sparsomme. Noen kommentarer føyde seg inn i rekken av kritiske bemerkninger om «de på toppen» som sløser med ressurser som burde komme eldre og syke til gode. For øvrig hadde mange en klart positiv innstilling til undersøkelsen – først og fremst fordi den hadde gitt et fordelaktig bilde av personalet. Undersøkelsen hadde synliggjort deres ellers så usynlige arbeid. En sykepleier svarte:

Intervjuer: Dere har hatt en brukerundersøkelse. Vet du noe om resultatene? Var det noe brukerne var misfornøyd med?

Sykepleier: Den var *utrolig* bra. *Veldig* bra. Overraskende. Bedre enn jeg hadde ventet.

Intervjuer: Var det ingenting dere måtte rette på?

Sykepleier: Det var så minimalt. Det var *så* positivt. Jeg vet ikke om noen ikke tør si hvis det er noe negativt, eller at de ikke vil svare. Jeg vet ikke. Vi delte ut til alle, og de sendte det inn selv så vi hadde ingen mulighet til å kontrollere. Men det var veldig bra. Og det har jo veldig mye å si. *En positiv tone. Det tror jeg forplanter seg videre.* Så jeg tror vi har grunn til å være fornøyd. Men jeg tenker også at enkelte mennesker er veldig beskjedne. Svarer de det de egentlig mener?

Den siterte sykepleieren var åpenbart smigret over at brukerne hadde gitt dem så godt skussmål. På samme tid røpte hun en liten tvil om validiteten ved undersøkelsen ved å lure på hvordan informantene hadde oppfattet

spørsmålet. Er eldre mennesker redd for å klage og redd for å si sin ærlige mening? En slik tvilende holdning kom til syne også i det andre distriktet som hadde gjennomført en kvalitetsundersøkelse. Med sin daglige nærkontakt med hjelpemottakerne var det åpenbart nærliggende for ansatte å stille spørsmål ved hvilke vurderinger som lå bak besvarelsene som undersøkelsen bygget på: Hva er det «våre» brukere har tenkt på (eller ikke tenkt på) når de har krysset av i skjemaet? Stemmer disse «fjerndata» med de «nærdata» vi får i vårt daglige arbeid? En sykepleier undret seg over det bildet som hadde kommet fram av undersøkelsen. Han hadde åpenbart ikke fått med seg at mange av de sykeste eldre var utelatt fra undersøkelsen:

Intervjuer: Dere har nylig hatt en brukerundersøkelse. Kan du huske noe av det?

Sykepleier: De fleste var fornøyde. Det som var rart var misforhold mellom hva de svarte de fikk hjelp til, og hva vi oppfatter at vi *gjør*. Det var nesten ingen som rapporterte at de fikk hjelp til bleie-skift. Mange fortalte om medisiner og mat. Jeg vet ikke hva det kom av. Det kan tenkes at vi gjør det på en måte slik at de ikke merker at vi gjør det.

Intervjuer: Kan det ha vært lav svarprosent?

Sykepleier: Jaa – det *kan* være, jeg veit ikke. De hadde vel kutta ut noen av de dårligste.

Det virka som om pasientene pynta litt på situasjonen. Kanskje de føler seg litt sprekere enn de er. De merker ikke at vi må skifte mye på senga deres osv. Kanskje de føler at de klarer mer. Det er klart – klarer de å komme seg på do en gang i blant, så synes dem det er OK, og så glemmer de at det er søkkvått i senga et par ganger i uka.

Intervjuer: Fikk dere ikke koblet dataene til hvilke kategorier av pasienter som var spurt?

Sykepleier: Nei – vi fikk bare tall. Vi syntes ikke de talla stemte med våre tall. Vi syntes at vi gjør de oppgavene hos mange flere. Det var nok det at noen falt ut og noen pyntet litt.

Den samme informanten benektet ikke at undersøkelser av denne typen var egnet som styringsredskap, men påpekte samtidig at dataene ikke uten videre gir enkle, entydige svar:

Intervjuer: Kan man styre etter dette? Kan det være et verktøy for å høyne kvaliteten på visse områder?

Sykepleier: Man kan jo få svar på hva folk er misfornøyd med.

Intervjuer: Har du eksempler?

Sykepleier: Jeg husker ikke akkurat Det kan vel være mange ting som at folk ikke presenterer seg eller glemmer plastsokkene...

Intervjuer: Det kan virke skjerpene?

Sykepleier: Ja, jeg tror det. Man får det på papiret....

Intervjuer: En kilde til forbedring altså?

Sykepleier: Ja, men så var det mange som var misfornøyd med vask og sånn, og da kan man jo ikke love så mye forbedringer. Det er så himmelvid forskjell på de gamles forventninger til vask, og det de kan få i dag. Der vil vi aldri få den store fornøydheten.

Sykepleierens resonnementer røper at informasjon fra denne typen undersøkelser ikke fremstår som klare og utvetydige fakta, men som signaler som er vanskelige å tolke og som noen ganger har en tvilsom validitet. Informasjonen gir med andre ord ikke umiddelbare svar, men reiser nye spørsmål: Hvorfor svarer informantene som de gjør? Hva er det de baserer sine vurderinger på? Og hvilke forventninger har de som svarer til tjenesten?⁶²

Ansatte som uttalte seg om de store brukerundersøkelsene, omtalte disse som administrasjonens eiendom. Det var «de på toppen» i kommunen som hadde initiert og utformet undersøkelsen, og som hadde ideer om hvordan den skulle komme til nytte. De ansatte var kun blitt informert om resultatene på et informasjonsmøte.⁶³ De to undersøkelsene var altså ikke knyttet til det kvalitetsarbeidet som ansatte selv bedrev. Evaluering inngikk imidlertid også som et element i det arbeidet som ble utført i kvalitetsgrupper. I to av distriktene var de skriftlige prosedyrene ledsaget av egne spørsmål for 'selvevaluering'. Spørsmålene lød eksempelvis: «Har jeg motivert brukeren til å bruke seg selv og sine muligheter? Har jeg tilegnet meg nok opplæring/informasjon for å kunne gjennomføre oppdraget slik brukeren forventet?» Vi lurte på hvordan selvevaluering fungerte i praksis. Finnes det egne skjemaer som de ansatte skal besvare, eller blir de jevnlig intervjuet av andre? Hvordan foregår selvevaluering? De ansatte som fikk spørsmålet, avkrefte at det handlet om formaliserte evalueringsrutiner:

Intervjuer: Du fortalte meg at du er kjent med dette kvalitetsheftet. Her står det om «selvevaluering». Kan du fortelle meg hva det er ?

⁶² Informantenes spørsmål kan relateres til kjente problemstillinger innenfor tilfredshetsforskningen. For nærmere diskusjon om disse problemer, se f.eks. Hofoss (1986).

⁶³ Det var ikke opprettet egne debattforum eller diskusjonsgrupper i tilknytning til disse undersøkelsene. Vi hørte imidlertid at slike grupper hadde vært opprettet i tilknytning til andre undersøkelser.

Hjelpepleier: Selvevaluering?

Intervjuer: Ja, vi er interessert i å vite om selvevaluering er noe dere driver med?

Hjelpepleier: Nei ... jeg vet ikke hva jeg skal si til det jeg. Selvevaluering... Det er jo noe en kan, (hun tar heftet og leser i det). Ja dette med å vise respekt for brukerne. Det er jo noe man blir flinkere til med årene, kanskje (ler litt). Jeg prøver i hvert fall hele tiden

En sykepleier svarte:

Jeg kjenner ofte at jeg har selvevaluering i hodet når jeg går hjem. Etiske problemstillinger som jeg lurert på. Har jeg gjort det riktig nå? Hva var det jeg kunne gjøre annerledes her? Men det beste er å snakke – jeg har veldig gode kolleger som jeg kan snakke med. Det er godt å få snakke med noen, for vi jobber så alene. Nesten bestandig så har vi ikke tid. Vi har ikke tid til å snakke sammen; Vi bruker den tiden vi har.

En av arbeidslederne i kommunen kunne gi et mer utdypende svar. Hun forklarte at evalueringsspørsmålene først og fremst var å betrakte som refleksjonsspørsmål som ble trukket inn i ordinære møter, personalmøter og i faglige forum. Hensikten var ikke å anvende spørsmålene for å fremskaffe «harddata». De var snarere ment å sette i gang en form for etisk selvrefleksjon. Svarene pekte med andre ord i retning av at 'selvevaluering' ikke var noe nytt, men at det snarere er en ny språklig merkelapp for omsorgspersonellens samvittighet.

Styringsidealer dempes og tolkes om

I dette kapitlet har vi sett en rekke eksempler på hvordan styringsidealer inspirert av ideen om kvalitetsledelse, utfordrer den etablerte praksis i hjemmetjenesten. Vi har sett at det er et språk mellom idéverdenens normative idealer og de ansattes fortellinger om hvordan omsorgsarbeidet *er*. Tiltakene som foreslås fra idéverdenen hviler på en forutsetning om at omsorgstjenesten kan forhåndsdefineres og spesifiseres og deretter styres fra avstand av standarder, avtaler og av «fakta». De ansattes hverdagsfortellinger, derimot, hviler på en tatt-for-gitt-oppfatning om at omsorgstjenesten er en «åpen» tjeneste som må avklares og tilpasses til konkrete personer og situasjoner. Tjenesten kan ikke styres instrumentelt, men må utføres med innlevelse og kløkt.

Når fotfolkets virkelighetsfortolkninger avviker fra styringspremissene, slik vi har sett her, kan man ideelt sett tenke seg at det kan skje tre ulike typer av tilpasning (Czarniawska-Joerges (1988): (1) De ansatte kan la seg overtale

og overbevise om at ledelsens virkelighetsforståelse er bedre og riktigere enn den de selv står for, (2) de ansatte kan *tvinges* mot sin overbevisning til å innordne seg ledelsens virkelighetsforståelse, eller (3) de kan inngå forhandlinger om hvilke virkelighetsfortolkning som skal gjelde. I følge Czarniawska-Joerges (op.cit.) og andre reformforskere (Clarke 1995, Halford og Leonard 1999) er det i praksis ofte den sistnevnte form for tilpasning som finner sted. Nye styringsideer som blir forsøkt iverksatt, møter aldri en «tom» virkelighet, men en virkelighet der det finnes erfaringer, kunnskaper og et språk som gir mening i forhold til de oppgaver som utføres. Dette meningsuniverset forsvinner ikke straks det blir foreslått ny rutiner og tiltak med en ny språklig innpakning. Organisasjonsmedlemmene forkaster ikke sin egen tolkningsramme verken frivillig eller under tvang, men legger denne til grunn når de forsøker å forstå hvordan nye rutiner og tiltak skal fungere i en praktisk hverdag.

Forhandlingstesen synes også å være den mest treffende i forhold til de prosesser vi har fått innblikk i i de fem omsorgsdistriktene. Vi har sett få tegn til at ledere og ansatte i førstelinjen deler den styringsoptimismen som kommer til uttrykk blant konsulenter og administrative ledere. Selv om mange ansatte påpeker at de merker et press fra ledelsen, er det heller ikke riktig å hevde at de *tvinges* til å handle mot sin egen overbevisning. Derimot peker mye i retning av at det pågår forhandlinger om hvordan nye rutiner og tiltak skal forstås, og hvordan de skal utformes i praksis. Forhandlingene pågår implisitt i den daglige praksis. De ansattes Innflytelse skjer ikke gjennom deres artikulerte kamprop, men gjennom deres daglige bestrebelser på å skape sammenheng mellom arbeidets betingelser og innhold. Styringstiltakene må praktiseres slik at de oppfattes som meningsfylt i konkrete sammenhenger. I dette ligger det et forhandlingselement – et gi-og-ta-forhold mellom ledelse og ansatte. Eksempel: Når toppledelsen forklarer kommunens anstrengte økonomi og proklamerer at: «Det er viktig å holde seg til vedtak og avtaler!», aksepterer ansatte at dette er en ny spilleregel. De *innordner* seg den kommunale spareånden: «Vi skal ikke lengere gi noe ekstra, selv om vi kunne ønske det». Men i neste omgang – i konkrete situasjoner der de «ser» at avtalen strider mot hjelpemottakerens beste – gjør de *krav* på å handle ut fra egen virkelighetsfortolkning. De følger sin egen samvittighet («selvevaluering») og gjør krav på at det må finnes unntak fra ledelsens nye spilleregler. På denne måten skjer det en oppmyking av styringstiltaket. Avtalene bidrar til å forme samhandlingen mellom hjelper og hjelpemottaker, men fortolkes alltid i lys av hjelperens skjønnsmessige situasjonsvurdering.

Oppmykingen av styringstiltakene kan beskrives som en refortolkning av de ulike styringsbetegnelser som kommer fra idéverdenen. Styringsdokumenter med betegnelser som vedtak, avtaler og planer blir ikke forstått bokstavelig, men som synonymt med huskelister/påminnelser om hvilke normer som gjelder. Bak merkelappen 'prosedyrer' befinner det seg noen ganger generelle, etiske imperativer og bak merkelappen 'fakta' noen vage, tolkbare indikasjoner. Det som administratorene fremstiller som disiplinerende og retningsgivende styringsverktøy, gjenoppstår i de ansattes fortellinger i en langt mindre potent utgave.

Når ansatte begrunner og forklarer hvorfor det er nødvendig å fravike avtaler og standarder, viser de som regel til sin nære kontakt med hjelpemottakeren. Deres vurderinger har en sterkere virkelighetsforankring enn styringsdokumentet. Med henvisningene til sin virkelighetskontakt gjør de krav på det Gergen (1989) omtaler som 'warranting voice'. Begrepet relateres til situasjoner der det eksisterer konkurrerende tolkninger av et fenomen. Ifølge Gergen anvendes da en rekke hverdagspråklige konvensjoner som er egnet til å gi en forklaring, et sannhetsstempel. Utsag av typen «jeg vet fordi jeg så det med egne øyne», eller «jeg vet fordi jeg kjenner henne», er typiske eksempler på hvordan mennesker overtaler seg selv og andre om hva som er en riktig situasjonsfortolkning. Denne typen argumentasjon går igjen hos de ansatte i hjemmetjenesten. De viser til sine konkrete erfaringer og til at alle som hadde hatt de samme erfaringene, nok ville ha vurdert situasjonen likt.

Vi har også sett eksempler på at yrkesutøverne viser til kommunens offisielle honnørord når de gjør krav på å tolke styringstiltak lempelig. Ord som 'kvalitet' og 'brukermedvirkning' som jo anvendes for å legitimere bestemte styringstiltak, anvendes av yrkesutøverne for å myke opp de samme tiltakene. At begrepene får et nytt meningsinnhold, må ikke sees på som et uttrykk for at det foreligger en misforståelse eller bevisst forvrengning. Det må forstås som et uttrykk for at begrepene bringes inn i en tolkningsramme med en annen sosial og diskursiv forankring. Yrkesutøvernes tolkningsramme er forankret i en sosialpolitisk ideologi og diskursiv praksis der det ansees som legitimt og nødvendig at yrkesutøveren utøver skjønn og tilpasser tjenesten til individuelle behov og skiftende livsbetingelser.⁶⁴ Når

⁶⁴ Vi viser til den tidligere redegjørelsen for bruken av diskursbegrepet (kap. 3). Når vi her anvender begrepet 'omsorgsdiskurs' vil vi understreke at det innenfor denne diskursen ikke er fullstendig enighet om hvordan god omsorg skapes. Det finnes en rekke deldiskurser som har ulikt syn på spørsmål som angår rehabilitering, betydningen av omsorgsmottakerens selvbestemmelse, verdien av å være selvhjulpne osv.

begrepet 'brukermedvirkning' trekkes inn i denne forståelsesrammen, blir det innlysende at det handler om å vise lydhørhet overfor brukerens skriftende behov og preferanser. Innenfor rammen av den tidligere omtalte managementdiskursen (jf. kap. 3), der styring ovenfra ansees som selvfølgelig og nødvendig, blir 'brukermedvirkning' ensbetydende med å la brukeren få medbestemmelse i formuleringen av de avtaler (vedtaket, omsorgsplanen) som skal styre tjenesten. De motstridende tolkningene eksemplifiserer at omsorgsvirkelighetene blir forsøkt forstått i lys av motstridende diskurser. I neste og siste kapittel skal vi blant annet knytte noen mer inngående kommentarer til dynamikken mellom den importerte managementdiskursen og den etablerte omsorgsdiskursen.

7 Mellom tradisjoner og nye styringstrender

Den kommunale hjemmetjenesten stilles i dag overfor en rekke krav og forventinger om å etablere kvalitetssystemer i sin virksomhet. Krav og anbefalinger kommer fra flere hold, fra sentrale helsemyndigheter, fra kommunale politikere og administratorer og fra organisasjonsekspertene og konsulenter. Ulike former for kvalitetsarbeid blir altså sett på som en naturlig og nødvendig del av kommunens virksomhet. I denne rapporten har vi valgt en kritisk og eksplorerende tilnærming til dette kvalitetsarbeidet. Vi har reist spørsmål om *hvorfor* kvalitetsarbeidet ansees som nødvendig, *hvilke* motiver og interesser som driver det og *hvordan* det materialiserer seg i en praktiske omsorgshverdag. Den kritiske tilnærmingen har vært inspirert av en rekke bidrag både fra anglosaksisk (f.eks. Kirkpatric og Martinez Lucio 1995, Wilkinson & Willmott 1995) og skandinavisk forskning (f.eks. Bentsen mfl. 1999, Bejerot & Hasselbladh 2002).¹ Forskningen viser at oppblomstringen av styringsbegreper med merkelappen kvalitet skjuler et forvirrende mangfold av tiltak og intervensjoner (Pfeffer & Coote 1991). Tiltakene medfører ofte friksjon og forhandlinger mellom ulike interessenter og får ofte andre implikasjoner for primærvirksomheten enn initiativtakeren hadde tenkt seg (Kirkpatric og Martinez Lucio 1995).

Kvalitetsarbeidet i pleie- og omsorgssektoren er ikke drevet fram av en klar og entydig modell eller metodikk, men av en løs og abstrakt styringsidé. Det blir ofte henvist til en kvalitetstankegang eller kvalitetsfilosofi. I dette siste kapitlet skal vi ta et tilbakeblikk på denne løse styringsideen og på de interesser og motiver som trekkes inn når ideen blir fortolket og forstått. Vi skal deretter utdype nærmere hvordan vi velger å forstå de divergerende forestillingene omkring ideens styringspotensial. Vi ser også nærmere på hvordan kvalitetsideen bidrar til å skape spenninger mellom tidligere praksisformer og nye styringstrender. På dette grunnlag peker vi på noen problematiske sider ved kvalitetsarbeidet og på noen utfordringer i det videre arbeid med å tilrettelegge for kvalitet i omsorgstjenesten.

Tilbakeblikk på kvalitetsideen

Når konsulenter og administratorer snakker om 'kvalitetstankegangen', viser de ofte til prinsipper om «total kvalitetsledelse» – TKL (se kap 3). TKL-

prinsippene ble opprinnelig formulert innenfor en industri- og markeds-kontekst, men lanseres i dag som et universelt og generelt styringskonsept, og dermed som et naturlig utgangspunkt for å styre alle typer organisasjoner – også offentlige omsorgstjenester (Bejerot & Hasselbladh 2002)

Den ortodokse ideen om TKL forutsetter at det er avklart på forhånd hva som skal menes med kvalitet. Å styre kvalitet handler om å tilrettelegge arbeidsprosesser slik at en *fastsatt kvalitet* blir sikret på en mest mulig effektiv måte (se kap. 1 og kap. 3). Tilhengere av TKL hevder at dette best kan skje dersom *hele organisasjonen* mobiliseres til å kontinuerlig overvåke, kontrollere og perfeksjonere egne arbeidsprosesser. Organisasjonsmedlemmene forutsettes å identifisere seg med bedriftens visjoner og mål. Med dette utgangspunkt skal de systematisk og kontinuerlig registrere avvik fra definerede kvalitetsstandarder og prosedyrer, for siden anvende dette som grunnlag for å perfeksjonere sitt arbeid. TKL handler imidlertid ikke bare om å sikre at gitte kvalitetskrav oppfylles nøyaktig. Bedriftens visjoner tilsier at arbeidet skal drives med *kunden* i «førersetet». Dette betyr at registrerte kvalitetsoppfatninger og preferanser i markedet skal tjene som et korrektiv overfor de fastsatte kvalitetskrav. Kvalitetskrav må stadig justeres og fastsettes på ny. Ledere og ansatte må stadig utvise kreativitet og oppfinnsomhet i jakten på å finne ut hvordan kundens krav best kan imøtekommes.

TKL er en mangefasettert og løfterik idé – den bærer bud om perfeksjon, kreativitet og lojalitet til organisasjonen. I sin abstrakte, kontekstløse form fremstår den som en logisk helhet. Ingen av prinsippene blir framhevet som mer viktige enn andre. Når ideen bringes inn i en bestemt kontekst, viser det seg imidlertid at enkelte prinsipper og premisser dempes, mens andre framheves. Organisasjoner som lar seg inspirere av TKL, «sluker» ikke nødvendigvis hele ideen med alle dens forutsetninger, men forsyner seg av de elementer av ideen som passer for egen organisasjon (Røvik 1999). Forskning omkring *anvendelsen* av TKL viser at det i praksis kan være svært ulike elementer som vektlegges av ulike organisasjoner. Noen legger hovedtyngden på formaliserte måleteknikker, kontroll og avvikskorrigerende, mens andre demper betydningen av måling og kontroll og vektlegger i stedet ansvarlighet, deltakelse og engasjement i et kontinuerlig forbedringsarbeid. Denne varierende vektlegging av «harde» og «myke» aspekter kan også gjenfinnes blant de «kvalitetsguruer» som formidler ideen. Etter at ideen ble løsrevet fra sin opprinnelige kontekst har konseptet blitt formidlet på stadig nye måter (Wilkinson og Willmott 1995). Forskere som har fulgt kvalitetsideens reise inn i en bestemt organisasjonsvirkelighet, har påpekt at det også kan oppstå interne stridigheter og forhandlinger om hvilke elementer ved

kvalitetsideen som hører hjemme i organisasjonen (f.eks. Shaw 1995). Det finnes flere studier som viser at TKL ofte iverksettes ut fra ledelsens ønske om å styre ved hjelp av fakta og «harde» kontrollmetoder, mens det bak ledelsens fakta-retorikk skjuler seg en organisasjonspraksis som satser mer på ferdigheter knyttet til gruppearbeid enn på ferdigheter i statistikk og kontrollmetoder (Hackman og Wageman 1995, Zbaracki 1998). I denne undersøkelsen har vi sett tilsvarende tendenser. Ideen om å skape formaliserte kontrollsystemer vinner først og fremst oppslutning blant aktører som har sin oppmerksomhet rettet mot kommunens styringsproblem. I den grad kvalitetsideen skaper entusiasme blant ansatte i primærvirksomheten, er det først og fremst de «myke» aspektene ved ideene som finner fotfeste – ideen om at hele organisasjonen skal delta i et kreativt arbeid for å bidra til at brukerens behov og preferanser blir best mulig ivaretatt.

Ideens passasje gjennom ulike tolkningsarenaer

Vi har sett at det er mange aktører involvert i arbeidet med å oversette kvalitetsideen til praksis. De som involveres, deltar i arbeidet for kortere eller lengere periode og trekkes inn på ulike stadier i prosessen. Noen befinner seg i en ren ideverden og møter kvalitetsideen som ett av flere styringsprinsipp, mens andre befinner seg i den praktiske omsorgsverden og møter ideen stykkvis og delt i form av prosjekter, tiltak og nye rutiner. Aktørene er ulikt posisjonert og bærer i kraft av sin posisjon med seg ulike interesser, verdier og synspunkter. For å ordne det mylder av interesser som trekkes inn i tolkningen av ideen, har vi funnet det formålstjenlig å ta utgangspunkt i den legitimerende hensikten bak myndighetenes kvalitetssatsning. Derifra vil vi bevege oss videre via offentlige ideformidlere og kommunale administratører, for så å ende opp i den praktiske omsorgshverdagen.

Myndighetsinteresser: innsyn, kontroll og forbedring

Kvalitetsideenes inntog i pleie- og omsorgssektoren må sees på bakgrunn av Stortingets bestemmelse om internkontroll samt helsemyndighetenes strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. I henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal enhver som yter helsetjenester ha et *internkontrollsystem* som gjør det mulig å etterprøve og kontrollere hvorvidt lover og forskrifter følges. Bedre innsyn og kontroll med helsetjenesten er altså viktige motiver bak kvalitetssatsningen. Det er imidlertid ikke et mål i seg selv å vite hvorvidt loven følges eller ikke. Avvik fra standarder og prosedyrer bør korrigeres. Et kontrollsystem bør ledsages av et kontinuerlig, systematisk

forbedringsarbeid, heter det i helsemyndighetenes anbefalinger. Helsemyndighetene anbefaler at internkontrollsystemet integreres i et mer helhetlig kvalitetssystem som også vektlegger forbedring, brukerorientering og deltakelse nedenfra. Forenklet sagt: de *harde* aspektene ved kvalitetsideen utgjør den lovpålagte kjernen i kvalitetssystemet, mens de *myke* aspektene representerer myndighetenes anbefalinger.

Formidlerens interesser – oppslutning og engasjement

Statens helsetilsyn har et sentralt formidlingsansvar i kvalitetsarbeidet. Gjennom et kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten har Statens helsetilsyn tilrettelagt for en egen rådgivertjeneste ved samtlige av landets Fylkeslegekontorer. En kvalitetsrådgiver i hvert fylke har fått i oppdrag å bistå kommunene med å etablere systemer for internkontroll og kvalitetsutvikling. Rådgiverne skal ikke foreskrive løsninger, men formidle generell kunnskap om kvalitetsarbeid samt støtte og veilede i utviklingsprosessen. Rådgiverne ser seg selv som prosessveiledere. De tilbyr generelle modeller, tips og råd som kan inspirere arbeidet (ikke instruere arbeidet). Deres utlegninger viser at kvalitetsideen både kan formidles som en idé som fremhever kontroll og styring, og som en idé som fremhever deltakelse og forbedring. Ettersom det er viktig for rådgiverne å lykkes i å igangsette arbeidet i kommunene, er de opptatt av at mottakeren skal oppfatte ideen som en fornuftig og gjennomførbar idé. Vi merker oss at det er en viss form for tilbakemelding i formidlingssystemet. Rådgiverne vet at mange frykter at et formalisert kontrollsystem blir et tungdrevet eller «tomt» papirsystem. De er derfor påpasselige med å understreke at kontrollsystemet skal ha et begrenset omfang – ikke *alt* skal prosedyrefestes og innlemmes i internkontrollsystemet. Rådgiverne er også opptatt av å dempe kvalitetsord og uttrykk som virker for tekniske og for fremmede i en pleie- og omsorgssammenheng. Enkelte går langt i å understreke at det er de ansattes deltakelse og engasjement i et kontinuerlig forbedringsarbeid som er av overordnet betydning. Et kvalitetssystem må være «levende». Den språklige innpakningen ideen får, peker i retning av at de «myke» aspektene ved kvalitetsideen ansees å være mer egnet for å inspirere pleie- og omsorgspersonell enn de «harde» aspektene.⁶⁵

⁶⁵ I studier fra andre land har det vært påpekt at TKL-konseptets «myke» side fungerer som en slags salgsfremmende glasur. Den gir budskapet om innsyn og kontroll en innpakning som er mer «spiselig» for yrkesutøvere som tradisjonelt har satt autonomi og faglig utvikling høyt (Pollitt og Bouckaret 1995, Reed 1995).

Ettersom helsemyndighetene ikke foreskriver en klar «oppskrift» for kvalitetsarbeidet, er det fritt frem for andre formidlingsaktører (f.eks. bedriftsrådgivere og undervisningspersonell etc.) til å formidle overfor kommunene hvordan *de* mener kvalitetsideen bør forstås. Helsemyndighetene har altså ikke kontroll med all ideformidling. Ut fra de observasjoner vi har gjort fra den kommunale omsorgstjenesten, forekommer det at kvalitetsideen formidles overfor kommunene uten at den «harde» kjernen i kvalitetssystemet er tatt med overhode. For noen ideformidlere er kvalitetsideen ensbetydende med de «myke» aspektene ved TKL – å jobbe med kvalitet handler om å jobbe i grupper med læring, refleksjon og utvikling.

Kommunalforvaltningens interesser – et grensesettende styringsverktøy

Synet på internkontroll og kvalitetssystemer varierer blant kommunale administratorer. Enkelte opplever at de blir påtvunget et krav som ikke medfører annet enn mer papirarbeid. Andre ser mer velvillig på utfordringen og ønsker kvalitetsideen velkommen som et verktøy for å få bedre innsyn og kontroll med knappe ressurser. I de typiske omstillingsvillige kommunene, inngår kvalitetsideen gjerne som en del av en mer overordnet styringsambisjon som handler om å sikre best mulig kvalitet for hver krone. Kvalitet går altså hånd i hånd med økonomisering og effektivisering.⁶⁶ Innenfor den hjemmebaserte tjenesten er kravet om mer kvalitet for hver krone intensivert, blant annet som et resultat av den oppgavebyrde tjenesten er påført som følge av effektivisering i institusjoner og sykehus. Vi har her sett hvordan kvalitetsarbeidet veves tett sammen med en rekke omstillingstiltak som handler om å føre en strengere tildelingspolitikk og om å markere en tydeligere grense omkring det offentlige omsorgsansvaret. Det er nødvendig å få bedre kontroll og styring med *hvem* som tildeles tjenester, og hvilke tjenester den enkelte får tildelt.

For å skape en tydeligere og mer styrt tjeneste ser kommunale administratorer det som nødvendig å tydeliggjøre de oppgaver tjenesten skal ta seg av. Kvalitetsarbeidet handler i stor grad om å formalisere omsorgen. Det handler om å klargjøre brukernes forventinger ved å formulere klare (formelle) avtaler og premisser for tjenesten, det handler om å engasjere

⁶⁶ Forskere som har fokusert på TKL i offentlig sektor, fremstiller gjerne konseptet som en slags «slankeoppskrift» (Røvik 1999). Pollit og Bouckaert (1995:7) understreker dette i sin beskrivelse av hvordan kvalitetskonseptene inntok den britiske velferdssektoren: «*Of course quality improvement did not replace the drive for economy, but rather complemented it.*»

ansatte for å utvikle og formalisere felles standarder og prosedyrer for arbeidet, og endelig om å sørge for kontinuerlig oppsamling av styringsdata for å sikre at utviklingsarbeid prioriteres riktig. Styringsambisjonene vitner om at innsyn og kontroll er viktig for administratorene. De ønsker harde fakta og tall.⁶⁷ På den annen side er de også opptatt av at ansatte skal utvise engasjement og lojalitet – målet er en tjeneste der alle aktører er innforstått med hvilke mål og grenser som gjelder.

Aktører som har et særlig ansvar for kvalitetsarbeidet, forklarer at det fortsatt er flere «brikker» som må på plass før systemet fungerer slik det skal. De uttrykker en optimistisk tro på at de vil lykkes dersom de tilføres nok kunnskaper, ressurser og tid til å utvikle og raffinere styringsverktøyene ytterligere. Standarder kan bli tydeligere, avtaler mer presise, måleinstrumenter mer valide og informasjonsnivået blant brukere og ansatte enda høyere.

Omsorgspersonellets interesser: styringstiltak skal tilpasses en uforutsigbar omsorgshverdag

Ansattes medvirkning til fortolkningen av kvalitetsideen handler ikke primært om å konstruere modeller og tiltak, men om å sørge for at disse følges opp og fungerer i hverdagen. I praksis betyr det at de forholder seg til fragmenter av ideen og ikke til de dynamiske, holistiske ideene som konsulenter og ledere forholder seg til. Ideverdenen er for de fleste en fremmed verden. Czarniawska-Joerges (1990: 219) beskrivelse av praktikernes forhold til idéverdenen kan langt på vei oppsummere deres holdning:

Från deras synsvinkel är idevärlden som televisionen: medan man tittar på den kan man få starka intryck, men för det mesta är den avstängd eftersom det finns så mycket annat som måste göras.

Ansatte forteller om en travel hverdag der en strøm av uløste oppgaver trenger seg på «nedenfra». Faste rutiner og hjelpeoppdrag forstyrres kontinuerlig. Menneskers behov for hjelp endres og påvirkes av en skiftende helse og av skiftende materielle og sosiale hverdagsomstendigheter. I tillegg er enkelte hjelpemottakere så svekket av sykdom og alderdom at de har problemer med å artikulere behov og med å forholde seg rasjonelt til rutiner og avtaler. Det ligger med andre ord implisitt i ansattes fortellinger at

⁶⁷ I forhold til offentlige velferdstjenester blir det ofte understreket at det «nye» ved kvalitetstiltakene ikke er opptattheten av kvalitet som sådan, men opptattheten av at kvaliteten skal defineres *eksplisitt*, slik at muligheten for å styre tjenesten blir bedre (Pollitt 1990b, Walsh 1995, Reed 1995).

omsorgsarbeidet preges av *usikkerhet* – oppgavene er ikke alltid entydige og klart avgrenset og definert.

Vi har sett hvordan rutiner og tiltak iverksatt «ovenfra» bringes inn i en ny forståelsesramme preget av yrkesutøvernes erfaringskunnskap. Deres erfaringer omfatter ikke bare det sedvanlige rutinearbeidet, men også rutinebrudd som følge av ustabile og skiftende hjelpebehov. I en presset hverdag stilles omsorgspersonellet overfor en rekke praktiske og etiske dilemmaer som følge av knappe tidsrammer og en strøm av uløste hjelpeoppgaver. Ansatte utelukker ikke at serviceerklæringer, vedtak og omsorgsplaner kan fungere klargjørende i noen hjelperelasjoner, men betviler at de fungerer i forhold til skiftende behov. Overfor de svakeste som ikke husker eller makter å holde rede på sine avtaler kan det oppleves etisk uforsvarlig å holde seg strengt til innholdet. Vi ser den samme tvetydigheten i deres syn på skriftlige prosedyrer. De (få) som har deltatt i kvalitetsgrupper, opplever at gruppene fungerer som en arena for utveksling av generell erfaringskunnskap. De stiller seg imidlertid tvilende til at det er mulig å utforme entydige, *instruktive* prosedyrer som kan «erstatte» den informasjon hjelperne får i de personlige møtene. Likeledes mener mange at data fra ulike former for undersøkelser kan fungere positivt som en generell synliggjøring av deres arbeid, men sett i forhold til deres erfaringsbakgrunn blir dataene for knappe til å gi klare, entydige signaler om hva som bør forandres og forbedres i en konkret hverdag.

Omsorgspersonellet røper en tvil og en uforstående holdning til de styringsverktøy som anbefales «ovenfra». Vi har hørt at mange ansatte anser styringstiltakene for å være livsfjerne skrivebordspåfunn – med merkelappen 'kvalitet' får de i tillegg en ironisk klang all den tid ressursrammene stadig blir strammere. Vi har imidlertid også sett at deltakelse i kvalitetsgrupper kan mobilisere engasjement og fungere som en arena for kunnskapspåfyll og utvikling. I enkelte lokale grupper kobles kvalitetsarbeidet fra ideen om å bryte opp faggrensene for å skape en bedriftsånd – det knyttes i stedet til en idé om å styrke ulike gruppers faglige identitet. Kvalitetsutvikling bidrar dermed til å befeste og sementere etablerte idealer og praksisformer.

Ansattes styringstvil og tilbøyelighet til å dempe og tolke om kvalitetsideen må sees på som et uttrykk for at den bringes inn i et praksisfelt der det har vært ansett som selvfølgelig og riktig at omsorgen skal tilpasses individuelle og vekslende behov. Praksisfeltet preges av en omsorgsdiskurs som ble utviklet innenfor rammen av en tradisjonell helse- og sosialpolitikk som baserte seg på en høy grad av tillit til yrkesutøvernes skjønn.

Managementdiskursen – det naturlige styringsspråket

Vi har tidligere argumentert for at det kan være fruktbart å se kvalitetsideen som en del av en større managementdiskurs (Karlsen 2002). Anbefalinger om kvalitetssystemer i hjemmetjenesten kan sees på som et ideologisk eller diskursivt fremstøt orientert mot å betrakte hjemmetjenesten som en styrbar organisasjon. De nye styringstiltakene tilbyr en ny tolknings- og mulighetshorisont for omsorgstjenesten – de baserer seg på et nytt syn på hvordan tjenesten *er*, og på hva som er «naturlige» subjekt-kategorier, handlingsformer og maktforhold. Det som ble ansett som umulig og lite ønskelig innenfor den tradisjonelle velferdspolitiske ideologien – å styre tjenesten ovenfra – blir nå ansett som mulig og riktig.

Mange har undret seg over hvordan det kan ha seg at en importert styringsideologi får den gjennomslagskraft og definisjonsmakt som den faktisk får. Det ligger ikke innenfor rammen av dette prosjektet å gi et utfyllende svar på dette. Imidlertid er det viktig å minne om at managementdiskursen har fått et bredt samfunnsmessig nedslagsfelt. Den gjør sitt framstøt i så å si alle deler av organisasjons- og arbeidslivet. Bildet av den avgrensede organisasjonen som styres fra organisasjonens toppunkt av ledelsens abstrakte visjoner og styringsverktøy, figurerer som en standardmodell både i massemedier og i ulike former for ekspertfora. Fra akademisk hold blir det konstatert at managementideologien synes å ha fått en langt sterkere posisjon i organisasjonslivet enn den vitenskapelig erkjente kunnskapen om organisasjoner som formidles innenfor akademisk forskning (Sitkin mfl. 1994, Furusten 1998).

Ifølge Furusten (1995) har managementdiskursen vunnet hegemoni på alle de arenaer der organisasjon og ledelse debatteres. På disse arenaene har den en tendens til å lukkes inne i en «black box». Ideer, modeller og begreper tas for gitt – ingen stiller spørsmålstegn ved deres betydning. Konsekvensen er at de institusjonaliseres og tas for gitt som objektive sannheter om hvordan god og dårlig ledelse *er*. Modellene tjener dermed også som festepunkt for folks forventninger om hva ledere og konsulenter gjør. Den som påtar seg rollen å skulle tilrettelegge for bedre styring i organisasjoner, kan vanskelig la være å forholde seg til disse forventningene. For våre kommunale ledere blir forventningen om å finne stadig nye, smarte styringsgrep forsterket gjennom de krav og føringer som kommer fra helsemyndighetene. Managementdiskursen har dermed langt på vei oppnådd det Clarke (1995) omtaler som «the TINA effect – there is no alternative».

Managementdiskursens gjennomslagskraft blir gjerne relatert til lederes ønske om å redusere usikkerhet og begripe kompleksiteten i den sosiale

virkelighet: «*Man vill ha ordning och reda och man vill tro på samband mellan framsteg, tillväxt och spesifict utövad företagsledning*» (Furusten 1998:52). Kritiske managementstudier viser ofte til managementmodellenes estetiske attraksjonskraft. Modellene er enkle, logiske og rasjonelle. Organisasjoner blir forstått som en avgrenset og enhetlig organisme som er styrt av ledes ideer og prat – ikke av det som hender nederst. Denne rasjonalistiske organisasjonsmodellen fremstilles i metaforiske termer – organisasjoner blir nærmest blir framstilt som forvokste individer med egen identitet og et hierarki mellom tanke og handling: Ledelsen representerer hodet mens organisasjonskartene viser forbindelseslinjene ut til de ulike lemmene – handlingsfeltet (Brunsson 1990, 1998). De enkle modellene ledsages av et positivt, løfterikt og dynamisk språk (Vabø 2002). Vi har sett (kap. 4) hvordan kvalitetsideen fargelegges og beskrives ved hjelp av språklige merkelapper og metaforer som får den til å fremstå som en særdeles effektiv og virkelighetsnær styringsdoktrine. Den bestående omsorgspraksisen blir satt i en grell kontrast – den preges av tilfeldighet, mangel på brukerorientering og mangel på kostnadsbevissthet. Den «gamle» måten å drive omsorg på fremstår som bakvendt og nærmest litt snodig i forhold til den kvalitetsstyrte organisasjonen.⁶⁸ Gitt det press kommunale administratorer stilles overfor om å finne nye styringsgrep, er det kanskje ikke rart at nettopp den løfterike og fargerike kvalitetsideen vinner oppslutning og aksept.

Managmentdiskursen på kollisjonskurs

Kommunale administratorer og konsulenter målbærer managementdiskursen gjennom sin generelle styringsoptimisme og omstillingsvilje. Diskursen fungerer produktivt i den forstand at den genererer beslutninger om hva som skal forandres og hva som må gjøres i en praktisk hverdag. Nye organisasjonsstrukturer etableres, man tar i bruk avtaledokumenter, informasjonsfoldere, serviceerklæringer, kvalitetsplaner og lignende. Disse nye innretningene legger (mer eller mindre indirekte) føringer for den daglige praksis. Ansatte må forholde seg til vedtak fattet av spesialiserte bestillerteam, de må dele ut foldere med serviceerklæringer, fylle ut kvalitetsplaner og de må tåle at brukerundersøkelser feller en dom over dem. På samme tid som managementdiskursen produserer nye betingelser for det daglige arbeidet, ser vi få tegn til at diskursen preger ansattes forståelse av seg selv og innholdet i om-

⁶⁸ I sin avhandling med tittelen *The Pleasure of Managment Ideas* viser Styhre (1998) hvordan styringsideer gjøres troverdige og attraktive både ved at innholdet i ideen blir selvfølgeliggjort (naturalized) og ved at den bestående organisasjonspraksisen fremstilles som nærmest litt snodig og fremmed (defamiliarized).

sorgsarbeidet.⁶⁹ For å si det med Berger og Luckman (1966): De nye styringsbetegnelsene lykkes ikke i å etablere seg som en selvinnlysende ramme for deres tanke og handling. Yrkesutøverne opplever ikke at de produserer og leverer klart definerte omsorgsprodukter, og de opplever bare unntaksvis at de betjener bevisste konsumenter. Styringsspråket fortøner seg nærmest som et slags «luftbubblespråk» – innholdet i avtaler, standarder og prosedyrer svever et stykke unna de problemer og utfordringer som melder seg i en praktisk hverdag. Det begrepsmessige innholdet i dokumentene har ingen entydig og instruktiv betydning. Oppgavene som utføres i det daglige «stemmer» ofte med de generelle beskrivelsene i styringsdokumentene, men ikke alltid. Det hender også at de utfordringene de møter i den praktiske hverdagen, avviker så mye fra styringsdokumentenes premisser at det oppleves som etisk og praktisk uforsvarlig å følge dem slavisk. Ansatte har oppfattet og akseptert at det ikke skal gis mer omsorg enn nødvendig, men de aksepterer ikke at bestemmelsen av hva som er nødvendig kan fastsettes på forhånd. Deres selvforståelse og virkelighetsforståelse preges fortsatt av den etablerte omsorgsdiskursen. De ser seg selv som selvstendige skjønnsutøvere med et moralsk ansvar for å gi situasjonsbasert omsorg. Deres handlinger styres av en finmasket forhandlings- og kommunikasjonsprosess: de samtaler med hverandre, med seg selv og sin egen samvittighet, med arbeidslederen og ikke minst med hjelpemottakeren.

Det finnes etter hvert en rekke studier som viser at managementdiskursen utkonkurreres av «gamle» diskurser i praksisfeltet (f.eks. Clarke, Cochrane og McLaughlin 1994, Fairclough 1995 Newman & Clarke 1996; Halford & Leonard 1999; Keat & Abercromby 1991, du Gay 2000). Managementdiskursen møter ikke en tom verden når den introduseres i ulike virksomheter, men en virkelighet der det allerede finnes et etablert tolkningsrepertoar og et språk som er utviklet innenfra og som gir mening til de handlinger som utføres. Dette forsvinner ikke automatisk i det øyeblikk nye styringsbetegnelser introduseres. Clarke (1995:10) skriver:

(...)older discourses and the subject positions and identities associated with them have not gone away – they linger on not just out of nostalgia, but because the specific practices of welfare provision continue to

⁶⁹ Clarke (1995:13) fester seg ved den samme distinksjonen i sine studier fra den britiske velferdssektoren: Han skriver blant annet. «I am tempted to argue that what is most striking about the impact of managerialism is its ability to produce behavioural compliance at the same time as inducing scepticism, cynicism and disbelief. For many people working in social welfare, the problem of the discourse is not that it construct them as subjects but that they find it offensively transparent (or transparently offensive). There is a difference between being subjected to a discourse and becoming a subject through it».

require particular combination of skills and competences and orientations which outrun the discourse of business, management and enterprise. What has been constructed is a field of tensions within which people manoeuvre – calculatingly, passionately, politically.

I følge Fairclough (op.cit.) lever importerte og etablerte diskurser side om side – ofte skapes det ulike former for forsoning eller kompromiss mellom dem. Vi finner en tilsvarende diskursiv blanding. Den etablerte omsorgsdiskursen består hos hjemmetjenestens utøvere, *samtidig* som nye arbeidsbetingelser legitimeres og iverksettes av aktører som tenker og taler ut fra en managementdiskurs. Nye styringsbetegnelser mykes opp. Dokumenter som bærer merkelapper som 'bestilling', 'vedtak', 'avtale', 'standard' og 'prosedyre' blir ansett for å være ulike form for retningsgivende huskelapper. De betegnelser som sorterer under rubrikken *styringsverktøy* for administratorene, dukker altså opp igjen i praksisfeltet, men der preges de av omsorgsdiskursens styringstil.

At det forekommer kompromisser mellom etablerte og importerte diskurser betyr imidlertid ikke at det skapes en ny, *stabil* orden. Tvert om. Vi har sett en rekke eksempler på at nye styringstiltak stadig skaper behov for nye styringstiltak. Tilbakeblikk på tidligere utviklingsarbeid i omstillingsvillige kommuner viser at kvalitetsprosjekter og tiltak stadig har blitt revurdert, forkastet, forandret og erstattet av nye prosjekter og tiltak. De fleste styringstiltakene som er iverksatt, ledsages av nye planer om å raffinere og utvikle mer sofistikerte styringsmetoder. Ifølge Clarke og Newman (1995) er det ironisk nok styrken og holdbarheten i de etablerte strukturene som bidrar til denne konstante tilstanden av ustabilitet og forandring. Når nye styringstiltak møter den etablerte orden, oppstår det konflikter som igjen skaper etterspørsel etter stadig nye og bedre styringstiltak.

Tiltak basert på en importert managementdiskurs bidrar også til å vekke liv i etablerte diskurser. I likhet med det som fremkommer i andre studier, har vi her sett at kvalitetstiltakene mobiliserer og artikulerer et forsvar for etablerte verdier og praksisformer.⁷⁰ De diskursive motstrategiene bunner ikke i en artikulert protest mot forandring og fornyelse. Tvert om fremmes de gjennom et aktivt og positivt engasjement i utviklings- og moderniseringsprosjekter. Yrkesutøvere som har engasjert seg i kvalitetsarbeidet ser det som en viktig oppgave å tilpasse begreper og tenkemåter slik at det

⁷⁰ Studier fra sykehussektoren (Bentsen mfl. 1999) har vist at nye styringstiltak vekker motstand og mobiliserer de ulike profesjonsgruppene til å markere sine egne særegenheter. Styringstiltak orientert mot å utfordre et sterkt profesjonsstyre bidro dermed til å befeste og styrke profesjonenes posisjon (f.eks. Lindholm 1999).

«passer inn» og blir anvendelige. I følge Clarke og Newman (1993) er selve begrepet 'kvalitet' et begrep som inviterer til omtolkninger. Begrepet er ikke lukket inne i managementdiskursen, men er en flytende betegnelse (floating signifier) som kan tilskrives forskjellig meningsinnhold, og som dermed kan vri styringstiltak i nye retninger.⁷¹ Vi har her sett at både 'kvalitet' og 'bruker-medvirkning' er begreper som lett absorberes i den etablerte omsorgsdiskursen. Det hører imidlertid med til historien at diskursive motstrategier ofte blir innhentet av tiltak forankret i managementdiskursen. At det finnes kvalitetsarbeid forankret i den etablerte omsorgsdiskursen, forhindrer ikke at administrasjonen foretar kvalitetsmålinger og iverksetter effektiviserings-tiltak basert på en helt annen kvalitetsforståelse.

Vi mener det er viktig å understreke at kvalitetsarbeidet mobiliserer *motstridende* diskurser og dermed motstridende tiltak – på den ene siden tiltak som er orientert mot å tydeliggjøre grensene for den offentlige omsorgen, på den andre siden tiltak som stimulerer en mer «grenseløs» ansvars- og omsorgsrasjonalitet. De diskursive spenningene stiller ansatte overfor et krysspess: De skal både leve opp til kravet om å levere kvalitet som er definert og avtalt, samtidig som de skal leve opp til sine «egne» (tradisjonelle) omsorgsidealer som handler om å strekke seg mot å imøtekomme personlige og vekslende behov.

Gamle styringsdilemmaer i ny frakk

Kvalitetssatsningen kan sees på som et uttrykk for at myndighetene vil ta et større ansvar for velferdstjenesten. Helsemyndighetene vil forsikre seg om at lover og forskrifter følges. Kommunene ønsker bedre styring og kontroll med knappe ressurser. Hensikten bak tiltakene er god. Like fullt er ambisjonen om innsyn, kontroll og styring problematisk all den tid den rettes mot en tjeneste som skal håndtere uklare og skiftende behov. Styringsproblemet kan føres tilbake til et dilemma som har vært velkjent innen det sosialpolitiske forskningsfeltet⁷²: Å håndtere moralske sosialpolitiske problemer i uforutsigbare her-og-nå-situasjoner krever en viss fleksibilitet og mulighet for skjønn. Fleksibiliteten og skjønnet representerer imidlertid både en styrke og en svakhet ved de sosiale tjenestene – en styrke fordi det gir mulighet for å tilpasse tjenesten til individuelle livsbetingelser, en svakhet fordi det

⁷¹ Forfatterne skriver: «Quality, we would argue, creates a space within the discourse of the new managerialism in which very different 'visions' of service can be articulated and contested.» (Clarke og Newman 1993:60)

⁷² Vi viser til Lipsky 1980, Ramsøy og Kjølstrød 1986, Knutsen 1989.

vanskeliggjør innsyn og kontroll (Lipsky 1980). Å «fjernstyre» tjenesten ved hjelp av forhåndsdefinerte incitamenter og sanksjoner er i praksis umulig uten at vesentlige kvaliteter ved tjenesten forenkles bort.

Når ideen om kvalitetsledelse og andre markedsinspirerte styringsideer nå anbefales for å modernisere omsorgstjenestene, lurer dette «gamle» styringsdilemmaet i bakgrunnen, men kommer i liten grad til uttrykk. Styringstiltakenes innvirkning på velferdspolitiske mål blir i liten grad problematisert. (Tvert om blir nye styringstiltak ofte fremstilt som nøytrale effektiviserings- og forbedringsverktøy.) Med sin forankring i en markeds- og bedriftskontekst mangler managementdiskursen begreper for å svare på sosialpolitiske problemstillinger. De etiske og normative perspektivene bringes til taushet og erstattes av et økonomisk rasjonelt perspektiv. «Gamle» spørsmål om hva omsorg skal *være*, og hva som må til for å skape et likeverdig og godt tilbud overfor befolkningen, settes dermed i parentes og erstattes av et nytt postulat: offentlige velferdsinstitusjoner *er* servicebedrifter som skal produsere og levere offentlige velferdsgoder. Målet med de nye styringstiltakene er å sørge for at denne produksjonen blir mest mulig kostnadseffektiv.

Ideen om kvalitetsledelse fremtrer som en særdeles løfterik styringsidé for å realisere dette målet. Den retoriske vekten på kvalitet, brukerorientering og medbestemmelse skaper en fornemmelse av kontinuitet med tidligere profesjons- og yrkesidealer (om klientens beste og yrkesutøverens frihet til å utøve skjønn). Imidlertid forutsetter ideen at brukerens beste og ansattes kunnskap skal løsriveres fra en konkret kontekst, kondenseres og så inkorporeres i organisasjonens formelle styringssystem. Brukerens beste skal reflekteres gjennom avtaler og planer, og ansattes praksiskunnskap skal oversettes til standarder og prosedyrer.

Konsulenter og ledere uttrykker håp og tro om at deres styringstiltak skal bidra til å lukke gapet mellom knappe ressurser og ambisiøse velferdspolitiske mål. For ansatte som befinner seg nær hjelpemottakerne, fremstår imidlertid tiltakene som ufullstendige ettersom det melder seg en rekke omsorgsbehov som ikke har vært mulige å forutsi, og som ikke har vært innlemmet i vedtak og avtaler. Uforutsette hjelpebehov oppleves ofte som legitime fordi de oppstår hos de svakeste og mest hjelpetrengende – hos dem som ikke har krefter eller ressurser til å forholde seg til vedtak og avtaler. De velferdspolitiske utfordringene som ble satt i parentes av administratorene, trenger seg så å si på nedenfra. Sett fra yrkesutøvernes ståsted, fremstår ikke omsorgsoppgavene som avgrenset – gapet mellom ressurser og mål er ikke lukket. I en fersk rapport fra maktutredningen – «Maktens samvittighet» –

retter Vike mfl. (2002) søkelyset nettopp på omsorgsorganisasjonens manglende grenser. Forfatterne mener det pågår en *problemtransport* der dilemmaet mellom ambisiøse velferdspolitiske mål og knappe ressurser transporteres nedover i systemene fra politikfeltet, via byråkratiet og etatsledelsen, for så å havne hos de kvinnelige yrkesutøverne i det ytterste ledd. Denne problemtransporten er mulig fordi politikere og administratorer betrakter dilemmaet som et *praktisk* problem, mens personellet opplever det som et *moralsk* problem. For de ansatte som til daglig møter syke og hjelpe-trengende, manifesterer dilemmaet seg som dårlig samvittighet som de gjør sitt ytterste for å kvitte seg med. Konsekvensen er at de påtar seg et *ansvar* for at misforholdet mellom velferdspolitiske mål og ressurser skal bli minst mulig.⁷³

Nye former for klarhet

Administratorer og konsulenter formulerer ofte kvalitetsideen i et språk som signaliserer tydelighet – det er snakk om klare mål, klare ansvarsforhold, informerte brukere og dokumentert kvalitet. Målet er å synliggjøre omsorgen og gjøre den sammenlignbar og styrbar. Tiltakene som er iverksatt i denne ånd, har nok ført til at omsorgstjenesten i en viss forstand er blitt tydeligere. Serviceerklæringer, avtaler, planer og standarder har nok ført til at (i det minste noen) brukere og pårørende har fått avklart og justert sine forventninger til hjelpeapparatet, og det har nok ført til at (i det minste noen) ansatte er blitt mer kostnadsbevisst og flinkere til å sette grenser i det daglige arbeidet. Informasjonsnivået i tjenesten har sannsynligvis aldri vært høyere. Like fullt mener vi at de nye styringstiltakene avstedkommer en ny form for klarhet. Spriket mellom nye styringslogikker og tradisjonelle praksisformer – mellom management- og omsorgsideologi – gjør tjenesten ugjennomtrengelig og vanskelig å forstå. Det oppstår en form for institusjonell klarhet og forvirring (Olsen 1998) – forvirring om hva som er hjemmetjenestens mål og mening og dermed også klarhet hvilken målestokk styringssystemer skal vurderes etter,⁷⁴ og hvilke makt og ansvarsforhold som skal gjelde.

⁷³ Vike mfl. (op cit) påpeker at det stort sett er kvinner som påtar seg ansvaret for å bøte på forvaltningens utilstrekkelighet. Forfatterne reiser spørsmål ved hva som får kvinner til å påta seg ansvaret. Hvorfor sier ikke kvinnene nei?

⁷⁴ Ifølge Pollit har NPM-reformene fått et sterkt «immunforsvar» mot evalueringer, nettopp fordi det er uklart hvilken målestokk tiltakene skal vurderes etter: «*There is a paradox here: while NPM doctrine insists that public services must invest much more heavily in the currency of measurable outputs, some fundamental aspects of NPM reforms themselves appear to have remained almost immune from such requirements.*» (Pollit 1995:135)

Uklarhet omkring tiltakenes styringskraft

Den nye styringsretorikken gir inntrykk av at hjemmetjenesten leverer service i henhold til bestillinger, vedtak og standarder som er besluttet og instruert «ovenfra». Vi har imidlertid sett at yrkesutøverne spiller en langt mer aktiv rolle i å utforme innholdet i tjenesten. Bestillinger, vedtak og planer blir i praksis myket opp og justert slik at det skal være rom for å tilpasse omsorgen til skiftende behov. I noen tilfeller er oppmykingen så total at det blir nærliggende å reise spørsmål ved tiltakenes legitimitet: Hvor myke og fleksible kan styringstiltak gjøres før de mister all styringskraft? All den tid denne oppmykingen finner sted er det imidlertid vanskelig å bringe tiltakenes begrensinger til overflaten. Man får aldri vite hva som ville skjedd dersom vedtak og planer ble fulgt blindt. Gjennom å kompensere for styringstiltakenes utilstrekkelighet bidrar ansatte dermed paradoksalt nok til å styrke styringsverktøyenes troverdighet og til å få dem til å fremstå som mer effektive enn de egentlig er (se også Vabø 2001). De redder styringstiltakene fra å bli avslørt som ineffektiv. Sett fra deres eget ståsted handler denne «redningsaksjonen» om å ta moralsk ansvar for enkeltindivider som trenger hjelp. Fra styringshold er det imidlertid redningsaksjonen lite erkjent og problematisert.

Krav om innsyn og kontroll med kvaliteten på omsorgstjenesten har utløst en omfattende dokumentasjons- og evalueringsaktivitet. Virksomheten gir inntrykk av at beslutninger nå fattes på et sikkert grunnlag. Vi har imidlertid sett at det volder betydelig besvær å erstatte «synsing» med nøkterne data. Aktører som har medvirket til kvalitetsundersøkelser, erkjenner at det er vanskelig å måle omsorgskvalitet. Løsningen på problemet er å utvise tålmodighet og vilje til å prøve og feile. Med denne innstillingen tar de for gitt at det er måleredskapene og ikke fenomenet som skal måles, som er problematisk. Deres antakelse står i strid med den erkjennelse forskere kommer frem til. I sine granskinger av kvalitetsmål i aldersinstitusjoner (se også kap. 3) understreker Slagsvold at det ikke er måleinstrumentene, men selve fenomenet institusjonskvalitet som skaper måleproblemer. Å måle kvalitet i en omsorgsinstitusjon er vanskelig simpelthen fordi omsorgen vanskelig lar seg standardisere. Det varierer fra person til person og fra situasjon til situasjon hva som oppfattes å være god omsorg. Variasjonene er ikke så uvesentlige at man kan se bort fra dem, hevder Slagsvold. Anvender man invalide kvalitetsmål i konkrete beslutninger, risikerer man ikke bare at

tiltak treffer skjevt og ufullstendig, men også at de bidrar til å undergrave kvaliteten.⁷⁵

Utydelige ansvarsforhold

I den nye styringsretorikken legges det vekt på klare ansvarsforhold. Styringsmodeller skiller mellom bestiller og utfører, mellom forvaltning og drift. På papiret er omsorgspersonell tjenesteleverandører som utfører noe på oppdrag fra et bestillerkontor. Ansvar for vurdering av behov er formelt sett plassert utenfor deres verden. Vi har her sett at ansattes selvforståelse bryter med dette bildet. Bak de nye styringsbetegnelsene finner vi yrkesutøvere som ser seg selv som selvstendige skjønnsutøvere med et ansvar for at de behov som melder seg i hverdagen blir dekket på best mulig måte. Spriket mellom det som sies på det formelle plan og det ansatte faktisk gjør skaper uklarhet omkring ansattes ansvar. Når omsorgen i økende grad formaliseres, blir det uklart hvordan det ikke-formaliserte skal forstås. Skal ansattes ansvarlighet betraktes som en «bløthjertet», frivillig innsats eller som en nødvendig essensiell del av tjenesten?

Blant ansatte og ledere i praksisfeltet blir den skjønnsmessige tilpasningen til vekslende behov ofte tatt for gitt som en nødvendig og selvfølgelig del av omsorgsarbeidet. På samme tid uttrykker flere av arbeidslederne bekymring over at signaler og føringer som kommer «ovenfra», i liten grad anerkjenner og understøtter denne praksisen. Vi har hørt at omsorgstiden i stadig større grad blir bundet opp i avtaler og planer. Stramme tidsplaner tilsier at faste hjelpeavtaler må brytes for at uforutsette behov skal imøtekommes. Arbeidslederne frykter at den tiltagende styring med innholdet i tjenesten vil medføre at yrkesutøverne svarer med å vise mindre ansvar og engasjement i jobben. Innenfor arbeids- og organisasjonsforskningen er slike reaksjoner beskrevet som paradoksale konsekvenser av forsøk på å styrke organisasjoners troverdighet (f.eks. Sitkin og Roth 1993, Sitkin og Stickel 1996, Olsen 1998, Thompson og Findlay 1999). Med innføring av formaliserte styringsmekanismer «flyttes» tilliten bort fra de uformelle kontrollordningene i primærvirksomheten og over til systemer utenfor virksomheten – til kontrakter, evalueringsverktøy og revisjonsinstitusjoner. En slik tillitsforskyvning signaliserer mistillit overfor yrkesutøverne. Dermed oppstår det en fare for at det over tid skapes «*mistillit-desillusjon-sykler fordi*

⁷⁵ Muligheten for at ufullstendige og invalide styringsdata kan medføre uheldige vridningseffekter, har vært påpekt også av en rekke andre forskere innen det sosialpolitiske forskningsfeltet (f.eks. Lipsky 1980, Prior 1989, Slagsvold 1995, Eliasson Lappalainen og Szebehely 1996, Dahler Larsen 1999, Wærness 1999b).

folk tilpasser atferden til det at de ikke blir stolt på, og fordi de dermed underbygger at de ikke er å stole på» (Olsen 1998:14).

Videre utfordringer

Vi har her rettet søkelyset mot løpende forandringsprosesser. Kvalitetssystemene er «uferdige» – de har enda ikke funnet sin form. Hensikten her har vært å få et bedre innblikk i en prosess som hittil stort sett har vært beskrevet og vurdert av de aktørene som har et særlig ansvar for å iverksette systemene. Gjennom å løfte fram omsorgspersonalets perspektiver har vi stilt kvalitetstiltakene i et kritisk søkelys. Vi har sett at tiltak som forekommer plausible og fornuftige i en ren ideverden, fremstår som ufullstendige for de aktører som befinner seg i en praksisverden. Uklare, ustabile og skiftende hjelpebehov tilsier at omsorgspersonellet stadig stilles overfor oppgaver som ikke er forutsett og medregent i skriftlige styringsdokumenter. Avtaler, arbeidsprosedyrer og retrospektive oppsamlinger av fjerndata fungerer ikke tilstrekkelig instruktivt – heller ikke når de er utviklet «nedenfra» med brukeren i fokus.

De nye utydeligheter som følger med kvalitetstiltakene tyder på at tiltakene er utilstrekkelig avstemt i forhold til krav og utfordringer omsorgstjenesten står overfor. Det importerte og standardisert managementspråket skaper uklarhet og forvirring fordi de bringer de velferdstatlige kjernespoørsmålene til taushet. I dag snakkes det mye om effektivisering og kvalitetsutvikling uten at det klargjøres *hva* det er som skal effektiviseres og kvalitetsutvikles. Vi mener dette gir grunn til å etterlyse en moderniseringsdebatt som i sterkere grad ser styringsproblematikken i sammenheng med omsorgstjenestens velferdspolitiske utfordringer og institusjonelle særegenheter.

Den tidligere danske sosialminister Bent Rold Andersen (1999) går et skritt videre enn å påpeke forvirringen som følger med den nye språkbruken. I sin debattbok «Ældrepolitikk på afveje» retter han skarp kritikk mot de sentrale styresmaktenes tro på hva managementdoktrinene kan utrette for eldreomsorgen. Han mener deres entusiasme har vært drevet av en *misforståelse* om at det er formell rettssikkerhet – å få det en har «krav på» – som er eldrebefolkningens viktigste behov. I følge Rold Andersen vil det for de fleste være viktigere med personlig tillit og fast forhold til en velkjent hjelpemottaker. Med andre ord: for den som er avhengig av hjelp, er det ikke fiks ferdig forhåndsspesifisert service som er viktig, men omsorg som gir rom for en viss lydhørhet overfor vekslende behov. Vi vet fra tidligere forskning at muligheten for å kunne tilpasse tjenesten til individuelle og situa-

sjonsmessige forhold er av avgjørende betydning for hjelpemottakerens velbefinnende (se f.eks. Szebehely 1995, Thorsen 1998, Helset 1998, Hansen mfl. 1999). I en tidligere undersøkelse (Vabø 1996a og 1998) der både brukere og pårørende ble intervjuet, fant vi at preferansene spriket. Klare holdepunkter, klare avtaler og omsorgsplaner kan bety trygghet og kvalitet for enkelte (med stabile hjelpebehov). For andre, eksempelvis for familier med svært skrøpelige og demente eldre, kan tilsvarende formaliserte rammebetingelser bety uttrygghet og usikkerhet ettersom ansvaret for vekslende behov blir utydelig. Overfor denne kategorier av hjelpemottakere vil en stabil kvalitet først og fremst sikres gjennom en variert innsats. Ut fra hensynet til de svakeste mener vi hjemmetjenesten krever en organisasjons- og styringsform med et visst beredskapselement. Tjenesten bør planlegges og tilrettelegges slik at det er tilstrekkelig tid og handlingsrom til å møte prekre og uforutsette behov.

Det er også grunn til å understreke at en viss fleksibilitet og handlefrihet er av stor betydning for ansattes arbeidsmotivasjon og trivsel (Eliasson 1992). Å få muligheten til å gi noe ekstra i jobben *gir* energi, mens det å måtte avbestille hjelp *tapper* omsorgspersonell for energi (Kvamme 2000). Å jobbe bevisst med å skape arbeidsbetingelser som tilrettelegger for et stabilt og motivert omsorgspersonell, vil etter vår oppfatning være en viktig investering i arbeidet med å sikre best mulig kvalitet.

Tiltak som er orientert mot å sikre, utvikle og måle kvalitet, legitimeres ofte med utgangspunktet krav om kostnadseffektivitet. Tiltakene skal sikre at ingen ressurser sløses bort, men at de anvendes akkurat der det trengs. Målet er å sikre kvalitet for hver krone. Intensjonen *bak* tiltakene overskygger ofte det faktum at tiltakene i seg selv krever tid og personell. Det koster å formulere og revidere avtaler og kontrakter, drive med dokumentasjonsarbeid og å gjennomføre brukerundersøkelser. Olsen (1998:14) påpeker at slike sentraliserte styringstiltak ofte innebærer en ressursforskyvning bort fra primærvirksomheten: «*Det skjer en overføring av ressurser fra faglig primærvirksomhet til det å overvåke og evaluere virksomheten, skrive og lese rapporter og sitte i møte.*»

Med den ressursknapphet som preger velferdskommunene i dag, er det viktig å ha et helhetlig perspektiv på ressursanvendelsen. Det er viktig å hele tiden spørre seg om investeringer i sekundære styringstiltak står i forhold til de investeringer som gjøres i den primære virksomhet. For å anvende hjemmehjelpenes uttrykk: kommer egentlig alt «*innarbeidet*» de gamle til gode? Eller «*stjeler*» det bare fra den dyrebare omsorgstiden?

I den løpende debatten om kvalitet og effektivitet i omsorgssektoren har det vært mye snakk om å sette grenser rundt omsorgsansvaret. Samfunnets omsorgsoppgaver er tilnærmet grenseløse og representerer dermed en potensiell kilde til *uhemmet utgiftsvekst* for kommunene. Med de økonomiske betingelser kommunene er underlagt, er det vanskelig å si seg uenig i at det må settes grenser. Det må imidlertid være legitimt å reise spørsmål ved *hvordan* disse grensene best kan settes. At styringsideer introduseres med et *løfte* om bedre utnyttelse av ressurser må ikke sees som ensbetydende med at de *fører* til en bedre ressursanvendelse. Tvert om – gitt de styringsproblemer vi her har pekt på – kan det tenkes at strømmen av populære styringsideer som i dag anbefales overfor omsorgstjenestene representerer en ny kilde til utgiftsvekst for kommunene.

Summary

Municipal care services have worked to assure the quality of their service provision since the mid-1990s. Quality initiatives are based not on a specific methodology or model, but rather on an abstract and generalised management conception or management logic. The present report takes a closer look at how this loosely knit quality concept is socially constructed and translated into practice. The report takes a basis in the guidelines emanating from central health authorities and from the municipal care services administration, and thereafter focuses on home-based care services. Management aspirations on the part of players who view these services «from above» are compared with views and perspectives «from below» on the part of practitioners who provide care to the sick and elderly on a daily basis. We emphasise that the report is not intended to evaluate quality work in named municipalities, but rather to present general issues and challenges arising in an ongoing developmental process.

The report is based on a two-stage survey: We started by conducting a preliminary survey among a random selection of nursing and care managers, followed by a more thoroughgoing survey of five municipalities/city wards that were relatively experienced in the field of quality work. In the latter stage of the survey we interviewed persons with specific responsibility for quality work and also a selection of nurses, nursing auxiliaries and home-helps in primary care. Interviews with municipal administrators were supplemented with interviews with public quality advisors with specific responsibility for assisting the municipalities in their quality work. The analysis is based on an interpretative perspective. Our premise is that new management concepts never influence organisations in a mechanical manner, but have to be interpreted, and adapted, often at several organisational levels, by persons with differing expertise and experience. Persons exposed to new management concepts do not necessarily adopt the entire concept but select those elements that appear to be appropriate in light of their own ideas and aspirations.

Instigators of quality work are inspired by the idea of «total quality management». This is a wide-ranging, multi-faceted concept that was originally formulated in industry and is now recommended for all types of organisations. The concept entails mobilising the entire organisation to monitor, perfect and improve its work processes in keeping with the customer's interests. The concept requires quality requirements to be

defined, specified and preferably to be rendered measurable. However, quality requirements are not set once and for all; they need to be continually adjusted in relation to the *customer's requirements*. Hence it is important for the organisation to systematically mobilise its resources and thinking to accommodate the customer's preferences and wishes at any given time. Since total quality management embodies a variety of principles, it can be mediated and applied in a flexible manner – both as a «hard» concept with the stress on standardisation and control or as a «soft» concept that stresses involvement and will to improve. This report shows that interpretations of the concept are coloured by the interests and values that various players possess by virtue of their previous experience and position.

Diverging perspectives on a particular type of quality measure indicate that the way players think and speak is based on differing ideological vantage points. The perspectives of change-oriented managers and development consultants indicate that they view care services in light of an imported management ideology. They see home-based care as an organisation that is controlled from above and that delivers a finite, agreed service to consumers with demands and rights. The perspectives of care personnel indicate their allegiance to an established care ideology anchored in earlier welfare policy ideals and practices. Their narratives are founded on the supposition that good care is oriented to the individual and determined by the situation. Care cannot be steered on the basis of a predefined set of instructions, but must be adapted to concrete persons and situations on a case-by-case basis. The two ideologies paint different pictures of what constitutes home-based care and what is needed to ensure its recipients good quality service provision.

In municipalities that have espoused the quality concept, quality initiatives are often woven into a wider-ranging modernisation effort whose aim is to acquire better insight into and control over the application of scarce resources. The object is to create a more transparent service – a service where standards and agreements define what the municipality offers and what the user is entitled to. Persons employed in home care services' front line have little knowledge of the overarching quality concept. As a rule they encounter the concept after it has been translated into concrete measures and routines. Their contribution to the interpretative process involves giving these measures and routines a content that is meaningful in relation to practical everyday realities. In their experience, fixed routines and care assignments are continually «disrupted» by tasks that intrude «from below» from people with unstable, changeable needs. Hence management documents need to be formulated and applied cautiously to make room for necessary adjustments

to concrete individuals and situations. What were portrayed as powerful management tools by consultants and managers are moderated and dampened in the practical arena.

Consultants and administrators strive to create a clearer boundary for public care responsibilities. Care personnel strive to make room for flexibility and care adapted to the situation. The parties' differing notions of what home services *are* pulls quality initiatives in different directions. The tension between differing interpretations of what is correct and appropriate leads to constant unravelling and destabilisation. Moves to clarify and delimit care provision run up against established practices, prompting demands for new and more refined control measures. Practical care runs up against rigid controls, giving rise to demands for greater flexibility. A sense of dividedness and institutional confusion arises that renders the service impenetrable and difficult to comprehend. On the one hand the new management terminology appears in our view to conceal imperfect and to some extent ineffectual management decisions and, on the other, front-line personnel who are frustrated by the constant impairment of the conditions needed to do a good job. The upshot is that *neither side's* quality endeavours are successful.

Litteratur

- Abbor, A. (1988): *The system of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: The University of Chicago Press
- Adams, R. (1998): *Quality social work*. London: Macmillan
- Andersen, B. R. (1999): *Ældrepolitikk på afveje*. København: Fremad
- Aubert, W. (1982): *Retts sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Beck, U. Giddens, A. & Lash, S. (1994): *Reflexive Modernization*, Stanford University Press
- Bejerot E. & Hasselbladh, H. (ed)(2002): *Kvalitet utan gränser En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academica Adacta
- Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. & Sahlin-Anderson, K. (red) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsen i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag, Danmark
- Berg, A.M. & Lauvdal, T. (2001): *Kvalitetsarbeid i staten*. Oslo: Rapport 1/2001. Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie
- Berger, P. & Luckmann, T. (1983): *Den samfundsskapede virkelighed. En videnskabelig afhandling af Peter Berger og Thommas Luckmann*. Viborg Linhardt og Ringhof
- Bjerrum Nielsen, H. (1994): «Forførende tekster med alvorlige hensikter». *Tidskrift for samfunnsforskning*, nr. 2, 1994: 190–217
- Bogen, H. & Nyen, T. (1998): *Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner*. Fafo Rapport 254
- Burr, V. (1995): *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge
- Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K & J.O. Vanebo (2001): *Modernisering av offentlig sektor New Public Management i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Brinchman, A. & H. Vike (2000): *Omsorg uten grenser*.
w.w.w.posgrunn/kommune.no/fakta/utredninger
- Brunsson, N. (1990): «Reformer som rutin» i Brunsson N & Olsen J (red): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Brunsson, N. & Olsen, J. (1990): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag
- Brunsson N. (1998): «Homogeneity and Heterogeneity in Organizational Forms as the Result of Cropping-up Processes», i *Organizing Organizations*. Fagbokforlaget Vikmostad og Bjørke AS

- Brunsson N. og Jakobsson, B. (ed) (1998): *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santérus förlag
- Christensen, K. (1997): *Omsorg og arbeid. En sociologisk studie af ændringer i den hjemmebaserte omsorgen*. Avhandling for dr. politigraden Sosiologisk institutt. Universitetet i Bergen
- Christensen, K. & Næss, S. (1999): *Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene*. Bergen: Senter for samfunnsforskning (SEFOS)
- Clarke, J & Newman, J. (1993): «Managing to survive: Dilemmas of changing organisational forms in the public sector», i Page, R. & Deakin, N *The Cost of Welfare*, Avebury
- Clarke, J. Cochrane, A. & McLaughlin, E. (ed) (1994): *Managing social policy*. Sage publication, London
- Clarke, J. (1995): «*Doing the Right Thing? Managerialism and Social Welfare.*» Paper, ESRC Professionals in Late Modernity. Seminar, Imperial College
- Cohen, L & Musson, G. (2000): Entrepreneurial Identities: Reflections from Two Case Studies. *Organization* vol 7 () 31-48, London: Sage
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1990): «Making Arrangements: The Key to Home Care», i Gubrium J.F & Sankar A (red): *The Home care experience Ethnography and Policy*. Sage Publication California
- Crosby, P.B. (1980): *Quality is free*. London: Mentor
- Czarniawska-Joerges, B. og Joerges, B. (1988): How to control things with words. Organizational Talk and Control. *Management Communication Quarterly*, Vol. 2, No.2 pp170–193
- Czarniawska-Joerges, B. (1990): «Kommunerna i reformernas Sagoland», Brunsson, N. och Olsen J. (red): *Makten att reformera*. Carlsson Bokförlag Stockholm
- Czarniawska-Joerges, B. (1993): *The Three Dimensional Organization. A constructionist View*. Studentlitteratur, Chartwell Bratt, Lund
- Czarniawska-Joerges, B. & Joerges, B. (1996): Travels of Ideas, i Czarniawska, B., Sevón, G. (eds): *Translating organisational change*. Walter de Gruyter, Berlin, Germany
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (1996): *Translating organisational change*. Walter de Gruyter, Berlin, Germany
- Czarniawska-Joerges (1988): *To coin a phrase*, The Study of Power and Democracy in Sweeden. Sockholm: The Economic Research Institute , Stockholm School of Economics
- Daatland, S.O. & Szebehely, M. (1997): «Tjenestene og utviklingen i sammenheng». I Daatland, S.O.(red): *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-*

95. NOVA Rapport 22/97. Oslo: Norsk institutt for forsknings om oppvekst, velferd og aldring
- Dahler Larsen, P. (1999): *Den Rituelle Refleksjon – om evalueringer i organisasjoner*. Odense: Odense Universitetsforlag
- du Gay, P. (1996): *Consumption and Identity at Work*. London: Sage
- du Gay, P. (2000): «Enterprise and its Future: A response to Fournier and Grey». *Organization* Volume 7(1)165-183
- Dunnachie, H. (1992): «Approaches to quality systems», i Kelly, D. og Warr, B.: *Quality counts Achieving quality in social care service*. London: Whithing & Birch/SCA Co-Publication
- Eliasson, R. (1992): «Omsorg och rasjonalitet», i Eliasson (red): *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Lund: Studentlitteratur
- Eliasson Lappalainen, R. & Szebehely, M. (1996): Äldreomsorg, kvalitetsäkring och välferdsopolitik. I Palme, J. och Wennemo: *Genrell välferd. Hot och möjligheter*. Valfärdsprosjektet Skriftserien Fakta/kunnskap nr. 3 Stockholm
- Eriksen, E.O. (1984): Styringseksponasjon, korporativisme og legitim makt. *Sosiologi i dag*, 2
- Eriksen, E.O. (1993): *Den offentlige dimensjon. Verdier og styring i offentlig sektor*. Oslo: Tano.
- Exworthy, M. & Halford, S. (eds) (1999): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham, U.K
- Fairclough, N. (1995): *Critical discourse analysis: the critical study of language*. New York: Longman
- Flynn, N og Strehl, F. (ed.) *Public sector management in Europe*. London: Pentice Hall
- Furusten, S. (1995): *The Managerial Discourse – A Study of the Creation and Diffusion of Popular Management Knowledge*. Doctoral thesis no.60 Department of Business Studies, Uppsala University
- Furusten (1998): «Kunnskap och standard» i Brunsson, N. og Jakobsson, B. (ed) *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santéus förlag
- Furusten (2002): «Från idé till institusjon», i Bejerot, E. & Hasselblad, H. (red): *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academia Adacta
- Føllesdal, D. Walløe, L. og Elster, J. (1984): *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gaster L. (1995): *Quality in Public Services. Managers' Choices*. Open University Press, Buckingham, UK

- Gergen, K.J. (1989): «Warranting voice and the elaboration of the self», i Shotter, J. & K.J Gergen (eds): *Text of Identity*. Sage, London , UK
- Hackman, J. & Wageman, R. (1995): «The Quality Management: Empirical, Conceptual and Practical issues». *Administrative Science Quarterly*, 40:309-42
- Halford, S. & Leonard, P. (1999): «New identities? Professionalism, managerialism and the construction of self», in Exworthy, M. & Halford, S. (eds): *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham, U.K
- Halvorsen, K. (1997): «Budbringere av modernitet og identitet», Byrkjeflot (red): *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget Bergen
- Hansen, B.E., Eskelin, L. Madsen, J.K. (1999): *Hjemmehjælp og ældres velbefinnende – en analyse af hjemmehjælpernesarbejdsprinsipper i to kommuner*. AKF forlaget
- Hambleton, R. & Hogget, P. (1990): *Beyond Excellence: Quality Local Government in the 1990s*. School of Advanced Urban Studies University of Bristol
- Harmon, M.M. & Mayer, R.T. (1986): *Organization Theory for Public Administration*. Chatelaine Press
- Hauge, J. S., Opedal & T. Tønnesen (1995): *Kvalitetsforbedringer i kommunal virksomhet – hvordan kan prosessen startes opp?* Rapport RF-95/119. Stavanger: Rogalandsforskning
- Helset, A. (1998): *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre? Brukernes og hjemmehjælpernes syn på kvalitet*. NOVA-rapport 19/98. Oslo: NOVA
- Hill, T. P. (1977): «On Goods and Services» *The Review on Income and Wealth*, USA.
- Hjelseth, A. (1998): «Markedets» ekspansjon – Markedsreformer og økonomifagets hegemoni. *Sosiologi i dag*, 4, s. 19–43, Novus forlag
- Hofoss, D. (1986): «Hva vet vi om pasienttilfredshet? Hva kan vi bruke kunnskapen til?». *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 112 (29)3707–9
- Holter, H. (1982): «Data, tolkning og sosiale relasjoner i forskning», i Holter, H. og Kalleberg, R.: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hood, C. (1991): «A public management for all seasons». *Public Administration* 69 (spring)
- Jenssen, S. (2002): «Fornyelse av offentlig sektor – hvor blir det av borgerrollen?». *Tidsskrift for Velferdsforskning*, vol 5 nr 1
- Jespersen, P.K. (1999): «Hvordan håndter profesjonene de nye styringsbetingelser?» i Bentsen , E.Z, Borum, F., Erlingsdottir, G., Sahlin-Anderson, K. (red):

- Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsen i Danmark og Sverige.* Handelshøjskolens Forlag, Danmark
- Joss, R. & Kogan M. (1995): *Advancing Quality Total Quality Management in the National Health Services.* Open University Press Buckingham Philadelphia
- Jørgensen, M.W., Philips, L. (1999): *Diskursanalyse som teori og metode.* Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag
- Karlsson (2002): «TQM, individen och kollektivet», i Bejerot, E & Hasselblad, H (red) *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning.* Academia Adacta
- Keat, R. & Abercromby, N. (1991): *Enterprise Culture.* London: Routledge
- Kelly, D. & Warr, B. (1992): *Quality counts Achieving quality in social care service.* London: Whithing & Birch/SCA Co-Publication
- Knutsen, O. (1989): *Sosiale tjenester og velferdsstatens yrker: Særtrekk, modeller og hypoteser for komparativ forskning.* INAS rapport no 1989:1. Oslo: NOVA
- Klausen, K.K. (2001): «New Public Management – en fortolkningsramme for reformer», i Bush, T., Johnsen, E., Klausen, K.K, Vanebo J.O. (red): *Modernisering av offentlig sektor New Public Management i praksis.* Oslo: Universitetsforlaget
- Kirkpatrick, I. & Martinez Lucio, M. (1995): *The politics of quality in the public sector. The management of change.* New York: Routledge
- Kitterød, H. (1993): «Uformell omsorg for eldre og funksjonshemmede». Statstisk sentralbyrå. *Sosialt utsyn*
- Kristoffersen, G. og Solem, P.E. (1998): *Integrering av pleie- og omsorgstjenestene. Virkninger på ledelsesstrukturen.* NOVA rapport 22/98. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Krogstrup, H.K. (1997): *Brugerinnndragelse og organisatorisk læring i den sociale sektor.* Århus:Systime
- Kvamme, E. (2000): *Ærefullt arbeid og hellig trøtthet. En undersøkelse om trøtthet blant hjemmehjelpere og sykepleiere.* Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
- Kvamme, E. (2001): «Ærefullt slit? – om dilemmaer i hjemmetjenesten» *Aldring og Eldre* 3, s 24–28
- Laclau, E. (1990): *New Reflections on the Rvolution of our Time.* London:Verso
- Lindholm, C. (1999): «Reform utan förändring och förändring utan reform – ekonomistyrning som instrument och logik», i Bentsen, E.Z, Borum, F., Erlingsdottir, G., Sahlin-Anderson (red): *Når styringsambitioner møder praksis. Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsen i Danmark og Sverige.* Handelshøjskolens Forlag, Danmark

- Lingsom, S. (1997): *The Substitution Issue. Care Policies and their Consequences for Family Care*. NOVA-rapport 6/97, Oslo: Norsk institutt for forsknings om oppvekst, velferd og aldring
- Lipsky, M. (1980): *Street-level Bureaucracy. The Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation
- Martin, L. (1993): «Total Quality Management: The New Managerial Wave». *Administration in Social Work*, 17(2): 1–16
- Minzberg, H. (1983). *Structure in fives Designing effective organisations*. Prentice-Hall
- Morgan, C. & Murgatroid, S. (1994): *Total Quality Management in the Public Sector*. Open University Press, Buckingham UK
- Newman, J. Og Clarke, J.(1994): «Going about Our Business? The Managerialization of Public services» i Clarke, J Cochrane, A & McLaughlin, E (ed): *Managing social policy*. Sage publication, London.
- Newman, J. & Clarke, J. (1996): *The Tyranny of Transformation: Change as a discursive strategy in the remaking of public services*. Paper for International Research Symposium on Public Service Management Aston Business School, March 25–26, 1996
- Nesheim, T. og Vathne, K. (2000): *Konkurransetsetting og bestiller–utfører i norske kommuner*. SNF rapport nr 59/2000, Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Nesheim, T. (2001): *Organisering for konkurranse i pleie- og omsorgssektoren*. Forsyning nr 1/2001, Kommunenes sentralforbund
- Nylehn, B. (1994): *Omsstillingsarbeid i kommunale organisasjoner*. NF rapport nr 10/94, Bodø: Nordlandsforskning
- Næss, S. & Wærness, K. (1996): *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995*. Bergen Senter for samfunnsforskning
- Næss, S. (2000): *Bedre standard, men større ulikhet? Foreløpig evaluering av Handlingsplan for eldreomsorgen*. Sefos-notat 2. Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen
- Olsen, J.P. (1998): «Offentlig styring i en institusjonsforvirret tid». *Nytt Norsk Tidsskrift* 1/1998:7–20
- Pfeffer, N. & Coote, A. (1991): *Is Quality Good for You ? A Critical Review of Quality Assurance in Welfare Services*. IPPR, Social Policy Paper no. 5, London
- Pollitt, C .(1990): *Managerialism and the public services*. London: Blackwell
- Pollitt, C. (1995): Justification by Works or by Faith Evaluating New Public Management. *Evaluation* Vol. 1(2) 133–154. Sage Publications

- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (1995): *Quality Improvement in European Public Services. Concepts, Cases and Commentary*. SAGE, London
- Potter, J. (1988): Consumerism and the Public Sector: How well does the Coat Fit? *Public Administration* Vol. 66, Summer, s.149–164
- Potter, J. (1996): *Representing reality Discourse, Rhetoric and Social Construction*. Sage Publications
- Ramsøy, N. R. & Kjølrsrud, L. (1986): Velferdsstatens yrker. I Alldén, L. & Ramsøy, N.R. (red) *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Rasmussen, B. (2000): «Hjemmesykepleie som grådig organisasjon. Makt og ansvar i desentraliserte organisasjoner». *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 1:2000
- Reed, M. (1995): Managing quality and organizational politics: TQM as a governmental technology, i Kirkpatrick, I. & Martinez Lucio, M. *The politics of quality in the public sector. The management of change*. New York: Routledge
- Rennison, B. (2000): *Offentlig ledelse? – en fortelling om New Public Management og et alternativt studie på vej*. Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, Handelshøjskolen i København.
- Ritchie, P. (1992): «Establishing standards in social care» i Kelly, D. & Warr, B. *Quality counts Achieving quality in social care service*. London: Whithing & Birch/SCA Co-Publication
- Rønning, R(1990): «Kan omsorg profesjonaliseres?» i Jensen (ed) *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal
- Røvik, K.A. (1990): *Fra terori til teknikk. Private organisasjonsutviklingsfirmaer i offentlig sektor*. TANO
- Røvik, K. A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schulz Jørgensen, P. (1989): «Om kvalitative analyser og deres gyldighet». *Nordisk Psykologi*, 41 nr. 1, s 25–41
- Shaw, I. (1995): «The quality of mercy: The management of quality in the personal social services» i Kirkpatrick I & Martinez Lucio, M. *The politics of quality in the public sector. The management of change*. New York: Routledge
- Silferberg, G. (1996): *Att vara god eller att görar rätt. En studie i yrkesetik og praktik*. Bokförlaget Nye Doxa
- Silverman, D. (1970): *The theory of organisations*. London: Heinemann
- Sitkin, S. & Roth, N. (1993): «Explaining the limited effectiveness of legalistic ‘remedies’ for trust/distrust». *Organization science* Vol 4. No 3: 367-392

Sitkin, S og Stickel, (1996): «The road to hell. The dynamics of Distrust in an Era of Quality» i Kramer, R M og Tyler M (ed) *Trust in organizations. Frontiers of the theory and research* London: Sage

Sitkin, S.; Sutcliffe, K. & Schroeder, R. (1994): Distinguishing Control From Learning in Total Quality Management: a Contingency Perspective, i *Academy of Management Review*, Vol 19 No. 3 537–564

Slagsvold, B. (1995): *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Doktosavhandling, NGI-rapport 95:1, Oslo Norsk gerontologisk institutt

Slagsvold, B. (1999): «Kvalitet og kontekst» i Thorsen, K. & Wærness, K.: *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Slagsvold, B. (2000): *Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere. En datadokumentasjon med kommentarer*. Notat, Oslo: NOVA.

Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn (1995): «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten». IK-2482

Sosial- og helsedepartementet (1997): *Rundsriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. I-13/97

Statens helsetilsyn (1997): *30 spørsmål og 30 svar om tilsyn, internkontroll og kvalitetsutvikling*. IK-2586

Statens helsetilsyn (1998a): *Kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten 1997–2001*. IK-2658

Statens helsetilsyn (1998b): *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder*. IK-2615

Statens helsetilsyn (1998c): *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som medarbeider*. IK-2616

Statens helsetilsyn (2002): *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport til Helsedepartementet*. 25/01-02

Styhre, A. (1998): *The Pleasure of Management Ideas The Discursive Formation on Kaizen*. Doktosavhandling, Lund University Press, Lund

Szebehely, M. (1995): *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv

Sørensen, B. Aa. (1982): Ansvarsrasjonalitet: Om mål–middeltenkning blant kvinner. I Holter (red): *Kvinner i fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørhaug, T. (1994): «Ideer om ledelse i Norge: doktriner, makt og praksis». *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 4:94

Thompson, J.D. (1967): *Organizations in action: social science bases of administrative theory*. New York: McGraw-Hill

- Thompson, P. og Findlay, P. (1999): «Changing the People: Social Engineering in the Contemporary Workplace». I Ray, L og Sayer, A.(ed): *Culture and economy after the cultural turn*. London: Sage
- Thorsen, K. & Dyb, H. (1994): Organisering av hjemmetjenestene og brukernes behov. *Aldring & Eldre*, 2 s. 2–7
- Thorsen, K. (1998): *Den pressede omsorgen Kvaliteter i hjemmehjelpstjenesten for eldre i lokal kontekst*. NOVA-Rapport 18/98. Oslo: Norsk institutt for forsknings om oppvekst, velferd og aldring
- Tuckman, A. (1995): «Ideology, quality and TQM» i Wilkinson, A. & Willmot, H. (1995) (eds): *Making Quality Critical. New Perspectives on Organisational Change*. International Thomson Business Press UK
- Vabø, M. (1994): «Klient- og brukerkrav til forvaltningen». *Retfærd*, Nordisk juridisk tidsskrift 17. årg. nr. 2
- Vabø, M. (1996a): Quality of Care. Is it Enough to Ask the Client? Paper, International Seminar «Developing Quality in Personal Social Services», Helsinki 12-14 April 1996, STAKES, Helsinki & European centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna
- Vabø, M. (1996b): «Dilemmas of care. A challenge to quality improvements», SPA 30th Annual Conference Convergence or Diversity: Social Policy in Europe. Sheffield Hallam University 16-18 July 1996
- Vabø, M. (1997): «Brukermedvirkning: Veien til kvalitet?» i *Forskning om brukermedvirkning – kunnskapsstatus og handlingsmuligheter. Konferanserapport*, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet og Sosial- og helsedepartementet
- Vabø, M. (1998): *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten*. NOVA-rapport 8/98. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Vabø, M. (2001): «Forbrukermakt – en kilde til bedre omsorgstjenester?» i Thorsen, K., Dahle, R. & Vabø, M. (red): *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenesten* NOVA Rapport 18/01. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Vabø, M. (2002): «Kvalitetsretorik i norske kommuner» i Bejerot, E. & Hasselbladh, H. (red): *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academia Adacta
- Vigran, Å. (2001): Pleie- og omsorgstjenestene – bedre enn sitt rykte? *Samfunnsspeilet* nr 5. Statistisk sentralbyrå
- Vike, H. (2001): Likhetens kjønn. I Lien, M., Lidén, H. & Vike, H. (red) *Likhetens paradokser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. (2002): *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Makt- og demokratiutredningen

- Walsh, K. (1995): Quality through markets: the new public service management, i Wilkinson, A. & Willmot H. (eds): *Making Quality Critical. New Perspectives on Organisational Change*. International Thomson Business Press UK
- Webb, J. (1996): «Vocabularies of motive and the 'new' management». *Work, Employment and society*, Vol 10, No 2:251–271
- Wilkinson, A. & Willmot, H. Eds. (1995): *Making Quality Critical. New Perspectives on Organisational Change*. International Thomson Business Press UK.
- Wærness, K. (1984): The Rationality of Caring, *Economic and Industrial democracy*. SAGE, London, Beverly Hills, New Delhi, Vol. 5:185–211
- Wærness, K. (1989): «Refleksjoner fra et feltforskningsarbeid i den hjemmebaserte omsorg». *Socialmedisinsk tidsskrift* nr. 5–6, 1989
- Wærness, K. (1999 a): Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet – refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs, i Thorsen, K. & Wærness, K.: *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Wærness, K. (1999 b): «Hva er hensikten med sammenliknende studier av effektiviteten i pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner?» *Sosialøkonomen* nr. 1
- Zbaracki, M. (1998) *The Rhetoric and Reality of Total Quality Management*. *Administrative Science Quarterly*, 43: 602–636
- Öhrming, J. og Sverke, M. (2001) *Bolagisering av S:t Görans Sjukhus- en proaktiv organisering*, Studentlitteratur, Lund Sweden
- Öhrming, J. og Sverke, M. (2002): «*Andemeningen är bra, men...Kvalitetsfrågans betydelse för vården*», i Bejerot, E. & Hasselblad, H. (red): *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academia Adacta
- Øgård, M. (2000): New Public Management – markedet som redningsplanke. I Baldersheim, H. & Rose E.R (red): *Det kommunale laboratorium*, Oslo Fagbokforlaget
- Ørstavik, S. (1996): Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang, INAS-notat nr. 8. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring