

UNIVERSITETET I BERGEN  
*Institutt for politikk og forvaltning*

AORG350  
Masteroppgave

## **Kvalitetstriangelet**

**Kvalitetsforståelse hos det offentlige, ansatte og beboere  
ved norske sykehjem**

---

**Sunniva Marie Sæther**

**Vår 2024**

## Sammendrag

Denne masterstudien har undersøkt kvalitetsforståelse hos det offentlige, ansatte og brukeren ved norske sykehjem. Gjennom å redegjøre for de ulike forståelsene samt eventuelle avvik, uklarheter eller motsigelser har det vært et mål å studere samspillet og bakgrunnen for de ulike forståelsene. De tre aktørene er alle legitime aktører i kvalitetsdebatten, og henvises til i denne oppgaven som hver sin ende i et kvalitetstriangel. Samspillet mellom aktørene vil illustreres gjennom oppgavens teoretiske rammeverk som omfatter teorier om hierarkisk implementering, translasjonsteori og bakkebyråkrati. Et tredelt teoretisk rammeverk er valgt for å kunne gi helhetlig innsikt av hvordan de ulike aktørene forstår kvalitet, samt samspillet mellom aktørene og kvalitetsforståelsene.

For å belyse dette gjennomføres det to dokumentanalyser av offentlig styringsdokumenter og av tidligere forskningsstudier for å belyse det offentliges og brukerens syn på kvalitet. For å få innsikt i ansattes kvalitetsforståelse er det gjennomført semistrukturerte intervju av ulike ansatte ved private sykehjem i Bergen.

Studien viser at aktørens kontekst har stor betydning for kvalitetsforståelsen.

Bakkebyråkratiske implikasjoner om møte mellom tjenesteyter og tjenestemottaker har stor betydning for hvordan de to aktørgruppene operasjonaliserer kvalitet. Likevel preges også ansattes forståelser av hierarkiske føringer og vertikale oversettelsesprosesser, som også vises i den offentlige kvalitetspolitikken. Gjennomgående finner studien at ressursmangel har stor betydning for kvalitetsarbeidet som utføres i praksis.

## Forord

Innleveringen av min masteroppgave markerer slutten på fem svært fine år som student ved Universitetet i Bergen. Det er mange som fortjener en takk i denne oppgaven.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Simon Neby for god veiledning fra start til slutt. Tusen takk for alt engasjement og for at du har brukt din faglige kompetanse til å hjelpe meg gjennom denne prosessen. Det er også viktig for meg å takke for veldig fine veiledningstimer hvor jeg alltid har blitt møtt med vennlighet og et smil.

Jeg ønsker å takke Institutt for politikk og forvaltning, forskningsgruppen *Governing Global Challenges* og metodekafeen. Videre ønsker jeg å takke alle informantene som sa seg villig til stille til intervju, og slik bidro til at jeg kunne gjennomføre denne studien.

Tusen takk til mine medstudenter på Sophie Lindstrøms Hus, en gjeng jeg ikke ville vært foruten. Sammen har vi delt oppturer og nedturer, og vennskap som har vært uvurderlig i denne prosessen.

Jeg ønsker til slutt å takke mine foreldre for oppmuntring og korrekturlesing, og ikke minst min samboer som har gitt meg ubetinget støtte, forståelse og kjærlighet.

Bergen, 03.06.24

Sunniva Marie Sæther

## **Figur- og tabelloversikt**

### **Kapittel 2:**

Figur 1 – OECD framework for health care system performance measurement

### **Kapittel 3:**

Figur 2 – Triangelet av aktører

Figur 3 – Forholdet mellom aktørene

Tabell 1 – Dimensjoner for datainnsamling

### **Kapittel 4:**

Tabell 2 – Oversikt over informanter

### **Kapittel 5:**

Tabell 3 – Oversikt over nasjonale kvalitetsindikatorer om den kommunale sykehjemstjenesten (Helsedirektoratet u.å.)

Figur 4 – Modell for Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Figur 5 – Modell for kompetanse i forbedringsarbeidet

Tabell 2 – Oversikt over informanter

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	1
1.1 Aktualisering .....	1
1.2 Oppgavens problemstilling.....	2
1.2.1 Studiens avgrensninger.....	2
1.3 Oppgavens oppbygning.....	4
<b>2.0 Eldreomsorgen og kvalitet</b> .....	5
2.1 Organisering i helse- og omsorgstjenestene .....	5
2.1.1 Forholdet mellom stat og kommune.....	5
2.1.1 Eldreomsorgen og sykehjem .....	7
2.2 Kvalitetsarbeid i Norge.....	8
2.2.1 Det offentlige kvalitetsdimensjoner .....	8
2.2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven og nasjonale kvalitetsindikatorer .....	9
2.2.3 Internasjonale tendenser .....	9
2.3 Hvordan forstå kvalitet.....	11
2.3.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsdimensjoner .....	12
2.3.2 Donabedians kvalitetsindikatorer og dimensjoner .....	13
2.3.3 Aktører i kvalitetsdebatten.....	13
2.4 Tidligere forskning .....	15
<b>3.0 Teoretisk rammeverk</b> .....	18
3.1 Implementering av politikk .....	18
3.1.1 Top-down tilnærming .....	19
3.1.2 Instrumentelt organisasjonsperspektiv .....	19
3.1.3 Motreaksjon til det instrumentelle perspektivet .....	20
3.1.4 Nyinstitusjonell teori .....	20
3.2 Translasjonsteori.....	22
3.2.1 Spredning av organisasjonsideer og aktive aktører .....	23
3.2.2 Oversettelser og aktører i kvalitetspolitikken.....	24
3.2.3 Translasjon av kvalitetsindikatorer.....	26
3.3 Bakkebyråkrati .....	26
3.3.1 Menneskebehandling organisasjoner .....	27
3.3.2 Bakkebyråkratisk styringsdilemma .....	27
3.3.3 Bakkebyråkrater og ressursmangel.....	28
3.3.4 Bakkebyråkratenes rolle i translasjonsprosessen.....	30
3.4 Anvendelse og forventninger fra teori.....	30

3.5 Dimensjoner for teori og empiri .....	32
3.5.1 Dimensjonenes begrensninger .....	33
<b>4.0 Metodisk tilnærming .....</b>	<b>35</b>
4.1 Abduktiv forskningslogikk .....	35
4.2 Casestudie .....	36
4.2.1 Casekonstruksjon .....	36
4.3 Datagrunnlag .....	38
4.3.1 Triangulering .....	38
4.4 Dokumentanalyse .....	39
4.4.1 Det offentlige .....	39
4.4.2 Begrunnelse av valg .....	40
4.4.3 Utvalg og analyse av dokumenter .....	40
4.4.4 Brukerenden .....	41
4.4.5 Utvalg og analyse av dokumenter .....	41
4.5 Intervju .....	42
4.5.1 Rekrutteringsprosessen .....	43
4.5.2 Gjennomføring av intervjuene .....	45
4.5.3 Etske hensyn .....	46
4.6 Datakvalitet – Validitet og reliabilitet .....	47
4.7 Vurdering av metoden .....	48
<b>5.0 Empiri: Staten, organisasjonen og individet .....</b>	<b>49</b>
<b>Del 1 – Det offentlige kvalitetsforståelse .....</b>	<b>50</b>
5.1 Statlige operasjonaliseringer av kvalitet .....	50
5.1.1 Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer .....	51
5.1.2 Kvalitetsforskriften .....	52
5.1.3 Verdighetsgarantien .....	54
5.1.4 Kvalitetsreformen - Leve hele livet .....	56
5.1.5 Bergen kommunes temaplan: «Omsorg med kunnskap» .....	57
5.1.6 Oppsummering .....	58
5.2 Kvalitetsutvikling .....	59
5.2.1 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten .....	59
5.2.2 Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og kompetanseheving .....	61
5.3 Beboere og pårørendes betydning .....	62
5.3.1 Bergen kommune: Bruker- og pårørendefokus .....	63
5.4 Styringsstruktur og skjønnsutøvelse .....	64

5.4.1 Opprettelsen av lokale kvalitetsstandarder .....	64
5.4.2 De ansattes rolle .....	65
5.5 Del 1 Oppsummering .....	66
<b>Del 2 – De ansattes kvalitetsforståelse .....</b>	<b>67</b>
5.6 Forståelse av hva som utgjør kvalitet i sykehjemsomsorgen.....	68
5.7 Kvalitetsstandarder og retningslinjer.....	70
5.8 Mulighet for skjønnsutøvelse .....	72
5.8.1 Ressurser .....	74
5.9 Kvalitetsutvikling .....	75
5.9.1 Beboere og pårørendes påvirkningskraft på kvalitetsutvikling .....	76
5.10 Del 2 Oppsummering .....	77
<b>Del 3 – Brukerendens kvalitetsforståelse.....</b>	<b>78</b>
5.11 Kvalitet i forhold til de ansatte og individuell omsorg .....	80
5.12 Struktur eller prosessstilnærming.....	81
5.13 Del 3 oppsummering .....	82
<b>6.0 Diskusjon.....</b>	<b>83</b>
<b>Del 1 – Diskusjon av funn og mønstre .....</b>	<b>83</b>
6.1 Kvalitetsindikatorene - Et helsefaglig fokus på kvalitet?.....	84
6.2 Møte mellom beboer og ansatt .....	86
6.3 Standardiserte oppgaver og skjønnsutøvelse i møte med ressursmangel .....	87
6.4 Kvalitetsutvikling og brukerendens påvirkning .....	88
<b>Del 2 – Teoretisk diskusjon .....</b>	<b>89</b>
6.5 Toppstyring og skjønnsutøvelse .....	89
6.5.1 Bakkebyråkratisk utgangspunkt .....	90
6.6 Oversettelsesprosesser på bakkenivå.....	91
6.6.1 Oversettelseskompetanse og autonomi.....	92
6.7 Kvalitetsoppskrifter og brukerenden .....	93
6.8 Offentlige oversettelsesprosesser .....	94
6.9 Oppsummering av funn .....	95
<b>7.0 Avslutning.....</b>	<b>97</b>
7.1 Svar på problemstillingen.....	97
7.2 Begrensninger med studien .....	98
7.3 Studiens implikasjoner og videre forskning .....	99

<b>Litteraturliste</b> .....	I
Vedlegg 1 – Epost til private sykehjem .....	XI
Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring .....	XII
Vedlegg 3 – Intervjuguide .....	XV



## **1.0 Innledning**

Kvalitetsbegrepet er både komplekst, flerdimensjonalt og preget av en stor grad av subjektivitet (Mosadeghrad, 2013, s. 203). Det finnes et mangfold av forskningsstudier innen ulike disipliner som forsøker å operasjonalisere kvalitetsbegrepet. Reeves og Bednar (1994) skriver at «no universal, parsimonious or all-encompassing definition or model of quality exists» (Reeves & Bednar, 1994, s. 436). Grunnet kvalitetsoppfattelsens subjektive natur, vil definisjonen av hva som menes med kvalitet avhenge av hvem man spør. Dette gjelder også i helse- og omsorgssektoren. Komplekse systemer, ulike aktører og u håndgripelige faktorer gjør at kvalitet innen helsesektoren kan være enda mer utfordrende å definere enn andre typer kvalitet (Mosadeghrad, 2014, s. 78).

Norge er en velferdsstat hvor alle i befolkningen har rett på ulike offentlige tjenestetilbud. Den norske helse- og omsorgssektoren er organisert i et komplekst flernivåsystem, hvor de ulike nivåene har forskjellige ansvarsområder. Innen omsorgssektoren er det kommunene som har ansvaret for å tilby sykehjemstjenestene. Kommunene er pliktet til å organisere sykehjemstjenestene etter nasjonale retningslinjer og kvalitetskrav. Samtidig er det de ansatte ved sykehjemmene som har det praktiske ansvaret for å implementere disse kravene i den daglige omsorgen. De ansatte skal bruke sin skjønnsutøvelse innenfor satte standarder og retningslinjer, og slik sette kvalitetspolitikken ovenfra ut i praksis. På denne måten skal nasjonale føringer kunne tilpasses lokale forhold ved sykehjemmene. På andre enden av kvalitetspolitikken er mottakerne av tjenestene; beboere ved sykehjem. Beboerne vil direkte oppleve utfallet av kvalitetspolitikken, gjennom tjenestene og omsorgen de mottar i det daglige. Slik har jeg identifisert tre aktører som kan være relevant ved studiet av kvalitet i sykehjemstjenestene. I denne oppgaven skal jeg studere triangelet mellom det offentlige, ansattes samt beboeres forståelse av kvalitet i norske sykehjem.

### **1.1 Aktualisering**

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i 2023 bor nesten 40 000 personer på sykehjem (Hoen & Abrahamsen, 2023). Sykehjem er bare et av flere kommunale omsorgstjenestetilbud for eldre mennesker, i tillegg til hjemmetjenester og aktiverings- og servicetjenester. Menneskene som tar i bruk sykehjemstilbudet er de som er mest pleietrengende og som trenger mest omfattende bistand, gjerne resten av livet (Hoen & Abrahamsen, 2023). Beboere ved sykehjem er en sårbar gruppe, som kan slite med å bli hørt.

Eldre på sykehjem befinner seg ofte i situasjoner hvor kommunikasjon kan være utfordrende av både fysiske og kognitive grunner. I dag har ca. 101 000 mennesker demens i Norge, og om lag 80% av de som har langtidsplass på sykehjem lever med en form for demenssykdom (Strand mfl., 2021).

Norge står, så vel som flere andre land, i dag overfor en demografisk utvikling med en sterk økning i andelen eldre i befolkningen (Aursand, 2023). En konsekvens av eldrebølgen vil være et enda større press på de norske omsorgstjenestene, knyttet til blant annet bemanning og finansiering, samt opprettholdelsen og videreutviklingen av kvaliteten ved tjenestene. Med eldrebølgens uunngåelige fremmarsj er kvalitet i eldreomsorgen stadig et tema på agendaen hos det offentlige, og en tiltagende kampsak hos borgere.

## **1.2 Oppgavens problemstilling**

På bakgrunn av de kommende demografiske endringene vil det altså stadig være behov for videre forskning på feltet. I denne masteroppgaven ønsker jeg å studere de ulike aktørenes forståelse av kvalitet samt samspillet mellom disse. På bakgrunn av dette er min problemstilling:

*Hva mener det offentlige, ansatte og beboere indikerer kvalitet ved sykehjem, og hvilke avvik, uklarheter eller motsigelser finnes i disse oppfatningene?*

Ved å analysere de ulike oppfatningene ønsker jeg å gjøre rede for eventuelle forskjeller mellom forståelsene, identifisere uklarheter og motsigelser, samt å bruke oppgavens teoretiske rammeverk til å forstå samspillet mellom og bakgrunnen for forståelsene. Det teoretiske rammeverk baserer seg med dette på implementeringsteori, translasjonsteori og bakkebyråkratiske teorier. Innsikten i hvordan ulike aktører forstår og vurderer kvalitet i sykehjem vil forhåpentligvis kunne legge et grunnlag for videre diskusjon i forskningsfeltet.

### **1.2.1 Studiens avgrensninger**

Oppgavens problemstilling legger opp til en grundig studie av hvordan kvalitet i sykehjemstjenesten oppfattes av tre sentrale aktører. I studiet av kvalitet i offentlige helse- og omsorgstjenester kan man identifisere en mengde relevante aktører i diskusjonen rundt hva kvalitet er. Det offentlige, ansatte og beboere er alle aktører med legitim grunn til å ta del i diskusjonen om kvalitet. Basert på deres roller som tjenestegiver, tjenesteyter og

tjenestemottaker står aktørene naturlig som utgangspunkt for oppgaven. I denne oppgaven vil de tre aktørene gjennomgående omtales som deler av et kvalitetstriangel.

«Det offentlige» omtales som en av tre aktører og kan i seg selv fremstå som en uklar beskrivelse av hva som inngår i denne enden av kvalitetstriangelet. I all hovedsak vil det offentlige studeres gjennom offentlig kvalitetsarbeid på nasjonalt og kommunalt nivå, og kvalitetsforståelsen vil dermed kontekstualiseres basert på offentlig kvalitetspolitikk. En mer korrekt omtalelse av denne enden av triangelet ville dermed vært at studien vil avdekke hvordan det offentliges kvalitetspolitikk indikerer kvalitet i sykehjemstjenestene. I oppgaven omtales de ulike endene av triangelet som aktører, og på bakgrunn av dette og for enkelthetsskyld vil jeg kun omtale denne enden som «det offentlige». I problemstillingen omtales også beboere som en annen ende av triangelet av aktører. Her er det også en form for forenkling for problemstillingens skyld, da kvalitetsforståelsen vil baseres på både beboere og deres pårørende og som videre vil omtales som «brukerenden».

En viktig avgrensning i denne studien er at fokuset vil være på kvalitet ved *langtidsopphold* på sykehjem, som ekskluderer kortvarige restitusjonsopphold. Korttidsopphold ved sykehjem kan være relevant dersom man for eksempel ønsker å studere koordineringen mellom helsetjenestene, men vil ikke være relevant i denne studien. Oppfatninger av kvalitet vil være preget av kompleksitet og dermed anses det som relevant å fokusere på langtidsplasser fremfor korttidsplasser, hvor andre faktorer kan spille inn i eventuelle kvalitetsforståelser. Studien er ellers satt til kvalitetsforståelse rundt *norske* sykehjem, hvor data fra kommunalt nivå er hentet fra Bergen kommune. Norge har et velutviklet velferdssystem hvor alle har rett for sykehjemstjenester, og hvor åpenhet rundt det offentliges politiske beslutninger settes høyt. Statens fokus på kvalitet i de offentlige tjenestene som tilbys gir grunnlag for å ta utgangspunkt i norske sykehjem. På kommunalt nivå er Bergen kommune valgt ut for datainnhenting grunnet tilgjengelighet, samt at Bergen er en av Norges største byer med en betydelig andel eldre og sykehjem.

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

For å studere kvalitetsforståelsene ved sykehjemstjenesten er det nødvendig å gjøre rede for oppgavens kontekst. Det neste kapittelet vil dermed inneholde en gjennomgang av organiseringen av helse- og omsorgssektoren, etterfulgt av en kort oppsummering av deler av kvalitetsarbeidet i Norge. Avslutningsvis vil kapittelet inkludere relevante aspekter ved kvalitetsbegrepet, etterfulgt av en litteraturgjennomgang. For å belyse det helhetlige samspillet mellom ulike aktørers kvalitetsforståelse, er det nødvendig å inkludere ulike teoretiske perspektiver. Målet for teoriutvalget er å speile de empiriske situasjonene oppgaven vil beskrive, og på bakgrunn av dette inkluderes et hierarkisk instrumentelt perspektiv på implementering, etterfulgt av en gjennomgang av translasjonsteori og bakkebyråkrati. I kapittel 4 behandles spørsmål om oppgavens forskningsdesign og metodiske fremgang. En abduktiv forskningstilnærming legger hovedføringene for vektlegging av samspillet mellom de ulike aktørenes kvalitetsforståelser i sykehjemstjenesten, som også er oppgavens case.

Kapittel 5 er delt etter de tre ulike aktørene, og presenterer data som skal belyse aktørenes kvalitetsforståelse. Del 1 gir innsikt i hvordan kvalitet fremstilles gjennom flere offentlige styringsdokumenter. Empiriens del 2 vil ta for seg de ansattes kvalitetsforståelse ved bruk av informasjon fra semistrukturerte intervjuer, etterfulgt av Del 3 som gjør rede for brukerendens kvalitetsforståelse fra tidligere forskningsstudier. I første del av kapittel 6 vil jeg diskutere de ulike funnene, identifisere mønstre og eventuelle avvik som fremkommer av oppgavens empiriske data. I diskusjonens andre del vil jeg integrere det teoretiske rammeverket og diskutere kvalitetsforståelsene samt samspillet mellom disse. Masteroppgavens siste kapittel vil gi et oppsummert svar på problemstillingen, gjøre rede for begrensninger, samt presentere studiens implikasjoner og forslag til videre forskning.

## **2.0 Eldreomsorgen og kvalitet**

### **2.1 Organisering i helse- og omsorgstjenestene**

Tradisjonelt sett kan man dele organiseringen av den norske helse- og omsorgssektoren i tre nivåer: Nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Det overordnede ansvaret for helse- og omsorgssektoren ligger på nasjonalt nivå hos Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen, u.å.). Dette inkluderer rammeloavgivning, tilsyn, og finansiering gjennom statlige budsjetter og ordninger. Innenfor de norske helse- og omsorgstjenestene kan man skille mellom spesial- og primærhelsetjenestene. Spesialhelsetjenestene utgjør en grunnleggende komponent i det norske helsevesenet. Ved Helseforetaksreformen (også kalt sykehusreformen) av 2002 ble staten tillagt ansvaret for de regionale helseforetakene, som tidligere hadde ligget hos fylkeskommunene (Hagen & Kaarbøe, 2006, s. 323-324). Med hjemmel i Spesialhelsetjenesteloven av 1999 som trådte i kraft i 2001, står staten som ansvarlig for å sikre befolkningen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester gjennom regionale helseforetak (Spesialhelsetjenesteloven, 1999, §2-1).

Til forskjell fra spesialhelsetjenestene ligger primærhelsetjenestene under kommunalt ansvar. Kommunene har ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester til alle mennesker som oppholder seg i kommunen, og for utforming og organisering av deres tjenestetilbud (Regjeringen, 2022b). Dette ansvaret er definert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Primærhelsetjenestene er et av mange ansvar innen velferdstjenester som de norske kommunene står for. Denne desentraliseringen av oppgaveløsning kan man gjenkjenne i flere nordiske land, men er ikke like vanlig i resten av Europa (NOU 2023: 9, s. 37).

#### **2.1.1 Forholdet mellom stat og kommune**

Tanken om kommunalt selvstyre er sentralt i norsk samfunnsstruktur og viser til norske kommuners beslutningsmyndighet (NOU 2023: 9, s. 25). Denne autonomien skal gi grunnlag for tilpasning på lokalt nivå ved utøvelse av politikk og ved det lokale tjenestetilbudet. Målet om tilpasning etter lokale behov er forankret i tanken om at det er variasjoner mellom kommunene, både når det gjelder forutsetninger og behov når kommunen foretar politiske prioriteringer. Det lokale selvstyret forutsetter en nær forståelse av og tilpasning til samfunnets dynamikk, som for eksempel demografi, økonomisk aktivitet, og kulturell kontekst. Kommunene står fritt til å organisere egen virksomhet og gjøre prioriteringer, så

fremt disse er i samsvar med nasjonal lovgivning og rammevilkår. Mål- og resultatstyring (MRS) er et etablert styringsprinsipp i forholdet mellom den norske stat og kommunene (Meld. St. 12 (2011–2012), s. 77). MRS bruker målsetting og resultatorientering som utgangspunkt for styring. I forholdet mellom stat og kommuner i Norge setter staten klare mål og forventninger for kommunenes virksomhet, som de skal arbeide mot. Hvilke virkemidler de norske kommunene bruker for måloppnåelse er opp til kommunene selv, så lenge kommunene oppnår resultater basert på de nasjonale målene. Kommunene har også ansvar for å dokumentere og rapportere deres virksomhet for å kunne vurdere om målene blir oppnådd (Meld. St. 12 (2011-2012), s. 78). MRS-styring etablerer en styringsstruktur mellom staten og kommunene, som både muliggjør kommunal autonomi og tillater tilpassing av tjenester etter lokale forhold og behov. Dette faller inn under *generalistkommuneprinsippet* som viser til at alle norske kommuner har de samme ansvarsområdene og oppgavene (NOU 2023: 9, s. 31). Dette viser til at alle kommuner, uansett størrelse, har samme ansvar, og kan tilpasse de kommunale tjenestene til lokale behov samtidig som de følger nasjonale retningslinjer og dermed sørger for at alle har lik tilgang til offentlige tjenester.

Kommunestyret er det øverste organet i kommunene og har dermed øverste ansvar, inkludert tilsynsansvar, for primærhelsetjenestene i sin kommune (Helsedirektoratet, 2018a). Herfra delegeres det meste av ansvaret for organisering av helse- og omsorgstjenestene til administrasjonen i kommunen. Innad i de norske kommunene kan det være store forskjeller i forholdet mellom politisk ledelse og administrasjon, samt organiseringen av helse- og omsorgstjenestene. Et eksempel på dette er bruken av private tjenesteytere. Helse- og omsorgstjenestene i kommunen kan organiseres og leveres på ulike måter. En kommune kan velge å selv levere tjenestene, eller de kan velge å inngå avtaler med eksterne, ofte private, tjenesteleverandører (Regjeringen, 2022b). De siste tiårene har det vært en økende integrering av private aktører i den norske eldreomsorgen (Førland & Hatland, 2023). Et eksempel på dette er private leverandører av tjenester i hjemmet som inngår avtaler med kommuner for å supplere det offentlige tilbudet. Uavhengig om det er kommunen selv eller andre tjenesteytere som gjennomfører tjenestene, har kommunen ansvar for å sikre at disse leveres i henhold til gjeldende lover. Det er alltid kommunen som har det direkte og operative ansvaret for å organisere, finansiere og tilby helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1).

De norske kommunene har stor handlingsfrihet til å organisere helse- og omsorgstjenestene etter lokale behov og forutsetninger, såfremt de kan tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenester som fastlege og skolehelsetjenester er eksempler på tjenester som faller inn under kommunalt ansvar. Primærhelsetjenesten rår over områder som forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling, samt pleie- og omsorgstjenester (NOU 2023: 9, s. 39). Omsorgstjenester kan variere fra tjenester i eget hjem, personlig assistanse og opphold på ulike typer institusjoner (Regjeringen, 2022b). Opphold ved institusjoner kan variere fra korttidsopphold hvor målet kan være rehabilitering, til langtidsopphold, som for eksempel på sykehjem for eldre.

### **2.1.1 Eldreomsorgen og sykehjem**

Kommunens ansvar for eldreomsorgen i Norge har hjemmel i Helse- og omsorgstjenestelovens (2011) §3-2a. Kommunene har ansvaret for å tilby både hjemmetjenester, sykehjems plasser og andre tjenester for eldre personer som oppholder seg i kommunene. Tjenesteutvalget innen eldreomsorgen varierer typisk fra hjemmebaserte støttetjenester til mer omfattende pleie ved institusjoner som sykehjem. Hjemmetjenester kan både bestå av hjemmesykepleie og annen praktisk bistand, men også innføring av velferdsteknologi som trygghetsalarm og komfyrvakt (Førland & Hatland, 2023). Sentralt i eldreomsorgen er målet om at man skal bo hjemme og være selvstendig så lenge det er mulig (Regjeringen, 2022b). Tjenester utvikles i tråd med dette prinsippet, noe man kan kjenne igjen i det store fokuset på hjemmetjenester innen dagens eldreomsorg. Likevel er institusjonstjenester som sykehjem en uunngåelig komponent i eldreomsorgen for de som krever mest omfattende pleie og tilsyn døgnet rundt.

Sykehjemstilbudet er en svært essensiell del av eldreomsorgen, og et omfattende tilbud tilrettelagt for de som ikke lenger kan bo selvstendig i eget hjem. Sykehjem kan både være tidsbegrenset med korttidsopphold dersom det er behov for midlertidig rehabilitering, eller langtidsopphold ved behov for omfattende pleie over lengre tid (Hoen & Abrahamsen, 2023). Tre av fire beboere på sykehjem er på langtidsopphold, noe som indikerer at de vil trenge bistand og pleie resten av livet. Sykehjem skal hjelpe beboere med alt fra nødvendige daglige gjøremål, til medisinsk behandling. Dette gjenspeiles også i personalet som jobber der, med en blanding av sykepleiere og hjelpearbeidere, samt besøk av ulike terapeuter og leger. Helsefagarbeidere og helsepleiere utgjør rundt halvparten av de ansatte ved sykehjem, og

sykepleiere utgjør 28 prosent (Førland, 2023).

Finansieringen av sykehjem kommer hovedsakelig fra statlige midler, men beboerne ved sykehjem må også betale en egenandel basert på deres pensjonsinntekt og formue. Sykehjemstilbudet i Norge er under stadig utvikling for å møte de skiftende behovene i en befolkning som stadig lever lengre. De siste årene kan man se et økende fokus på kvalitetsforbedring og en individtilpasset eldreomsorg. Plikten til konstant arbeid med kvalitetsforbedring i de norske helse- og omsorgstjenestene står fastslått i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenestene (2016) §1. Selv om det er den øverste lederen som står ansvarlig for planlegging, gjennomføring og evaluering av sykehjemmets virksomhet, er det administrasjonssjefen i hver kommune som står som overordnet ansvarlig for at styringssystemene ved sykehjem fungerer som de skal (Helsedirektoratet, 2018a).

## **2.2 Kvalitetsarbeid i Norge**

### **2.2.1 Det offentliges kvalitetsdimensjoner**

Det offentlige jobber stadig for å utbedre kvaliteten i eldreomsorgen. For å kunne dette, må kvalitet defineres. I 2005 utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet en nasjonal strategi, «Kvalitetstrategien – Og bedre skal det bli ...!», for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten i perioden 2005-2015. Strategien bruker Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) sin definisjon på kvalitet: «Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 11). Videre i strategien kjennetegnes tjenester av god kvalitet av at de: *Er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 19). For å oppfylle disse foreslår strategien å styrke brukernes posisjon, i tillegg til å styrke ulike aktuelle utøvere (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 35-36). Forbedring av ledelse, organisasjon og kompetanse, samt å jevnlig evaluere tjenestene nevnes som andre strategier for å nå kvalitetsmålene. «Bruke, videreutvikle og evaluere nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer og andre resultatmål» foreslåes som mulige spesifikke tiltak for å tilegne seg kunnskap for aktiv forbedring av tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 39). Den nasjonale strategien ble ikke satt som et krav eller påbud til de ulike helseforetakene i helse- og omsorgssektoren, men sto som en forventning om å følge den utarbeidede strategien.



Et annet element som også i dag står sentralt i det offentlige kvalitetsarbeid er PDSA-modellen (også kalt Demings sirkel). Metoden for kvalitetsutvikling stammer fra William Edwards Deming, og presenteres i strategien som en modell for systematisk forbedring (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 28). Modellen bygger på fire hovedpunkter: Planlegge, utføre, kontrollere og korrigere. Prinsippet i forbedringsmodellen kan man finne i flere forskrifter og pålegg fra det offentlige i helse- og omsorgstjenestene, som Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016).

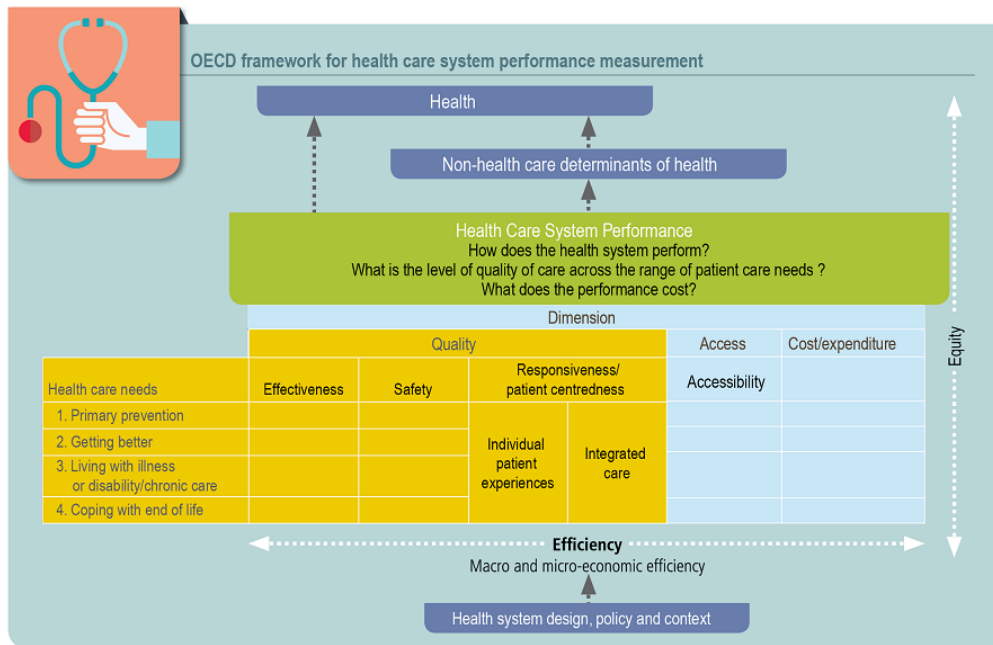
### **2.2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven og nasjonale kvalitetsindikatorer**

Helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft i 2012. Lovens formål er å sikre Norges befolkning lik tilgang til kommunale helse- og omsorgstjenester av god kvalitet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1). Loven stiller med dette også krav til ulike aspekter ved helse- og omsorgstjenestene, som opplæring av personell, tilretteleggelse og verdighet. Helsedirektoratet fikk også et lovpålagt ansvar for å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §12-5). I denne perioden var regjeringens arbeid preget av målsettinger om åpenhet rundt kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene. (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 95). Nasjonale kvalitetsindikatorer er et tiltak som skal gjøre det lettere for befolkningen å få innblikk i kvaliteten ved de ulike tjenestene. Disse vil også fungere som hjelpemiddel for å stadig videreutvikle og forbedre de ulike tjenestene innen sektoren. Der målinger tidligere hadde sin hovedvekt på aspekter som økonomi og bemanning, vokste det nå frem et fokus på kvalitet og resultat.

### **2.2.3 Internasjonale tendenser**

I dag brukes altså fremdeles Sosial- og helsedirektoratets kjennetegn på god kvalitet i helsetjenester som et utgangspunkt for dagens redegjørelser av kvalitet i helsetjenester. På Helsedirektoratets nettsider for kvalitetsindikatorer presenteres de samme kriteriene for god kvalitet som ble definert i «Kvalitetsstrategien – Og bedre skal det bli ...!» fra 2005 (Helsedirektoratet, 2022). Dimensjonene som ligger til grunnlag for hva som regnes som god kvalitet samsvarer med punkter man kan finne hos internasjonale organisasjoner som for eksempel World Health Organizations (WHO). WHO definerer god kvalitet etter syv ulike dimensjoner for hvordan helsetjenestene bør være: «Effective, safe, people-centred, timely, equitable, integrated og efficient» (World Health Organization, u.å.).

De ulike kvalitetsdimensjonene skal også stå som grunnlaget ved utviklingen av de nasjonale indikatorene for kvalitet i helsetjenestene. Helsedirektoratet oppgir at indikatorene er basert på rammeverk fremstilt av OECD. The Organisation for Economic Co-operation and Development er en internasjonal paraplyorganisasjon som jobber for samarbeid på tvers av land for blant annet økonomisk og sosial utvikling, samt utviklingen av fastsatte internasjonale standardmål (OECD, u.å.a). OECD søker å tilby medlemslandene kunnskap og råd for å fremme blant annet finansiell vekst, utdanning, helse og klima på tvers av medlemslandene. OECD viser til at kvalitet i helsetjenestene vil bety at de er: *Effective, safe og patient-centred* (OECD, u.å.b). Norges nasjonale kvalitetsindikatorssystem baseres på OECDs Health Care Quality and Outcomes programme (HCQO, tidligere kalt HCQI) (Helsedirektoratet, 2023h). OECDs HCQO presenterer kvalitetsindikatorer som dekker de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten, og kan på bakgrunn av data fra ulike land måle og sammenligne kvaliteten i de forskjellige helsetjenestene (OECD, u.å.b.). OECD fremstiller i programmet et rammeverk for resultatmåling i helsesystemer.



**Figur 1** - OECD framework for health care system performance measurement (OECD, u.å.b)

I dette rammeverket presenteres også ulike kvalitetsdimensjoner for tjenestene. OECDs tre mål for kvalitet er; Effektivitet, sikkerhet og pasientfokuserte (OECD, u.å.b, egen oversettelse). Her finnes det klare likheter mellom de norske kvalitetsdimensjonene, og de definert av både WHO og OECD. De norske kvalitetsindikatorer er også basert på OECDs kvalitetsdimensjoner og indikatorsystem.

### 2.3 Hvordan forstå kvalitet

Kvalitet er et konsept som i stor grad er preget av kompleksitet og subjektivitet (Mosadeghrad, 2013, s. 203). Kvalitet er noe som til enhver tid etterstrebes, og dermed er det også viktig å vite *hva* kvalitet er. I helse- og omsorgstjenestene er kvalitet avgjørende da det handler om mennesker som tar vare på andre mennesker i uhelse, og deres pårørende (Institute of Medicine, 2001, s. 207). Helsesektoren består av komplekse systemer med mangfold av tjenester og aktører som samhandler for å opprettholde og forbedre menneskers helse (Weheba, Cure & Toy, 2020, s. 358). Hvem som analyserer begrepet *kvalitet*, vil ha stor betydning for hvilken definisjon som fremlegges i ulike sammenhenger. Kvalitet består av ulike karakteristikk som sammenlagt skaper et bilde av den totale helheten. I litteraturen diskuteres det om noen sider ved kvalitet kan være målbare, og dette vil ofte være utgangspunktet for opprettelsen av kvalitetsindikatorer. Likevel er det en enighet om at flere aspekter ved hva som utgjør god kvalitet i helsesektoren ikke kan gjøres målbare (Helsedirektoratet, 2022). Kvalitet i sin helhet kan ikke defineres som en sjekklister av funksjoner, og vil ofte være basert på subjektive forståelser og perspektiver på hva kvalitet er eller burde være.

I 2005 la *International Organization of Standardization* frem en velkjent definisjon av kvalitet: «The degree to which a set of inherent characteristics fulfills requirements» (ISO, 2005, sitert i Nylenna mfl., 2015, s. 2). Dette er en forståelse hvor kvalitet baseres på om utfallet av en tjeneste eller et produkt møter de ulike kravene som legges til grunn for tjenesten (Nylenna mfl., 2015, s. 2). Forventninger til, for eksempel, en tjeneste og endelige oppfatninger vil ifølge denne definisjonen påvirke graden av kvalitet. Flere nye forsøk på å definere hva kvalitet er gir stadig nye bidrag til litteraturen om kvalitet.

*The Institute of Medicine* kom i 1990 med en definisjon av kvalitet rettet mot helsesektoren: «The degree to which health care services for individuals and populations increase the likelihood of desired outcomes and are consistent with current professional knowledge» (Harris-Wehling, 1990, s. 128). Der tidligere definisjoner av kvalitet i helsesektoren har hatt et medisinsk fokus, omfatter denne definisjonen et bredere fokus på helsetjenester generelt. Slagsvold (1999) skriver at grunnlaget for kvalitet er «ganske enkelt at tjenestene som ytes, er gode for dem som mottar dem» (Slagsvold, 1999, s. 105). Slagsvold referer videre til en trend hvor perspektiver på kvalitet blir mer teoretiske og abstrakte, mens kvalitetsforbedring preges av et økende fokus på standardisering hvor kvalitet skal kunne måles. Dette er tendenser man

kan spore til reformbølgen *New Public Management* (NPM). NPM kan ses i sammenheng med en effektivitetsdiskurs som har påvirket offentlig tjenestegiving de siste tiårene (Rønning, 2004, s. 159). Mål- og resultatstyring, samt et fokus på kostnadseffektivitet kan kjennes igjen i det offentliges kvalitetsforståelse, for eksempel ved opprettelsen av kvalitetsindikatorer.

### **2.3.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsdimensjoner**

Utvikling av kvalitetsindikatorer er en mye brukt strategi for kvalitetsmåling og kvalitetsutvikling i den norske helse- og omsorgssektoren. Kvalitetsindikatorer er målbare aspekter av kvalitet som brukes for å gi en indikasjon på ulike komponenter ved den samlede kvaliteten (Nylenna mfl., 2015, s. 2). Kvalitetsindikatorer kan anvendes som styringsinstrumenter blant annet i beslutningsprosesser og ressursfordeling (Rønning, 2004, s. 33-34). Regjeringen legger til rette for at forskjellige kvalitetsindikatorer vil omhandle ulike dimensjoner av kvalitet i helsetjenestene. Likevel opplyser Helsedirektoratet at indikatorene alene ikke kan belyse den totale kvaliteten ved helse- og omsorgstjenestene. Det er også svært viktig å analysere indikatorene i sin kontekst, da datakvaliteten kan variere (Helsedirektoratet, 2022).

Indikatorer brukes gjerne for å gi et innblikk i de ulike tjenestene og identifisere forbedringspotensialer. Kvalitetsindikatorer skal kunne anvendes på flere nivåer, som for eksempel lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 96). En nytte med bruken av kvalitetsindikatorer er muligheten for internasjonal sammenligning og samarbeid på tvers av institusjoner og ulike deler av helse- og omsorgstjenestene i samme system. Dette kan for eksempel være sammenligning mellom sykehjem i samme kommune eller på tvers av ulike kommuner. Det er viktig at kvalitetsindikatorer skal fungere for de forskjellige delene av tjenestene på ulike nivåer. Ledere skal kunne bruke indikatorer for oversikt, ansatte for forbedringsarbeid og brukere må ha tilgang for å kunne vurdere de tjenestene de tar i bruk (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 96).

Selv om kvalitetsindikatorer i økende grad blir tatt i bruk i Norge, rettes det en del kritikk mot bruken av objektive kvalitetsmål. I sin doktorgrad *Mål eller mening* (1995) konkluderer Britt Slagsvold med at det ikke er mulig å skape valide kvalitetsindikatorer for sykehjemstjenesten. Rønning (2004) skriver (basert på Slagsvolds studie) om hvordan kvalitetsindikatorer kan ha en reaktiv funksjon dersom de ikke måler det som er relevant for brukernes kvalitet. Da kan

det offentlige skape retningslinjer basert på indikatorer som forventes å være valide, men som i realiteten kan «fange opp aspekter ved kvalitet som er organisert etter byråkratiske prinsipper» (Rønning, 2004, s. 29). En konsekvens av dette kan være økt formalisering, og man kan finne tendenser hvor fokuset i kvalitetsarbeid i hovedsak rettes mot målbare aspekter ved kvalitet. Såkalt overmåling kan føre til et resultatfokus i omsorgstjenestene, da det i praksis er lettere å legitimere ressursbruk på områder innen omsorgen som viser resultater (Rønning, 2004, s. 30). Omsorgstjenestene kan være spesielt utsatt da de ikke produserer resultat på samme måte som for eksempel helsetjenesten.

### **2.3.2 Donabedians kvalitetsindikatorer og dimensjoner**

En betydningsfull bidragsyter innen inndeling av ulike typer kvalitetsindikatorer er Avedis Donabedian. Donabedians verk har inspirert de tre klassiske indikatorkategoriene struktur-, prosess- og resultatindikatorer, som sammen går under navnet Donabedian-modellen (Donabedian, 2003, s. 46). Strukturindikatorer viser til måling av faste forhold innen helse- og omsorgstjenestene, som ressurser, tilgjengelighet og kompetanse (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 96). Prosessindikatorer fokuserer på aktivitetene som «utføres» i tjenesteleveransen. Dette kan blant annet være aspekter innen diagnostikk og behandling, men også samhandling og kommunikasjon mellom behandler og pleietrengende (Helsedirektoratet, 2022). Resultatindikatorer henviser til indikatorer som gjør rede for utfallet av tjenestene. Dette kan være informasjon om for eksempel overlevelse eller tilfredshet.

Donabedian har også vært en viktig bidragsyter innen utviklingen av kvalitetsdimensjoner (Nylenna mfl., 2015, s. 6). Det er mange ulike forståelser av hva kvalitet i helse- og omsorgssektoren kan være, men som tidligere vist i dette kapitlet går noen dimensjoner igjen. I Donabedian verk, *An introduction to quality assurance in health care*, listes det opp syv dimensjoner for kvalitet: *Efficacy, effectiveness, efficiency, optimality, acceptability, legitimacy* og *equity* (Donabedian, 2003, s. 4). Her kan man også finne mange likheter mellom de opplistede dimensjonene til de fra både WHO, OECD og de norske kvalitetsdimensjonene.

### **2.3.3 Aktører i kvalitetsdebatten**

Ulike aktører vil ha ulike måter å tolke, forstå og måle kvalitet på. Dette synes også i omsorgssektoren. I kvalitetsdebatten er det mange synlige aktører, inkludert aktører i det offentlige, brukere, pårørende, ansatte samt ulike eksperter og forskere (Brevik mfl., 2016, s.

39). Forskjellige teorier om kvalitet i helse- og omsorgstjenestene vektlegger ulike aktørers forståelse av kvalitet som avgjørende (Aasbrenn, 2010, s. 89). De forskjellige gruppene har ulike interesser og vurderingsgrunnlag, og dermed ulike mål for hva som vil regnes som god kvalitet. Nylenna mfl. (2015) viser også en lignende inndeling av tre «main perspectives» på kvalitet innen helse- og omsorgssektoren. Her plasseres politikere, ledere i organisasjoner og andre med ansvar for tjenestene innen samme aktørgruppe (Nylenna mfl., 2015, s. 3). I tillegg plasseres de profesjonelle som utfører det praktiske arbeidet i en egen gruppe, og brukeren med pasienter og pårørende i en gruppe for seg.

Brukerenden har de siste tiårene hatt en økende betydning i utformingen av det offentlige kvalitetsarbeid. De siste tiårene har man nemlig sett en økt brukerorientering i kvalitetspolitikken (Meld. St. 10 (2012-2013), s. 8). Rønning (2004) beskriver brukerorientering som en motsats til objektive kvalitetsindikatorer (Rønning, 2004, s. 35). Her står brukernes subjektive oppfatning i fokus, fremfor et objektivt mål på kvalitet. Økt vektleggelse av brukerperspektiver samt målstyring etter dette kan sees i sammenheng med at offentlig sektor i økende grad har måttet tilpasse seg krav som stammer fra privat sektor (Lanestedt, 2023, s. 23). Brukerorientering og brukermedvirkning er prinsipper som man kan finne i private næringsliv. En trend hvor mottakere av offentlige tjenester blir ansett som klienter og hvor krav om brukermedvirkning i større grad preger offentlig sektor kan (i likhet med vektleggingen av kvalitetsindikatorer) forstås i sammenheng med reformbølgen NPM.

Fokuset på brukerorientering presenteres blant annet i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*, en plan for den fremtidige videreutviklingen av de norske helse- og omsorgstjenestene. Her vektlegges kunnskapsbaserte tjenester som blant annet skal baseres på brukere og pårørendes egen kunnskap (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 93-94). Involvering av pasienter og pårørende trekkes inn som nødvendig for at tjenestene skal være virkningsfulle, for god samhandling og for forebygging av skader. Dette kan gjøres gjennom brukermedvirkning og samvalg, og anses som nødvendig i kvalitetsforbedringsprosesser i hele helsesektoren (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 94). I planen henvises det videre til Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) som sentral i de nevnte prosessene.

I denne oppgaven argumenteres det for at det finnes et naturlig skille i omsorgssektoren mellom aktørene i det offentlige, brukeren og de ansatte ved sykehjem. Dette er ikke en

uvanlig inndeling av aktører, da jeg inkluderer det som ofte regnes som de viktigste brukergruppene. Her inkluderes aktørene som tilbyr de offentlige tjenestene (det offentlige), som utfører tjenestene på vegne av det offentlige (de ansatte) og som mottar tjenestene (beboerne) (Aasbrenn, 2010, s. 117-119).

Det har ikke vært et mål å forhåndsdefinere hva kvalitet er, og hva kvalitet skal regnes som. Ettersom oppgaven selv skal studere de tre aktørenes forståelse av kvalitet med utgangspunkt i ulike organisasjonsteorier og perspektiver, ser jeg det som gunstig å ikke ha en forutinntatt mening av hva litteraturen sier kvalitet skal være. I dette kapitlet er det ikke henvist til store deler av litteraturen om, eller flere ulike forståelser av, kvalitet i helse- og omsorgssektoren. Målet med dette kapitlet har vært å gi et innblikk i viktige aspekter når man studerer kvalitet samt organiseringen av omsorgstjenestene i Norge, for å skape et solid utgangspunkt for de kommende kapitlene. Avslutningsvis for dette kapitlet vil det være relevant å redegjøre for lignende forskning innen samme felt.

## **2.4 Tidligere forskning**

I dag finnes det en mengde litteratur som fokuserer på kvalitet i den norske eldreomsorgen. Slagsvold (1995) skriver «Det finnes et mylder av relevante kvalitetsdimensjoner og kvalitetsaspekter i litteraturen» (Slagsvold, 1995, s. 130). Mange av studiene tar for seg begrepet kvalitet og hva dette omfatter. Her vil man finne betydelige forskjeller på oppfatningen av kvalitet i eldreomsorgen både basert på hvem som spør, og hvem som svarer. For å innhente informasjon om tidligere forskning på feltet har jeg gjennomført flere strategiske søk i ulike databaser, inkludert Web of Science og Google Scholar. Ulike søkeord ble tatt i bruk som for eksempel «Nursing homes quality Norway» samt inkludering av oppgavens ulike teorier, med søkeord både på engelsk og på norsk. De ulike søkene resulterte i flere artikler om kvalitet i eldreomsorgen, mange med et fokus på beboere ved sykehjem, eller de ansatte.

Selv om mengden litteratur om kvalitet i eldreomsorgen er omfattende, trenger man videre forskning på fenomenet. I 2021 bestilte Helsedirektoratet en gjennomgang av litteratur som kan belyse forholdet mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestenes kapasitet, kvalitet og brukerbehov, samt belyse eventuelle kunnskapshull (Olsen mfl., 2021, s. 7). Artikkelen viser til tydelige mangler på flere ulike aspekter som omhandler kvalitet i omsorgstjenestene,

som for eksempel en uklar minstenorm «for faglig forsvarlig helsehjelp» (Olsen mfl., 2021, s. 7). Videre viser artikkelen til den høye utbredelsen av viktige oppgaver som «blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt». Med en eldrebølge som i stadig i større grad vil prege samfunnet, er behovet for forskning på kvalitet, hvordan å forbedre sykehjemsomsorgen og hva som preger ulike forståelser av kvalitet, være nødvendig for fremtidig lærdom og utvikling.

Som vist er oppgavens tredeling av aktører ikke en ukjent inndeling av relevante aktører ved studier av kvalitet. Aasbrenn (2010) er en av forfatterne som systematiserer de tre aktørene i et slags «kontraktforhold» (Aasbrenn, 2010, s. 119). I Fafo-rapporten *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene* fra 2016, inkluderes delproblemstillingen: «Hvilke aktører har en legitim plass i diskusjonen om hva kvalitet er?» (Brevik mfl., 2016, s. 11). I sin forskningsartikkel illustrerer forfatterne et lignende trekantforhold mellom aktørene de selv er opptatt av, «ansatte», «brukere av tjenestene» og «myndigheter» (Brevik mfl., 2016, s. 19). Studien gir et betydelig innblikk i kvalitetsbegrepets kompleksitet, hvor forfatterne tar utgangspunkt i skillet mellom ressurs-, prosess- og produktkvalitet (Brevik mfl., 2016, s. 275-276). Studien er svært omfattende, og inkluderer flere relevante punkt i samsvar med denne masteroppgaven. Til forskjell fra denne oppgaven har studien likevel et hovedanalysepunkt som omhandler forholdet mellom kvalitet og effektivitet, og kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode for å belyse sine problemstillinger (Brevik mfl., 2016, s. 12). Denne oppgaven har som formål å belyse ulike aktørers forståelser av hva kvalitet ved sykehjem er, med utgangspunkt i et statsvitenskapelig teoretisk rammeverk som forklarende teori. Jeg vil bruke ulike typer data som grunnlag for oppgavens empiri, men med utgangspunkt i kvalitativ metode.

I flere studier som forsøker å avdekke hva kvalitet er, er kvalitative forskningsmetoder tatt i bruk. Aase mfl. (2021) studerer hvordan kvalitet blir forstått hos personalet og ledere på norske og nederlandske sykehjem. Forskningsrapporten viser til forventingen om at kvalitet vil forstås forskjellig på mikro-, meso- og makro nivå (Aase mfl., 2021, s. 2). Studiens mål om å studere kvalitetsforståelsen hos både ledere og bakkeansatte ved sykehjem, vil minne om denne oppgavens empiri del 2, som vil ta for seg intervju med ansatte på bakkenivå og i lederstillinger ved sykehjem i Bergen. I likhet med Aase mfl. vil jeg altså intervju ansatte for å belyse sammenhenger og ulikheter mellom deres forståelse av kvalitet. Likevel inkluderer ikke Aase mfl. denne oppgavens tredeling av aktører eller teoretiske rammeverk. For å



forklare de forskjellige forståelsene av kvalitet på tvers av ansatte, det offentlige og brukeren ved sykehjem, vil jeg ha et organisasjonsteoretisk utgangspunkt hvor translasjonsteoretisk perspektiv, teorier om bakkebyråkrati og implementeringsteori vil anvendes for å diskutere funn. Dette gir denne oppgaven et særegent fokus. I sin masteroppgave studerer Norvalls (2011) ansatte i hjemmetjenestens vurdering av kvalitet. Norvalls inkluderer ett instrumentelt- og to institusjonelle perspektiver som teoretisk forklarende perspektiver (Norvalls, 2011, s. 29). Det teoretiske rammeverket i Norvalls' masteroppgave er i noe grad likere det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven, men har likevel et annet forklaringsfokus enn det som tas i bruk i denne studien. Trekantforholdet mellom de inkluderte aktørene krever et annet forklaringsgrunnlag basert i det teoretiske rammeverket, som dermed inkluderer ulike forklarende teorier for å forstå samspillet mellom aktørenes forståelser.

Det finnes en del forskning som enten omfatter implementering av politikk i eldreomsorgen eller som studerer bakkebyråkratiske implikasjoner i eldreomsorgen. Det komparative fokuset i denne oppgaven med ulike former for triangulering av teori, aktører og data, skiller seg likevel fra tidligere forskning. Oppgavens formål er å studere samspillet mellom de ulike forståelsene av kvalitet samt forklaringsmekanismene bak disse. Således vil målet være å gi et innblikk i den sammensatte diskusjonen om hva kvalitet ved sykehjem er, og skape et nyttig bidrag til forskningen på kvalitetsforståelse i eldreomsorgen ved sykehjem.

### **3.0 Teoretisk rammeverk**

Jeg skal i denne studien se på kvalitetsforståelsen hos tre ulike aktørene ved sykehjemsomsorgen. I oppgaven jobbes det ut ifra en forventning om at de tre ulike aktørene vil ha forskjellige forståelser av hva som regnes som god kvalitet ved sykehjemsomsorgen. Det er da nødvendig å kunne forklare hvorfor forståelsene eventuelt er ulike, og bakgrunnen for disse. I teorikapittelet skal det gjøres rede for teori som kan forklare dette. Politikk og implementering av politikk kan forståes og tolkes på mange måter, dette inkluderer også kvalitetspolitikk. Man kan se på implementering av kvalitetspolitikk i norske sykehjem som en form for instrumentell, hierarkisk implementering, men dette viser ikke nødvendigvis hele bildet. For å kunne gå inn i en diskusjon om kvalitetsforståelse trenger oppgaven et utfyllende teoretisk rammeverk. Teorikapittelet vil på bakgrunn av dette inkludere ulike organisasjonsperspektiver som skal fungere som forklaringsfaktorer for de ulike prosessene og forståelsene studien skal omhandle. Kapittelet vil starte med å forklare generell implementeringsteori, med hovedfokus i en top-down tilnærming, som videre vil knyttes opp mot instrumentell teori. Videre vil kapittelet ta for seg motreaksjonene på denne organisasjonsforståelsen med fokus på nyinstitusjonalisme, for så å gå over til translasjonsteori. Sist vil oppgaven vise til et bottom-up perspektiv på politikktutforming, en bakkebyråkratisk tilnærming.

#### **3.1 Implementering av politikk**

Staten har det øverste ansvaret for helse- og omsorgssektoren i Norge, mens kommunene står ansvarlig for å implementere politikken fra det offentlige på lokalt nivå. I statsvitenskapelige studier er fokuset på implementering av offentlige politikk viktig i forståelsen av offentlige utviklingsprosesser (Knill & Tosun, 2012, s. 3-5). Implementeringsprosessen er avgjørende for å realisere de politiske mål eller vedtak som er satt gjennom beslutningstaking i det offentlige, og som skal iverksettes i offentligheten. Knill og Tosun (2012) viser til at implementering skjer når den offentlige politikken settes til verks av de ansvarlige byråkratene (Knill & Tosun, 2012, s. 149). Implementeringen av politikk innebærer altså overgangen fra konseptualisering og utforming av politiske vedtak til den faktiske gjennomføringen i samfunnet.

Implementeringsprosessen er sjelden lineær, og kan være en langtrukken prosess med flere ulike innvirkningsfaktorer som kan påvirke om et vedtak er suksessfullt eller ikke (Pressman

& Wildavsky, 1984, s. 164-165). Mange tilnærminger til implementeringsteori vektlegger forskjellen mellom de forventede og de faktiske utfallene av politiske vedtak (Knill & Tosun, 2012, s. 149). Interne faktorer som kan påvirke utfallet av et vedtak kan være ressursmangler, manglende koordinering eller ineffektiv struktur, mens eksterne faktorer kan for eksempel være press fra ulike deler av samfunnet.

Det er i implementeringsstadiet av politikktutviklingen at politikken skal settes til verks, og møte mellom beslutningstakerne og tjenestemottakerne i offentligheten blir reell (Knill & Tosun, 2012, s. 149). Dette skjer gjennom byråkratiske virksomheter hvor det politikken blir iverksatt av statlig ansatte. I implementeringsteoriene kan man definere tre hovedaktører: De som utvikler politikken, de som iverksetter politikken og de som er mottakere av politikken. I en sykehjemskontekst kan aktørene forstås etter oppgavens tre hovedaktører: det offentlige, de ansatte ved sykehjem og beboere ved sykehjem.

### **3.1.1 Top-down tilnærming**

Med en såkalt «top-down» tilnærming til implementering vektlegges den overordnede myndighets beslutningsmyndighet, hvor beslutninger foretas sentralt i systemet og deretter vil implementeres på lavere nivåer i organisasjonen og i samfunnet (Pressman & Wildavsky, 1984, s. 245-246). Denne tilnærmingen er preget av en vertikal struktur hvor beslutninger stammer fra øverste hold, og iverksettes nedover på underliggende nivåer. Her ligger en forventning til at det er den øverste myndigheten som identifiserer problemer, utvikler løsninger og tar endelige beslutninger i form av politikkvedtak. Etter disse beslutningene er tatt, vil de videreføres til lavere nivåer i den byråkratiske organisasjonen, til aktørene i samfunnet som står ansvarlig for å implementere politikken. En top-down tilnærming skal optimalt fremme effektivitet i arbeidet samtidig som overordnede myndigheter kan beholde god kontroll over implementeringsprosessen. Likevel er det utenfor de øverste myndighetenes kontroll å forutse utfallet av politikken som en følge av at den implementeres på lokalt nivå (Pressman & Wildavsky, 1984, s. 208). Man kan i denne sammenheng referere til top-down organisasjoner hvor man finner en klassisk hierarkisk strukturering innad i organisasjonen.

### **3.1.2 Instrumentelt organisasjonsperspektiv**

Innen organisasjonsteorien har det vært mange bidrag som har utforsket og skapt ulike forståelser av organisasjoner, deres medlemmer og omgivelser. Man kan trekke klare linjer

mellom instrumentelt organisasjonsperspektiv og en top-down tilnærming til forståelsen av organisasjoner. Instrumentelle perspektiver anser organisasjonen som et verktøy for å nå bestemte overordnede mål (Christensen mfl., 2017, s. 34). Dette støttes av en hierarkisk organisasjonsstruktur, hvor effektivitet og rasjonalitet står i fokus. Aktørene i organisasjoner anses her å være formålsrasjonelle og styrt av konsekvenslogikk. Den formelle organisasjonsstrukturen står svært sentralt, og viser hvordan man legger rammer for handling. I hierarkiske organisasjoner er det ledelsen som setter mål og bestemmer hvilke instrumenter som skal anvendes for å nå disse. Det instrumentelle perspektivet har røtter tilbake til da tenkere som Max Weber preget organisasjonsoppfattelsen. Weber lanserte sitt byråkrati som en idealtipe av organisering av organisasjoner. Webers byråkrati vektlegger hierarkisk organisering med fastsatte regler og prosedyrer, og formell struktur som skal fremme effektivitet (Christensen mfl., 2017, s. 34-35). Ideer om hierarkisk organisasjonsstruktur, effektivitet og standardisering av prosedyrer og roller er alle viktige prinsipper i instrumentell forståelse av organisasjoner.

### **3.1.3 Motreaksjon til det instrumentelle perspektivet**

Som en motreaksjon til det instrumentelle perspektivet utviklet det seg en institusjonell organisasjonsteori blant organisasjonstenkere. Organisasjonsteoretikeren Philip Selznick (1957) kritiserte tidlig det ensidige fokuset på effektivitet, og viste til en forståelse av organisasjoner som noe mer enn et verktøy for å nå mål. Mens instrumentelle perspektiver ser på organisasjoner som verktøy, fokuseres det nå på at organisasjoner ofte blir til institusjoner. Institusjoner skapes når organisasjoner får normative verdier forbi de instrumentelle aspektene ved organisasjonen (Selznick, 1957, s. 17). Dette er en prosess som foregår over tid hvor det opprettes verdier og normer i organisasjonen. Institusjoner formes av sosiale behov og press, og her er det det uformelle fremfor det formelle som står i fokus (Selznick, 1957, s. 5). Aspekter som ikke er direkte observerbare ved organisasjoner, som kultur og legitimitet, får her en grunnleggende betydning. Institusjonell teori skiller seg altså fra andre organisasjonsteorier gjennom å ha et større fokus på den sosiale og kulturelle konteksten som finnes rundt og i organisasjoner.

### **3.1.4 Nyinstitusjonell teori**

Fra institusjonelle organisasjonsperspektiver har det vokst frem flere ulike forståelser av organisasjoner. En av disse er nyinstitusjonalisme. Institusjonell- og nyinstitusjonell teori er

nært beslektede, og sistnevnte er en videreutvikling av flere av institusjonell teoris ideer som legitimitet og sosialt press. Nyinstitusjonell teori bygger videre på ideen om organisasjoner som sosiale konstruksjoner (institusjoner) som formes av sosiale og kulturelle faktorer innenfra og utad i sine omgivelser (Christensen mfl., 2017, s. 75). Spesielt i nyinstitusjonalismen vektlegges legitimitet og dermed organisasjoners søken etter å fremstå legitime. Organisasjoner streber etter å oppfattes som, og opprettholde, legitimitet da dette påvirker deres tilgang til ressurser og overlevelse over tid. Legitimitet hentes fra organisasjonens institusjonelle omgivelser.

En organisasjons institusjonelle omgivelser referer til de normer, verdier og forventinger som vil påvirke organisasjonens legitimitet (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 196). Norske sykehjem preges av samfunnets normer, verdier og forventinger til hvordan sykehjem opererer og tar hånd om den eldre delen av befolkningen. Muligheten for å havne på sykehjem er noe de aller fleste mennesker vil stå overfor i løpet av livet, dermed vil en stor del av befolkningen ha interesse i, og forventninger til eldreomsorgen. Oppfattelsen av kvaliteten ved sykehjem er en viktig del av legitimitetsforståelsen av norske sykehjem. At befolkningen oppfatter at eldre har muligheten til å leve verdige og givende liv på sykehjem, er svært relevant for om sykehjem fremstår som legitime i samfunnet eller ikke.

I nyinstitusjonell teori fremkommer det forventinger om det det finnes legitime myter og oppskrifter i organisasjoners institusjonelle omgivelser som gjerne adapteres av organisasjoner for å fremstå legitime (Christensen mfl., 2017, s. 75-76). Myter er de overordnede forventingene og rammene for hva som er legitimt i de institusjonelle omgivelsene. Organisasjonsoppskrifter er mer spesifikke retningslinjer eller prosedyrer som kan omhandle alt fra organisasjonsstruktur, arbeidsprosesser eller ledelse i organisasjoner (Røvik, 2019, s. 217). Nyinstitusjonell organisasjonsteori vektlegger spredningen av legitime organisasjonsoppskrifter som en form for isomorfisme, ofte med overfladisk imitasjon av ideer for å fremstå legitim (Røvik, 2019, s. 26-27). Institusjonell isomorfi beskriver en prosess hvor organisasjoner i et felt med lignende omgivelser gradvis blir likere over tid (DiMaggio & Powell, 1983, s. 149). Isomorfi regnes i nyinstitusjonalismen som organisasjoners hovedmotivasjon for endring og adaptering av nye organisasjonsideer. Når organisasjoner utelukkende endres på bakgrunn av motivasjonen om å fremstå som legitime for sine institusjonelle omgivelser, kan det skje en form for frikobling (Røvik, 2019, s. 29). Begrepet innebærer at det oppstår en forskjell mellom organisasjoners offentlig vedtatte mål og

retningslinjer, og deres reelle praksiser og daglig drift internt i organisasjonen. Frikobling betyr at organisasjoner kan opprettholde en legitim forestilling i sine institusjonelle omgivelser, mens de bevarer operasjonell fleksibilitet.

Med en nyinstitusjonell organisasjonsforståelse kan man forvente at legitime oppskrifter for hva som er god kvalitet i eldreomsorgen imiteres på statlig, kommunalt og lokalt nivå i eldreomsorgen. Press fra myndighetene og andre omgivelser rundt sykehjem kan føre til overfladisk implementering av legitime oppskrifter på lokalt nivå i sykehjemmene. Formelle strukturer og prosedyrer kan bli vedtatt for å oppnå ekstern legitimitet og tilfredsstille myndighetenes krav, mens den reelle omsorgen som gis til beboerne ikke nødvendigvis vil reflektere disse standardene.

### **3.2 Translasjonsteori**

Mens nyinstitusjonell teori fokuserer på isomorfisme som forklaringsgrunnlag for spredning av organisasjonsideer samt endring basert på mål om å fremstå legitim, viser translasjonsteori til et fokus på tilpasning av ideer i organisasjoners ulike kontekster. Translasjonsteori (også kalt oversettelsesteori) vektlegger hvordan organisasjonsideer og oppskrifter spres mellom organisasjoner og hva som skjer med oppskriftene i organisasjonene (Røvik, 2019, s. 56). Her finner man en overgang fra nyinstitusjonalismens teorier om imitasjon, til en forståelse av spredningen av organisasjonsideer som en form for translasjon hvor det skjer en oversettelse og tilpasning basert på organisasjonens rammer og kontekst. Ideer og oppskrifter kan ikke imiteres direkte grunnet organisasjoners individuelle natur, og det er deres unike forutsetninger som er avgjørende for hvordan og hvilke ideer tas opp og adapteres (Røvik, 2019, s. 255-257). Dette betyr også at etablerte organisasjonsideer som fungerer for en organisasjon, ikke nødvendigvis vil kunne overføres til en annen selv om de eksisterer i samme organisatoriske felt. Translasjonsteoretisk perspektiv gir en forventning av divergens blant organisasjoner fremfor homogenitet, basert på faktumet at hver organisasjon vil forstå ideer i egen kontekst (Røvik, 2019, s. 29).

Translasjonsteorien bygger videre på institusjonell teoris forståelse av organisasjoner som sosiale konstruksjoner, men med kontekstualisering i fokus. Istedenfor at organisasjoner adapterer ideer for å overfladisk fremstå som legitime er det et fokus på å adaptere, forstå og håndtere organisasjonsideer i egen kontekst. Organisasjonsideer adapteres av organisasjoner,

men kan sjelden anvendes direkte (Bukve & Kvåle, 2014, s. 18). Oversettelsesprosessen anses som en aktiv prosess, hvor flere aktører innen organisasjonen involveres. Det er disse som tolker ideer etter organisasjonens særegenheter, som organisasjonskultur, erfaringer og eksisterende praksiser. Hver idé vil kunne forandre seg i møte med ulike aktører. På bakgrunn av den individuelle tilpasningen som skjer i hver enkelt organisasjon, oppstår et naturlig mangfold i organisasjonsideer og deres utforming.

### **3.2.1 Spredning av organisasjonsideer og aktive aktører**

Man kjenner tidlig igjen translasjonsteoretiske ideer i tekstene til sosiologene Michel Callon og Bruno Latour. I sine tekster retter Callon og Latour et fokus på mottakersiden av organisasjonsideer, og hvordan disse ofte vil endre seg i møte med organisasjonskontekst. Callon (1984) viser til translasjon som en sentral del av Actor-Network Theory (ANT), som presenterer en forståelse av hvordan kunnskap og innovasjon blir presentert og integrert i samfunnet. Latour (1984) bygger på ideen om translasjonsmodellen hvor det legges vekt på sosialt samspill mellom ulike aktører og betydningen av hver aktørs handlinger og valg (Latour, 1984, s. 268). Tilnærmingen gir innsikt i hvordan ideer oppstår, samt hvordan disse spres, tilpasses og integreres. Med dette legges det til rette for å studere hvordan oppskrifter oversettes fremfor hvordan de spres (Latour, 1984, s. 166).

Translasjon eller «oversettelse» viser til spredningen av organisasjonsideer som komplekse prosesser fremfor enkel kopiering. Organisasjonsideer ses gjerne på som «reisende» fremfor statiske enheter, som tolkes, transformeres og således tilpasses etter ulike aktører.

Betydningen av ulike aktører er stor, med et fokus på organisasjoner som aktive deltakere i rekonstruksjonen av ideer som tilpasses de nye komplekse rammene som de skal fungere i (Czarniawska & Joerges, 1996, s. 16). De aktive aktørene kan sies å være «utsatt» for store mengder myter og oppskrifter. De aller fleste fanges ikke opp, kun de som anses som interessant, for eksempel dersom de kan løse et foreliggende problem (Czarniawska & Joerges, 1996, s. 25). Hva som er av interesse for en aktør er ikke nødvendigvis relevant hos en annen. På bakgrunn av dette anses ikke organisasjonsideer og myter som «faste», men kan for eksempel sammenlignes med moter.

Ideer oversettes gjennom aktiv tilpasning basert på kulturell og organisatorisk kontekst som aktørene virker innen. Der nyinstitusjonell teori viser til passive mottakende aktører som tar

imot myter og oppskrifter, betrakter man innen translasjonsteoretisk perspektiv mottakerne som aktive aktører. Kjell Arne Røvik (2019) kritiserte i *Trender og translasjoner* nyinstitusjonalismen for å fokusere på om organisasjoner har adaptert ideer eller ikke, fremfor et fokus på hvilke prosesser som skjer etter at organisasjoner formelt har foretatt adopsjonen (Røvik, 2019, s. 28). Røvik skriver også om hvordan enkelte organisasjonsperspektiv anser aktører i organisasjonsutvikling som rasjonelle (Røvik, 2019, s. 248). Utvelgelsen av oppskrifter baseres her på en tanke om at rasjonelle teknikker vil føre til at aktører tar opp og innfører de best anlagte oppskriftene for den enkelte organisasjonen. Translasjonsteorien utfordrer synspunktet på rasjonelle og passive aktører, med fokus på aktører som aktive. At aktører er aktive eller handlende betyr at prosessen av organisatorisk endring, basert på opphenting og omforming av myter og oppskrifter, ikke vil finne sted uten handlende aktører. Tanken om aktive aktører som foretar individuelle fortolkninger av organisasjonsideer står sentralt i translasjonsteorien.

Når man studerer ulike aktører vil det også være aktuelt å vurdere aktørenes, eller oversetternes, oversettelseskompetanse. Røvik trekker fram at oversettere og oversettelser kan være både gode og dårlige (Røvik, 2019, s. 319). Dermed vil den grad en oversettelse er vellykket avhenge av oversetterens evner til å oversette. Et eksempel på mislykkede forsøk på oversettelser trekkes frem som frikobling, hvor ideer adopteres, men ikke implementeres i organisasjonene (Røvik, 2019, s. 320-321). Her viser Røvik at slike mislykkede forsøk på translasjonsprosesser ofte kan stamme fra dårlig translasjonsarbeid. Likevel kan også ulike praksisers oversettbarhet være utfordrende for oversettere. Praksiser som preges av kompleksitet og som er mindre eksplisitt vil være mindre oversettbare (Røvik, 2019, s. 321). Med utgangspunkt i målet om å vurdere ulike kvalitetsforståelser vil det både være aktuelt å vurdere hvem som har muligheten til å foreta oversettelser og har således en eller annen form for oversettelseskompetanse, samt om oversetterens kompetanse er god eller dårlig.

### **3.2.2 Oversettelser og aktører i kvalitetspolitikken**

Translasjonsteori skaper som nevnt et grunnlag for å studere de ulike aktørene når man studerer forskjellige organisasjonsideer og tolkningen av disse. I de norske sykehjemstjenestene kan kvalitet forstås som en overordnet forventning i sykehjemmets omgivelser. Forventingene vil stamme fra store deler av samfunnet, inkludert brukeren selv samt offentlige myndigheter som streber etter kvalitet i sine offentlige tjenester. Man kan



slik vurdere kvalitet ved sykehjem i seg selv som en svært overordnet myte, som basert på trender i sykehjems omgivelser vil preges av ulike legitime oppskrifter på hva som vil føre til kvalitet innen sykehjemsomsorgen. Hvordan de ulike aktørene på ulike nivåer mottar, kontekstualiserer og senere forstår kvalitet blir dermed aktuelt å studere med en translasjonsteoretisk innfallsvinkel. Som vist i kapittel 2, er det store likheter mellom internasjonale standarder for kvalitet og de norske dimensjonene. Både WHO's og OECD's redegjørelser for hva som indikerer god kvalitet kan gjenkjennes i Sosial- og helsedirektoratets kjennetegn for tjenester med god kvalitet; virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir innflytelse, samordnet og kontinuitet, god utnyttelse av ressurser, samt tilgjengelighet og rettferdighet. Basert på dette delegeres ansvaret for sykehjemstjenestene til et kommunalt nivå, som skal innfri mål og standarder som staten har satt. Basert på translasjonsteori skapes en forventning til at det her oppstår en materialiseringsfase, hvor kvalitetsoppskriftene fra staten skal tas inn i sykehjemsorganisasjonene på bakkenivå. Translasjonsteori vil med utgangspunkt i dette være aktuelt for å studere mulige oversettelsesprosesser på ulike nivåer i sykehjemstjenesten.

Den presenterte oversettelsesprosessen kan se ut til å falle inn under det Røvik definerer som en *hierarkisk oversettelseskjede* (Røvik, 2019, s. 294). Oversettelseskjede viser til en forventning av at organisasjonsideer som adapteres til organisasjoner starter som noe abstrakt, og gradvis konkretiseres desto lengre ned i organisasjonen ideen oversettes (Røvik, 2019, s. 299). En hierarkisk oversettelseskjede henviser til betydningen av hvem de sentrale oversetterne er i translasjonsprosesser er, som ofte kan avgjøres av den formelle beslutningsstrukturen. Her kan man trekke linjer til instrumentelle perspektiver med vektlegging av vertikale styringskjeder. I den offentlige kvalitetspolitikken for sykehjem kan man finne indikatorer på en *top-down-orientering*, hvor det faktum at oppskrifter og ideer kommer fra øverst i hierarkiet gjenspeiles i den vertikale strukturen. Her vil oversettelse ofte ligne sentralt styrte implementeringsprosesser, som fører til at underliggende aktører har begrenset mulighet for oversettelse på lokalt nivå (Røvik, 2019, s. 294). Alle kommunene i Norge er pliktet å følge statens krav og forventinger til kvalitet i Norge. Likevel har kommunene handlingsfrihet såfremt deres handlinger foregår innen statlige retningslinjer. Norske kommuner har dermed et relativt stort handlingsrom for oversettelse av organisasjonsoppskrifter og myter for kvalitetsarbeid i eldreomsorgen. På bakkenivå, for ansatte ved sykehjem, vil pålegg, retningslinjer og krav fra statlige og kommunale aktører begrense ansattes frihet til oversettelse og mulighet til å «lage lokale versjoner av konseptene»

(Røvik, 2019, s. 294-295).

Røvik åpner likevel for at dette ikke er et helhetlig bilde av de fleste oversettelsesprosesser. Flere punkter kan gi grunnlag for en annen forståelse, og en av disse defineres som eksterne utviklingsarenaer. Slike eksterne utviklingsarenaer fremkommer ikke av den hierarkiske oversettelseskjeden, men kan likevel ha en horisontal påvirkningskraft på hvilke-, og hvordan oppskrifter og ideer oversettes (Røvik, 2019, s. 296). Utviklingsarenaer kan for eksempel være arrangement som seminarer, kurs eller etterutdanning for yrkesgrupper hvor yrkesutøvere kan møtes og utveksle erfaringer og praksiser (Røvik, 2019, s. 295). Således kan ansatte på bakkenivå og deres yrkestilhørighet påvirke oversettelsesprosesser.

### **3.2.3 Translasjon av kvalitetsindikatorer**

I denne masteroppgaven anvendes translasjonsteorien for å utforske og tolke dynamikken mellom indikasjonene fra det offentlige definisjoner av kvalitet ved sykehjem, og erfaringene og oppfatningene til de ansatte som arbeider direkte innen eldreomsorgen samt beboere og pårørendes ved sykehjem. Translasjonsteori understøtter et behov for å fokusere på mottakersiden dersom man studerer for eksempel utfall av spesifikke organisasjonsideer. Kvalitetsarbeid skjer over flere plan, fra internasjonalt, statlig og kommunalt, til lokalt plan ved sykehjemmene selv. Man kan for eksempel kjenne igjen organisasjonsideer som pålegges det kommunale nivået, av statlige aktører. Translasjonsteorien viser behovet for en studie av hvordan forståelsen av kvalitet oppstår hos de ulike aktørene. Av de relevante aktørene i translasjonsprosessen, står bakkebyråkratene sentralt som et mellomledd mellom de som styrer og de som mottar tjenestene ved sykehjem.

### **3.3 Bakkebyråkrati**

Bakkebyråkrati er et nøkkelkonsept for å forstå offentlig forvaltning og tjenesteyting. Byråkratiet er en organisasjonsform som ofte knyttes til offentlig sektor, og som gjerne karakteriseres av en hierarkisk og vertikal styringskjede (Djupvik & Eikås, 2016, s. 28). Teorier om bakkebyråkrati refererer til bunnen av den byråkratiske strukturen og de som arbeider der, og viser til politikkenes fysiske møte med praksis. Bakkebyråkrater er de statlige ansatte som er i direkte kontakt med resten av befolkningen, og som har skjønnsmessig utøvelse i sin tjenesteutførelse (Lipsky, 2010, s. 3). Teorier om bakkebyråkratiet referer altså til den såkalte «frontlinjen» av offentlig tjenesteyting som yter direkte tjenester til

befolkningen, og viser sådan til ideer om at det er her politikken i realiteten blir til. Således har bakkebyråkratene den faktiske makten da de i praksis bestemmer hvordan politikken blir seende ut i den virkelige verden.

### **3.3.1 Menneskebehandlingende organisasjoner**

Vabø (2014) skriver om offentlige velferdsorganisasjoner, også kalt bakkebyråkratiske, eller «menneskebehandlingende» organisasjoner (Vabø, 2014b, s. 14). Slike organisasjoner kjennetegnes av tre ulike fellestrekk. Først har organisasjonene som hensikt å «gjøre noe» med mennesker, fremfor å skulle «levere noe» (Vabø, 2014b, s. 14). De står også overfor uregjerlige og komplekse problemer, som krever ulik kompetanse over flere felt og organisering. Sist vises det til at disse organisasjonene skal tjene allmennhetens interesser, og er således underlagt sammensatte legitimitetskrav. Menneskebehandlingende organisasjoner skiller seg fra produksjonsbedrifter i deres fokus på mellommenneskelig kontakt, hvor komplekse og mangesidige problemer skal løses mens brukeren står i fokus. Vertikale styringslinjer kommer tydelig frem i offentlige velferdsorganisasjoner, hvor deres hovedoppgave ligger i å iverksette offentlig politikk i det praktiske (Vabø, 2014a, s. 29). Likevel preges slike organisasjoner av bakkebyråkratens mulighet til skjønnsutøvelse i det praktiske arbeidet. Bakkebyråkratiske teorier viser til bakkebyråkraten som et mellomledd mellom det offentlige og brukerne. Bakkebyråkrater møter i sitt arbeid borgere med behov for hjelp i form av ulike tjenester eller assistanse. Når bakkebyråkrater møter brukeren oppstår et møte mellom offentlig forvaltning og regelstyring, og individuelle og menneskelige behov. Denne dynamikken kan skape grunnlag for komplekse utfordringer knyttet til balansegangen mellom effektivitet og humanitet.

### **3.3.2 Bakkebyråkratisk styringsdilemma**

En grunntanke innen bakkebyråkratisk teori er ideen om at bakkebyråkratene står i et konfliktforhold mellom brukernes krav og egne profesjonelle utgangspunkt på ene siden, og byråkratiske retningslinjer og beslutninger som kommer ovenfra i organisasjonen på den andre siden (Djupvik & Eikås, 2016, s. 81). Styringsdilemmaet utfordrer balansen mellom sentralisert kontroll og lokalt utøvd skjønn i det praktiske arbeidet, og skaper således et slags krysspress. Møtet mellom bruker og bakkebyråkrat vil dermed kunne vise svakheter i systemet, som for eksempel lite funksjonell praksis eller manglende ressurser. En konsekvens av krysspresset som en følge av distansen mellom retningslinjer ovenfra og utført arbeid, kan

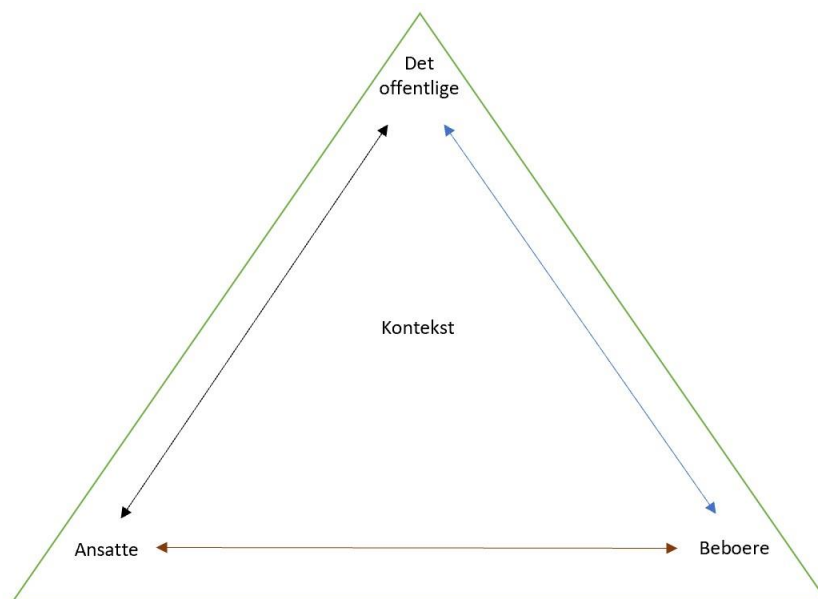
være opprettelsen av mestringsstrategier (Lipsky, 2010, xvii). Mestringsstrategier refereres ikke nødvendigvis til som et onde, men heller som en nyttig konsekvens av krysspresset bakkebyråkrater står overfor (Lipsky, 2010, xviii). Et eksempel på dette kan være å skape standardiserte prioriteringer i arbeidet. Mestringsstrategiene oppstår i et forsøk på å etterfølge brukernes behov, samt følge den gjeldene politikken. Bakkebyråkratene er altså i stadig press mellom organisasjonens og brukernes mål og krav. Et evig dilemma står mellom å tilpasse tjenestene etter individet i mottakerenden og behandling over en større «massebasis» (Lipsky, 2010, s. 44). Dette kan oppsummeres som en konflikt mellom individuell behandling og rutinemessig standardisering. En annen utfordring bakkebyråkrater ofte kan stå overfor er ressursmangel.

### **3.3.3 Bakkebyråkrater og ressursmangel**

Begrensninger knyttet til ressurser er ikke et ukjent problem i de fleste sektorer. Dette gjelder også i de offentliges velferdstjenestene. Vabø (2014) beskriver et «kronisk misforhold mellom ressurser og velferdspolitiske visjoner» (Vabø, 2014a, s. 30). Ressursmangel kan ha konsekvenser for bakkebyråkratiets tjenesteyting i møte med samfunnet som de betjener. Lipsky viser til hvordan bakkebyråkratenes ressursmangel kan være et større utgangspunkt til gnisninger enn det ville vært i andre sektorer (Lipsky, 2010, s. 45). Dette baserer seg på at bakkebyråkratenes arbeid ligger i å løse effektivitetsmål, samtidig som de skal være brukerorientert. Offentlig tjenesteyting bruker offentlige midler, og det forventes dermed en form for kostnadseffektiv fremgang i arbeidet (Aasbrenn, 2010, s. 47). Her fanges også bakkebyråkraten i et krysspress av forventninger hvor kostnadseffektivitet skal kombineres med brukernes krav til gode og helhetlige tjenester. På samme måte som bakkebyråkrater oppretter mestringsstrategier i krysspresset mellom det offentliges mål og brukernes forventninger, skapes mestringsstrategier for å hankses med knappe ressurser i møte med høy etterspørsel (Vabø, 2014a, s. 30). Ved ressursmangel i offentlige velferdstilbud tvinges bakkebyråkratene til å foreta prioriteringer basert på de ressursene de har tilgjengelig, og former således den utøvde politikken. Bakkebyråkrater vil alltid være i et undertall overfor brukergruppen av samme tjeneste, og ressurser vil derfor alltid være et pressende tema (Lipsky, 2010, s. 37). En naturlig konsekvens av ressursmangel kan være redusert kvalitet og tilgjengelighet til tjenester. Ressursmangel kan vise seg i form av begrenset «mannskap», mangel på materielle ressurser eller som begrensninger i tid. Ressursmangel krever en helhetlig håndtering, hvor det gjerne kreves strategiske og kreative løsninger for å gi et godt

tjenestetilbud. Allerede i 1981 referer Lipsky til en trend hvor kvalitet i tjenestene ofres til fordel for effektivitet i arbeidet (Lipsky, 2010, s. 178). En konsekvens av dette er at bakkebyråkratene kan miste muligheten til å utføre fordelaktige mestringsstrategier.

En utfordring bakkebyråkrater gjerne kan stå overfor er ulike forventninger i offentligheten (Lipsky, 2010, s. 46). Offentligheten vil som regel alltid ha en formening om hva, hvordan og når noe skal gjøres. Brukere av offentlige tjenester kan, ifølge Aasbrenn (2010), «påberope seg rettigheter og krav om likebehandling» (Aasbrenn, 2010, s. 14). Forholdet mellom ansatte i offentlige tjenestegivende organisasjoner og brukergruppen, kan i dag anses å være preget av økt brukerinnflytelse (Aasbrenn, 2010, s. 118). Til forskjell fra privat sektor, hvor man kan oppfatte et enveis forhold mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, fremstår forholdet mellom organisasjonen, bakkebyråkrat og bruker i dag som toveis forhold mellom de ulike aktørene. Dette representerer en form for brukerdiallog, hvor oppgaven videre skal vise at brukerorientering er avgjørende i dagens kvalitetspolitikk (Aasbrenn, 2010, s. 118). Forholdet mellom aktørene er illustrert i Figur 2.



Figur 2 – Triangelet av aktører

Denne figuren illustrerer forholdet mellom det offentlige, ansatte og beboere ved sykehjem. Øverst i triangelet finner man det offentlige som har ansvaret for- og tilbyr sykehjemstjenesten til offentligheten. Figur 2 illustrerer den forventede dynamikken i

samspeilet mellom stat, bakkebyråkrater og brukere. Beboere tildeles plass ved sykehjem av det offentlige og mottar omsorgsarbeidet fra de ansatte ved sykehjemmet. Ansatte er underlagt retningslinjer fra staten, samtidig som de har et direkte forhold til beboerne.

### **3.3.4 Bakkebyråkratenes rolle i translasjonsprosessen**

I studien om kvalitetsforståelse hos ulike aktører ved sykehjem, er begrepet «bakkebyråkrati» avgjørende for å forstå dynamikken mellom det offentlige og de ansatte ved sykehjem.

Ansatte ved offentlige sykehjem er offentlig ansatte som jobber direkte med befolkningen, og vil derfor defineres som bakkebyråkrater. Det er de ansatte som har det praktiske ansvaret for å yte omsorgstjenester til beboerne på sykehjem. De ansattes tolkninger og handlinger avgjør hvordan velferdspolitikken blir realisert i den daglige praksisen. Således har disse direkte innflytelse på kvalitetsarbeidet og oppfattelsen av kvalitet ved norske sykehjem. Teorier om bakkebyråkratiet hjelper å forstå dynamikken mellom det offentlige, både på statlig og kommunalt nivå, og de ansatte ved sykehjem.

### **3.4 Anvendelse og forventninger fra teori**

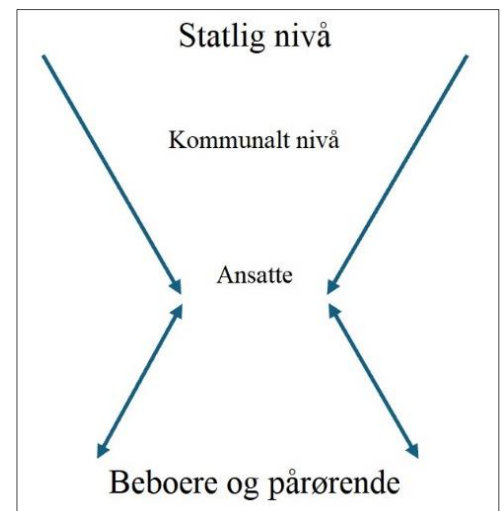
Slik teorien er lagt frem kan det presenteres tre grunnlag for kvalitetsforståelse og kvalitetsutvikling i sykehjemstjenestene. Implementeringsteori, med utgangspunkt i en instrumentell top-down tilnærming, viser til utviklingen av politikk som stammer fra øverste myndighet. Videre overføres politikken til underliggende nivåer som har i oppgave å implementere den gitte kvalitetspolitikken. Translasjonsteori viser til en forståelse av at lokale fortolkninger og oversettelser vil skje innad i sykehjemsorganisasjonen, noe som vil påvirke måten man forstår kvalitetspolitikken etter lokal kontekst. Man kan forvente at ulike aktører i sykehjemstjenestene har ulike oversettelseskompetanser, som kan påvirke i hvilken grad en translasjonsprosess er suksessfull. Translasjonsteori stammer fra nyinstitusjonelle perspektiver, som viser til forventninger av at det finnes mengder av oppskrifter og ideer for hva kvalitet i eldreomsorgen er, og som vil kunne oversettes til egen kontekst.

Bakkebyråkratisk teori viser til forskjell fra implementeringsteori et bottom-up perspektiv som henviser til betydningen av møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Her rettes det et søkelys mot tjenesteyter, som befinner seg i et krysspress fra øverste myndighet på den ene siden, samt profesjonelle overveininger og brukerens krav på andre siden. Dette styringsdilemmaet mellom forvaltningens regler og individuelle behov er oppsummerende for

behovet for å studere nettopp disse aktørenes kvalitetsforståelse opp imot hverandre. Basert på en oppsummering av studiens tre hovedteorier presenteres her tre hovedmekanismer:

- Hierarkisk: Kvalitet er noe som innføres fra toppen og implementeres ned, da gjennom instrumentelle og strategiske vurderinger.
- Oversettelse: Kvalitet blir til gjennom lokale oversettelser og fortolkninger av ideer og oppskrifter. Oversettelsene preges av oversetterens kompetanse, den konkrete konteksten vedkommende befinner seg i, samt interaksjon med omgivelsene.
- Bakkebyråkratisk: Kvalitet blir til i selve møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Det er derfor et subjektivt og sosialt element som preges av begge aktører, og som er vanskelig å få øye på i den mer formelle kvalitetspolitikken.

Ved bruken av de teoretiske utgangspunktene identifiseres det forskjellige hovedmekanismer for hvordan kvalitetsforståelsene kan forklares. De ulike teoriene kan fremstå gjensidig utelukkende, men dette er ikke nødvendigvis tilfellet. I oversettelsesprosesser kan man identifisere hierarkiske oversettelseskjeder, hvor en organisasjonsidé kan adapteres i toppen av en organisasjon og konkretiseres etter hvert som den møter lokale nivåer. På tross av dette vil oversettelseskjeden kunne preges av horisontal innvirkning, noe som for eksempel kan stamme fra møte mellom de ansatte og brukeren ved sykehjemmet. Bakkebyråkratiske teorier åpner for at politikken endres i møte mellom bruker og ansatt. En hierarkisk organisatorisk struktur hvor utgangspunktet for en politikk besluttes fra øverste hold, trenger ikke bety at fortolkninger og oversettelser ikke kan oppstå på lokalt nivå. De tre aktørenes kontekst vil være preget av ulike inntrykk og mekanismer som til slutt sammenfaller i en forståelse av hva kvalitet er. Brukerkonteksten vil være annerledes enn tjenesteyters kontekst, som igjen vil skille seg fra det offentliges implementeringskontekst.



Figur 3 – Forholdet mellom aktørene

Basert på dette forventer jeg å finne i empirien ulike ideer og forståelser av hva kvalitet skal være hos de ulike aktørene. Slike funn er å forvente, da teoriene legger opp til at ulike ideer om kvalitet kan eksistere på samme tid. Teoriene kan anses som gjensidig utfyllende og beskriver virkeligheten på ulike måter som vil være gunstig i studiet av det helhetlige

sammenspillet mellom forståelsene. Figur 3 illustrer det forventede forholdet mellom de tre aktørene. Øverst er det offentlige på statlig nivå og kommunalt nivå like under, som begge fører vertikale styringslinjer som de ansatte må forholde seg etter. Nederst er brukeren som mottar de ansattes kvalitetsarbeid, men som også har et toveis forhold til de ansatte gjennom deres tilbakemeldinger. De ansatte befinner seg i møtepunktet midt i figuren, påvirket av det offentlige hierarkiske retningslinjer og brukerens forventninger og tilbakemeldinger.

### 3.5 Dimensjoner for teori og empiri

For å svare på problemstillingen er det avgjørende å knytte sammen det teoretiske rammeverket og det empiriske datagrunnlaget. Her er det et behov for å gjennomføre en form for operasjonalisering av teorien, slik at det ved datainnsamling og analyse er mulig å trekke paralleller mellom empiri og teori. Operasjonaliseringsprosessen innebærer å skape gjenkjennbare konsepter som kan anvendes ved uthenting av informasjon fra det offentlige samt ved utforming av intervjuguiden til de ansatte (Toshkov, 2016, s. 94-95). Operasjonaliseringen er en svært avgjørende del av forskningsarbeidet, da den vil påvirke utformingen av datainnsamlingen og analysen som senere følger.

Da målet med denne oppgaven *ikke* er å objektivt måle kvalitet ved norske sykehjem, men heller å kaste lys over kvalitetsforståelse hos de ulike aktørene i sykehjemstjenesten, er det ikke relevant å klargjøre hva som utgjør god kvalitet og ikke. De ulike aktørenes subjektive forståelser må belyses gjennom omfattende analysearbeid, hvor helheten av svar og innsikt fra dokumenter vil utgjøre grunnlaget for hvordan jeg tolker deres forståelse av kvalitet. Ved utforming av

intervjuguide vil det være nødvendig å inkludere spørsmål om personlige oppfatninger av hva som utgjør kvalitet i sykehjemsomsorgen, samt oppfølgingsspørsmål rundt dette, som for eksempel hvem som har mest å si for kvaliteten og om kvalitetsutvikling. Ved å studere hva som legges til rette for kvalitetsutvikling kan man få et inntrykk av hvem som har innvirkningskraft og oversettelseskompetanse når kvalitet skal forbedres. Dette kan være nødvendig for å diskutere beslutningsmyndighet, bakkebyråkratiske implikasjoner og oversettelseskompetanse. For å forstå det hierarkiske systemet vil det også være aktuelt å

Dimensjoner for datainnsamling
Forståelse av kvalitet
Kvalitetsutvikling
Kvalitetsstandarder
Skjønnsutøvelse
Beboere og pårørendes betydning

**Tabell 1** – Dimensjoner for datainnsamling



inkludere spørsmål om sykehjemmets og det offentlige kvalitetsstandarder. Ved å inkludere spørsmål om dette kan man både få innblikk i hierarkiet av hva som legges til rette for å være kvalitet i omsorgen, samt legge opp til videre forståelse av oversettelseskompetanse og bakkebyråkrati. Å studere hvem som har oversettelseskompetanse og bakkebyråkratiske indikasjoner kan overlape noe, da begge vil kunne indikeres av mulighet for skjønnsutøvelse hos dem som arbeider innen eldreomsorgen. Her blir det viktig å avdekke hvem, og på hvilket nivå, som har muligheten til å foreta skjønnsutøvelse og deretter hvem de offentlige dokumentene indikerer skal kunne gjøre dette. Dette blir svært aktuelt å inkludere i intervjuguiden, med fokus på å avdekke frihet til fortolkning, tilpasning og skjønnsutøvelse. Midt i av samspillet mellom det offentlige og ansatte ved sykehjem er det også nødvendig å studere beboernes og pårørendes påvirkningskraft og muligheter oppi det hele. Dette vil blant annet gjøres gjennom å inkludere spørsmål om betydningen av pårørendes og beboernes tilbakemeldinger i intervju gjort med ansatte ved sykehjem.

Oppsummert har jeg fem ulike dimensjoner jeg vil jobbe ut ifra ved innsamling og analyse av datamateriell. Disse er forståelse av kvalitet, kvalitetsutvikling, kvalitetsstandarder, skjønnsutøvelse, samt pårørende og beboeres betydning. Dimensjonene vil anvendes aktivt gjennom datainnsamlingsarbeidet. Dataen jeg finner langs hver dimensjon hos de ulike aktørene vil hjelpe til å gi et grunnlag for å diskutere hva som preger deres tilnærming til kvalitet. Dimensjonene kan vise variasjoner i hva slags fortolkning som er viktigst for de ulike aktørene, samt gjøre det lettere å fange dynamikken mellom de tre aktørgruppene langs hver dimensjon. Dimensjonene vil ikke være relevante ved datainnsamlingen for brukeren. Jeg har ikke selv foretatt de ulike studiene som vil ligge til grunn for brukerens forståelse av kvalitet, og vil dermed ikke basere mitt utvalg av studiene på om de omtaler de ulike dimensjonene eller ikke.

### **3.5.1 Dimensjonenes begrensninger**

En begrensning man kan møte på når man oversetter teori til praktiske studier, er at operasjonaliseringen kan føre til forenkling av komplekse fenomen. Som oppgaven tidligere har gjennomgått er «kvalitet» en svært kompleks ide, som kan være vanskelig å definere. Når man da vurderer å operasjonalisere kvalitet, er det en fare for at dette kan utelate nyanser som kan være betydelige for de involverte partenes oppfattelse av kvalitet. På bakgrunn av dette unnlater jeg selv å operasjonalisere begrepet kvalitet, og gjennomfører heller helhetlig

analyser av dokumenter samt inkluderer nøye planlagte spørsmål i den kommende intervjuguiden for å studere aktørenes egne operasjonaliseringer av kvalitet. Dimensjonene fungerer ikke som verktøy for å måle graden av de ulike kategoriene som bakkebyråkrati og oversettelse. Jeg kan ikke måle disse basert på dimensjonene, men man kan derimot bruke det jeg finner langs hver dimensjon innenfor hver aktørgruppe som grunnlag for å sammenligne og diskutere hva som preger deres tilnærming til kvalitet.

En mulig svakhet med de ulike dimensjonene for analyse kan også ligge på overførbarheten til de ulike dimensjonene. En sentral utfordring i forskningsdesign, spesielt i studier som kombinerer ulike metoder for datainnsamling som dokumentanalyse og semistrukturerte intervjuer, er å sikre at de anvendte dimensjonene er overførbare og relevante på tvers av disse forskjellige datakildene. De samme dimensjonene som kan være relevant for de semistrukturerte intervjuene, vil ikke nødvendigvis fungere når man for eksempel foretar dokumentanalyser av offentlige dokumenter. Likevel har jeg i oppgaven prøvd å ta forbehold om dette, og derfor definert relativt abstrakte dimensjoner. Således vil det kunne variere hva jeg faktisk leter etter i de ulike dataene, men som likevel kan tolkes under samme dimensjonsparaply.

## **4.0 Metodisk tilnærming**

I denne masteroppgaven utforskes forståelsen av kvalitet i norske sykehjem hos det offentlige, ansatte og brukeren. I dette kapittelet vil oppgavens forskningsdesign og metodiske tilnærming redegjøres for. Som vist er forståelsen av kvalitet i tjenesteyting, og kanskje spesielt innenfor omsorgssektoren, et komplekst tema som krever en dyptgående og nyansert tilnærming. Et gjennomtenkt og grundig forskningsdesign er ikke bare nødvendig for å undersøke problemstillingen på best mulig måte, men også for å minimere bias og åpne for kritisk evaluering av forskningsprosessen (Yin, 2018, s. 24).

I denne studien benytter jeg en kvalitativ tilnærming til datainnsamling. Kvalitativ metode er velegnet til å utforske og forstå subjektive og komplekse sosiale fenomener (Gerring, 2017, s. 161). Gjennom å gå i dybden på et fenomen i en egen kontekst, kan man tilegne seg dypere forståelse og forklare viktige fenomen i samfunnet. I studiet av kvalitet og prosessene rundt subjektive forståelser av dette, vil det være gunstig å ta i bruk kvalitativ metode. Kvalitet er et fenomen preget av subjektivitet og kompleksitet, og krever dermed en metodisk tilnærming som tillater dyptgående analyser av fenomenet. Bruk av kvalitativ metode vil gi grunnlag for helhetlig forståelse, samt nærhet og fleksibilitet i datainnsamlingsprosessen.

### **4.1 Abduktiv forskningslogikk**

Når man gjennomfører en forskningsstudie kan man studere ut fra ulike forskningslogikker som danner grunnlaget for forholdet mellom teori og empiri. I denne studien anvendes en abduktiv tilnærming. En abduktiv tilnærming legger utgangspunktet for en fleksibel integrering av både teori og empiri i forskningen. Forskningslogikken viser til et fokus på de faktorer og mekanismer som i samspill påvirker eller ender med det samfunnsmessige fenomenet man ønsker å studere (Bukve, 2021, s. 68). En abduktiv tilnærming ønsker med andre ord å avdekke årsakssammenhenger, gjerne for komplekse og sammensatte kontekster. Abduktiv tenking åpner også for muligheten til forskjellige forklaringer på samme fenomen, og legger til rette for å finne spesifikke «kontekstavhengige» forklaringer på komplekse fenomen (Bukve, 2021, s. 70).

I denne oppgaven ville det vært mulig å besvare problemstillingen rent empirisk fra en induktiv tilnærming, gjennom å beskrive kvalitetsforståelsene i de tre kontekstene uten å ta utgangspunkt i det teoretiske rammeverket. I oppgaven legges det likevel opp til at det

teoretiske rammeverket er avgjørende for å sette ord på de ulike prosessene bak forståelsene av kvalitet som jeg skal studere. Slik vil spørsmålet være empirisk drevet, men behøver likevel det teoretiske rammeverket som forklarende vinkling for oppgaven. En abduktiv tilnærming legger opp til en interaktiv forskningsprosess, hvor man har mulighet til å bevege seg mellom teori og empiri. Dette muliggjør kontinuerlig samspill mellom det teoretiske rammeverket og empiriske funn, som blir spesielt nødvendig i oppgavens diskusjonsdel.

## **4.2 Casestudie**

En abduktiv forskningslogikk legger til rette for kontekstavhengige forklaringer for komplekse fenomen i samfunnet. Ved kvalitative studier av komplekse fenomen som kvalitet, kan bruk av casestudie være en naturlig metodisk innfallsvinkel. En casestudie er en forskningsmetode hvor man studerer en eller flere caser i deres naturlige kontekst (van Thiel, 2022, s. 87). En case kan være alt fra en organisasjon, en handling eller en prosess (Andersen, 2013, s. 23). I kvalitativ metode er den aktuelle casen og dens kontekst avgjørende for å forstå det man studerer. Casestudier gjør det mulig å studere aktuelle fenomen i deres egen kontekst (Yin, 2018, s. 15). Dette er spesielt relevant i studien av kvalitet i sykehjem, hvor det er essensielt å forstå prosessene bak kvalitetsforståelser, og hvordan ulike aktører oppfatter og erfarer kvalitet innenfor rammene av sine unike kontekster.

Tilnærmingen er svært nyttig dersom man ønsker å studere et komplekst fenomen i detalj, med fokus på fenomenets kontekst (van Thiel, 2022, s. 88). Med muligheten for å gi dyptgående innsikt i kontekstavhengige fenomen kan kombinasjonen av casestudier og abduktiv tenkning være svært gunstig for denne oppgaven. Kvalitet er et flersidig og subjektivt fenomen som vil være kontekstavhengig, basert på hvem sin oppfatning man studerer og deres kontekst. Dermed er det avgjørende med et forskningsdesign som legger til rette for en studie av prosessene bak kvalitetsforståelsen.

### **4.2.1 Casekonstruksjon**

Når man gjennomfører en casestudie er det nødvendig å velge seg ut en eller flere relevante analyseenheter som står som grunnlag for studiens forskning (Grønmo, 2016, s. 93). Det finnes flere strategier for utvelgelse av caser, og disse vil avhenge av hvilket mål man har for studien. I kvalitative casestudier vil utvalget ofte være strategisk eller teoretisk da man basert på teori eller aktuelle fenomen i samfunnet ønsker å velge aktuelle caser (Ringdal, 2013, s.

178). For denne oppgaven kan man velge å ramme inn casestudien på flere ulike måter. I studien av kvalitet ved sykehjem kan man både anse de ulike aktørene som caser i seg selv, eller forståelsen av kvaliteten i sykehjemsomsorgen som en case som skal belyses med utgangspunkt i de valgte aktørene. Denne studien er konstruert rundt et triangel mellom ulike relevante aktører for sykehjemsomsorgen.

I samsvar med en abduktiv forskningstilnærming er utvelgelsen av aktører i denne studien basert på både teoretiske og empiriske standpunkt. Det teoretiske rammeverket, med translasjonsteori, implementeringsteori og bakkebyråkrati, gir grunnlag for å identifisere relevante aktører for de prosessene som skal studeres. Spesielt bakkebyråkratiske teorier viser grunnlaget for utvalget av tre aktører som står i ulike forhold til hverandre, med utgangspunkt i yrkesutøverens styringsdilemma i møte med tjenestegiver og tjenestemottaker. Her vises det offentlige til som ansvarlige for tjenestene og med politiske målsetninger, ansatte som yrkesfaglige aktører i et kryssforhold mellom det offentlige og beboer, og brukeren som mottagende part av det offentliges tjenester og de ansattes omsorgsarbeid. Samtidig viser samfunnet og tidligere studier et naturlig skille mellom de ulike aktørenes betydning og legitimitet til å definere hva som er god kvalitet i omsorgstjenestene (Brevik mfl., 2016, s. 19). I oppgavens kontekstkapittel viste jeg at det offentlige, ansatte og brukeren er viktige aktører dersom man studerer kvalitet i eldreomsorgen. Brevik mfl. (2016) viser selv til de tre aktørgruppene som grunnleggende aktører som har legitimitet i vurderingen av kvalitet. Andre relevante aktører kunne vært interessegrupper, forskere og den generelle befolkningen, da hvem som helst kan ende på sykehjem. Likevel vurderer jeg det offentlige, ansatte og brukeren som de mest aktuelle aktørene for denne oppgaven både grunnet de teoretiske implikasjonene, samt grunnet deres direkte sammenknytning til sykehjemstjenestene.

Siktemålet for oppgaven er å gjøre rede for aktørenes kvalitetsforståelser i sykehjemstjenestene, med et underliggende fokus på en samspilleffekt mellom aktørene. Fokuset på den totale sammenhengen finner man også indikatorer for i teorien. Oppgavens teoretiske rammeverk gir utgangspunkt i en forståelse hvor betydningen av samspill på ulike nivåer er viktig for den overordnede forståelsen av det teoretiske rammeverket. I avsnittet over gjennomgås ikke bare grunnlaget for utvelgelse av aktørene i seg selv, men grunnlaget for å velge aktører basert på de ulike prosessene som skal studeres. Min case er altså samspillet mellom de ulike aktørenes kvalitetsforståelser i sykehjemstjenesten.

### **4.3 Datagrunnlag**

Oppgavens casekonstruksjon baserer seg altså på forståelsen av kvalitet i norske sykehjemstjenester, med utgangspunkt i samspillet mellom det offentlige, ansatte og brukeren. I oppgaven studerer jeg tre ulike kontekster for kvalitet. Det blir da aktuelt å ta stilling til hvordan jeg kan observere de ulike kvalitetsforståelsene. For å fange opp de komplekse og potensielt varierende forståelsene hos hver aktør, vurderer jeg det som nødvendig å kombinere ulike typer data. Såkalt datatriangulering handler om å kombinere forskjellige datakilder for å best mulig redegjøre for et fenomen (Yin, 2018, s. 128). Jeg vil bruke offentlige dokumenter for å redegjøre for hvordan det offentlige indikerer kvalitet i sykehjemsomsorgen, gjennomføre semistrukturerte intervju for innsikt i ansatte kvalitetsforståelse, og studere allerede utførte studier i en dokumentanalyse av brukerens oppfattelser av kvalitet. En grundigere gjennomgang av metode, grunngivning og kritikk av fremgangsmåtene vil følge i senere avsnitt.

I oppgaven tar jeg også utgangspunkt i ulike metoder for datainnhenting, gjennom to ulike dokumentanalyser som tar for seg forskjellige typer dokumenter, og semistrukturerte intervjuer. Metodetriangulering brukes for å styrke forskningsresultatene ved å kombinere ulike metoder som skal gi bredde og dybde i datainnsamlingen. Med utgangspunkt i data- og metodetriangulering, vil datagrunnlaget bestå av en blanding av primær- og sekundærdata. (Ringdal, 2013, s. 112).

#### **4.3.1 Triangulering**

I oppgaven har jeg lagt opp til flere typer triangulering, som skal virke gjensidig oppfyllende for forskningsdesignet. Det har blitt gjennomført et utvalg av relevante aktører for å studere deres forståelser av kvalitet. Utvalget er basert på både empiriske og teoretiske implikasjoner. Det teoretiske rammeverket tar utgangspunkt i tre teorier som på ulikt vis kan forklare de ulike prosessene bak kvalitetsforståelsene, og samhandlingen mellom de ulike aktørene. Teoritriangulering brukes i denne oppgaven for å ha et dypere analysegrunnlag for de ulike prosessene som kan påvirke aktørenes kvalitetsforståelse. Det teoretiske rammeverket legger således til rette for å kunne belyse ulike helhetlige aspekter ved fenomenet *kvalitet* i sykehjem. For å belyse dette er det også lagt opp til å bruke tre ulike typer data samt ulike innhentingsmetoder.

De ulike typene triangulering er valgt med grunnlag i å kunne belyse casen på best mulig

måte. Jeg har aktivt brukt triangulering gjennom ulike deler av forskningsdesignet; når det gjelder hva jeg skal studere, teoretiske perspektiver og hvilken metode og data jeg knytter opp mot hver av endene. Dette gir best mulig utgangspunkt for å ramme inn den kommende diskusjonen av de empiriske funnene, da det gir dyptgående og flersidig innsikt i aktuelle aspekter for å forstå prosessene bak kvalitetsforståelsene. For oppgaven i seg selv har det ikke vært et mål om stadig triangulering i de ulike delene av forskningsdesignet. Basert på innsikten jeg ønsker å få fra mine valg, har det vært en naturlig utvikling hvor flere deler av oppgaven kan støttes på de ulike triangulerte plattformene.

#### **4.4 Dokumentanalyse**

Ved dokumentanalyser analyserer og tolker man relevante dokumenter, som kan være alt fra skrevet tekst, bilder eller lydfiler (Grønmo, 2016, s. 175). I dokumentanalyser analyseres sekundærdata, som er data man selv ikke har skapt. Det er her nødvendig å identifisere relevante og pålitelige dokumenter som belyser oppgavens tema. Slik min oppgaves casekonstruksjon er lagt opp, har det vært avgjørende å tilegne seg relevant data fra de ulike aktørene, for å kunne observere samspillet mellom disse. For å belyse hva det offentlige mener indikerer kvalitet har jeg valgt å gjennomføre en dokumentanalyse av ulike offentlige dokumenter. Dokumentanalyse vil også være fremgangsmåten når jeg vil gjøre rede for brukerendens kvalitetsforståelse, men med utgangspunkt i allerede gjennomførte studier på fenomenet.

##### **4.4.1 Det offentlige**

For å studere hvordan det offentlige indikerer kvalitet, anser jeg det som nødvendig å studere ulike offentlige dokumenter. Jeg anser dette som den mest hensiktsmessige metoden for datainnhenting, ettersom statlig og kommunal praksis nødvendigvis manifesterer seg i skriftlige dokumenter, som er den primære måten politikk formidles på. Ulike offentlige dokumenter vil gi innblikk i hvordan kvalitet formelt defineres, måles og reguleres. Offentlige dokumenter kan reflektere både normative og operative aspekter ved kvalitet, og kan slik gi innsikt i hva som anses som betydningsfullt for myndighetene i vurderingen av kvalitet ved sykehjem.

#### **4.4.2 Begrunnelse av valg**

I de politiske prosessene bak statens lover, retningslinjer og tiltak for å fremme kvalitet i sykehjemssektoren, er det ikke enkeltpersoner som alene utformer politikken. Hvordan det offentlige indikerer kvalitet er et komplekst spørsmål, som ikke har et enkelt eller «direkte» svar. Det er ikke en enkelt person bak de ulike offentlige indikasjonene for kvalitet, og det er ikke et enkelt dokument som kan redegjøre for det offentliges kvalitetsforståelse. Gjennom bruk av flere relevante offentlige dokumenter kan man derimot vurdere en kollektiv innsikt som ligger til grunn for utformingen av kvalitetspolitikken. Offentlige dokumenter kan gi en strukturert og detaljert beskrivelse av de forventede standardene og målsettingene hos det offentlige.

Det er mulig man ville fått et annerledes svar dersom man foretok intervjuer med offentlige personer innen sykehjemspolitikken. Dette ville derimot ikke vært hensiktsmessig av flere grunner knyttet til påliteligheten og representativiteten av svarene. Det er ikke en enkeltperson som har utformet hva kvalitet er i eldreomsorgen. Enkeltpersoners svar vil være preget av personlige meninger og erfaringer, og dersom dette ikke er hva man ønsker å studere vil intervju ikke være relevant for datainnsamling om det offentlige.

#### **4.4.3 Utvalg og analyse av dokumenter**

Relevante offentlige dokumenter kan for eksempel være lover og forskrifter, kvalitetsindikatorer, stortingsmeldinger eller veiledere for sykehjemstjenestene. Når man skal finne det offentliges forståelse av kvalitet, vil regjeringens og helsedirektoratets nettsider være svært sentralt i datainnhenting. Til dokumentanalysen brukte jeg tid på å sette meg grundig inn i det offentliges kvalitetspolitikk og relevante offentlige styringsdokumenter. Med grunnlag i forholdet mellom staten og kommunene i omsorgstjenesten, vil det være aktuelt å inkludere enkelte dokumenter fra kommunal sektor i tillegg til statlige styringsdokumenter. Jeg velger å finne dokumenter fra Bergen kommune da dette er en av Norges største kommuner, og da den kommunale lokasjonen vil samstemme med lokasjon for intervjuene. På tross av dette vil det offentliges kvalitetsforståelse bli studert med utgangspunkt i dokumenter på statlig nivå. Dette begrunnes i statens posisjon som øverst ansvarlige for omsorgstjenestene, hvor det er staten som utvikler styringsdokumenter som kommunene må forholde seg til ved utviklingen av lokale mål. De relevante dokumentene har jeg siden kodet og strukturert ved bruk av analyseverktøyet NVivo 12.



#### **4.4.4 Brukerenden**

Dokumentanalyse står også som grunnlaget for å analysere brukerendens kvalitetsforståelse. Selv om den metodiske tilnærmingen er den samme som for det offentlige, er typen dokumenter svært ulik. I denne dokumentanalysen vil jeg ta utgangspunkt i tidligere empiriske studier av brukerendens forståelse av kvalitet.

Begrunnelsen for valg av dokumentanalyse som best egnet metode for å kaste lys over brukerendens forståelse, er svært ulik begrunnelsen for det offentlige. Å intervju beboere ved sykehjem og deres pårørende kan være utfordrende av flere grunner. Mange beboere ved sykehjem kan være i sårbare situasjoner grunnet deres fysiske og mentale helse. Ikke alle ville vært egnet for å delta i intervjuer, for eksempel grunnet utfordringer ved å uttrykke seg eller ubehag ved intervjuprosessen. Mange beboere ved sykehjem lider av demens eller andre kognitive svekkelser. Basert på dette ville det vært mange potensielle etiske utfordringer knyttet til gjennomførelsen av intervjuene, samt til beboernes mulighet til å gi informert samtykke til å delta i intervjuprosessen. Når det gjelder pårørende vil det også være utfordrende å balansere deres tid og tilgjengelighet. Pårørende kan ha begrenset tid til å delta i intervjuer. I tillegg kan pårørendes oppfatninger være preget av emosjonelle belastninger knyttet til deres nærmestes situasjon. Oppsummert vil både etiske hensyn, den praktiske tilgangen til brukerenden samt tidsmessige begrensninger gi grunnlag for valget av datamateriale fra allerede utførte undersøkelser.

Grunnlaget for å inkludere pårørendes forståelse av kvalitet, og ikke beboernes oppfattelse alene kommer også frem av samme begrunnelse. Mange beboere ved sykehjem er ikke i stand til selv å formidle sine tanker og opplevelser grunnet deres kognitive tilstand. Da vil pårørende kunne ha aktuelle synspunkt om kvalitet ved sykehjem, gjennom deres innsikt i deres nærmestes hverdag. Deres erfaringer med kommunikasjon og samhandling med sykehjemmets personale og ledelse vil også kunne gi verdifull innsikt. Ved å inkludere undersøkelser med både beboere og pårørende, får forskningen en mer helhetlig og nyansert inntrykk av brukerendens forståelse av kvaliteten i sykehjemsomsorgen.

#### **4.4.5 Utvalg og analyse av dokumenter**

Her har det vært aktuelt å identifisere studier som har gjort rede for hva brukerenden definerer som kvalitet, eller deres tilfredshet og hva denne bygger på. Det finnes mange studier av brukerendens vurdering av hvordan kvaliteten ved sykehjem er. Her har det vært nødvendig å

være selektiv i utvelgelsesprosessen, for å sikre at jeg tar utgangspunkt i studier som faktisk gir uttrykk for *hva* brukeren mener bør ligge til rette som kvalitet i sykehjemstilværelsen. Til forskjell fra de andre datagrunnlagene har jeg ikke her tatt utgangspunkt i å belyse de ulike dimensjonene. Jeg har selv ikke utført studiene og ønsker ikke å la valget av studier påvirkes av de utarbeidede dimensjonene, da dette kunne ført til at relevante studier ble valgt bort på grunnlag av at de ikke inkluderer disse. Dataen for brukerens kvalitetsforståelse presenteres i empiriens Del 3, og vil være kortere enn både Del 1 og Del 2. For å redegjøre for det offentlige og ansattes kvalitetsforståelse må jeg selv utforske og tolke dokument, samt gjennomføre fysiske intervjuer. Dette krever mer tid og ressurser for å kunne gi et reelt bilde av aktørenes kvalitetsforståelse. I Del 3 finner jeg derimot relevante studier som har gjort denne jobben på forhånd, og jeg velger derfor å gi en kortere presentasjon av de representative studier for brukerens kvalitetsforståelse.

Siden denne oppgaven har tatt utgangspunkt i norsk kontekst, har jeg også tatt utgangspunkt i å finne studier av brukeren ved norske sykehjem. På tross av dette så jeg det som relevant å inkludere to større svenske undersøkelser, som inkluderte en grundig gjennomgang av kvalitativ og kvantitativ data for å belyse brukerens kvalitetsforståelse. Det har ikke vært et poeng å skille mellom kvalitative og kvantitative studier, da grunnlaget for valg av studier har falt på hva de kan fortelle om brukerens forståelse av kvalitet. De fleste studiene som viste dette fokuset var kvalitative studier hvor pårørende var intervjuet, med unntak av de to svenske studiene som kombinerer kvalitative og kvantitative data.

Relevante studier ble tilegnet gjennom grundig datasøk i ulike databaser som Oria, Google Scholar og Web of Science, i en lignende fremgangsmåte som ved oppgavens litteraturgjennomgang. Videre ble de ulike studiene kodet gjennom bruk av NVivo.

#### **4.5 Intervju**

I tillegg til dokumentanalyse er intervju en svært utbredt metode innen kvalitativ forskning (Yin, 2018, s. 118). Der man i dokumentanalyser arbeider med sekundærdata, innhenter man gjennom bruk av intervju egne primærdata direkte fra kilden. Primærdata fra intervju vil være gunstig dersom studien trenger informasjon direkte fra ulike informanter. Man kan skille mellom ulike typer intervju, men den mest utbredte er semistrukturerte intervju.

Semistrukturerte intervju har en fleksibel struktur som gir forskeren mulighet til å tilpasse

spørsmål underveis i utspørringen, og hvor man aktivt kan følge opp aktuelle emner som kan komme opp underveis i forløpet av intervjuet.

Intervju kan brukes til å få grundig innsikt i informantenes egne perspektiver og opplevelser om et fenomen eller emne. I et komplekst forskningsemne som kvalitet vil intervju være gunstig for å få innsikt i sykehjemansattes oppfatning av dette. I sykehjemskonteksten står de ansatte som et mellompunkt mellom det offentlige og brukeren. Det teoretiske rammeverket viser betydningen av de ansatte for sykehjemsomsorgen, som kontaktpunktet mellom det offentliges retningslinjer og brukernes erfaringer. Sykehjemsansatte spiller en avgjørende rolle i daglig drift og omsorg, og deres opplevelser og oppfatninger kan gi dyp innsikt i hvordan kvalitet praktiseres og oppleves på bakkenivå. Til forskjell fra det offentlige, som må uttrykke hva som skal indikere kvalitet gjennom nedskrevne offentlig dokumenter, dokumenteres ikke «tjenesteproduksjonen» på samme måte. Teori og praksis kan være svært ulikt i arbeidshverdagene, og således vil kvalitative intervju gi best mulig innsikt til de ansattes subjektive forståelse av kvalitet.

#### **4.5.1 Rekrutteringsprosessen**

Ved gjennomførelse av intervju er selve rekrutteringsprosessen avgjørende for utfallet av intervjuene (Rapley, 2004, s. 17). Som utgangspunkt ønsket jeg å foreta intervju med ansatte ved både offentlige og private sykehjem i Bergen kommune. Jeg anser det som gunstigst å gjennomføre semistrukturerte intervju for å få innsikt i de ansattes forståelser av kvalitet. Dette medfører at jeg har valgt Bergen kommune som lokasjon for intervjuene. Gjennomføringen av intervju i denne kommunen blir vurdert som mest effektivt på grunn av lokal stedsnærhet. Bergen kommune fungerer dermed ikke som case i denne studien, da byen er valgt utelukkende som en metode for datainnsamling.

Bergen Kommune er en av åtte kommuner som er med i Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, et samarbeid mellom kommunene og forskningsinstitusjoner for å fremme innovasjon og forskning på tjenestene (Bergen Kommune, 2024). For å få tillatelse til å forske på offentlige sykehjem i Bergen kommune må det sendes en forskningshenvendelse til Kunnskapskommunen, som beslutter om aktuell etat (her: Etat for sykehjem) ønsker å delta i forskningsprosjektet. En forskningshenvendelse med utarbeidet prosjektbeskrivelse, samtykkeerklæring, godkjenninger og intervjuguide ble sendt til Kunnskapskommunen. Selv

om private sykehjem er underlagt kommunen, kunne disse kontaktes fritt, og dermed sendte jeg ut et flere eposter (vedlegg 1) til private sykehjem. Disse ble valgt basert på strategisk utvalg basert på tilgjengelig informasjon på deres nettsider samt beliggenhet. Epostene inneholdt en kort prosjektbeskrivelse og informasjon om anonymisering av sykehjem og intervjuobjekt. Etter noen uker takket Etat for sykehjem i Bergen nei til å være med i studien, men jeg fikk da sendt henvendelsen videre til de andre kommunene i Kunnskapskommunen. Basert på det første avslaget vurderte jeg det som aktuelt å sende ut flere eposter til de fleste av de private sykehjemmene i Bergen Kommune. De fleste private sykehjemmene i Bergen ble dermed kontaktet, med unntak av sykehjemmene med spesifikke medisinske fokus, da jeg vurderte at deres svar kunne være preget av dette.

Etter noen uker fikk jeg avslag fra resten av kommunene i kunnskapskommunen, men fikk også etter hvert svar fra private sykehjem. Svarene fra private sykehjem endte i totalt seks sykehjemsansatte i forskjellige stillinger som sa seg villig til å la seg intervju. I mitt forskningsarbeid har jeg ønsket informanter fra lederroller og fra bakkenivå ved sykehjem, for å kunne sammenligne deres holdninger. Dette kan gi innsikt i eventuelle forskjeller eller likheter i kvalitetsforståelsene basert på deres ulike posisjoner i sykehjemsarbeidet. De fleste som jobber ved sykehjem er helsefagarbeidere og hjelpepleiere, mens 28 prosent av de ansatte er utdannede sykepleiere. Basert på at dette er de to største yrkesgruppene, og at begge jobber i tett kontakt med beboerne, har jeg vurdert at det vil være gunstig å inkludere begge yrkesgruppene i intervju da dette gir grunnlag for et bredt spekter av erfaringer og perspektiver. De resterende ansatte er i størst grad ufaglært pleiere (Førland, 2023).

<b>Informant</b>	<b>Sykehjemssektor</b>	<b>Stillingstittel</b>
Informant 1	Privat sykehjem	Avdelingsleder for sykepleiere
Informant 2	Privat sykehjem	Helsefagarbeider og assisterende avdelingsleder
Informant 3	Privat sykehjem	Leder for Kompetansesenteret og avdelingsleder kvalitet og terapi
Informant 4	Privat sykehjem	Avdelingssykepleier
Informant 5	Privat sykehjem	Sykepleier
Informant 6	Privat sykehjem	Helsefagarbeider

**Tabell 2** – Oversikt over informanter

Intervjuobjektene er presentert i tabell 2. Alle informantene jobber ved private sykehjem, og har forskjellige stillinger. Fire av informantene er utdannet innen sykepleien, og to som helsefagarbeider. Dersom det ikke hadde vært en begrensning i mengden respons på henvendelsene om forskningsprosjektet, ville jeg ønsket en jevnere fordeling av helsefagarbeidere og sykepleiere. Likevel vurderer jeg utvalget som relevant for denne studien, da både sykepleiere og helsefagarbeidere jobber tett på beboerne og deres pårørende. Alle intervjuobjektene jobber ved private sykehjem i Bergen. Selv om jeg opprinnelig ønsket en blanding mellom private og offentlige sykehjem vurderer jeg også dette aspektet ved studien som relevant da de private sykehjemmene er underlagt de samme retningslinjene og standardene som offentlige. Private aktører må drive sine sykehjem i henhold til de samme statlige reguleringene, og de ansattes forståelse av kvalitet samt forhold til det offentliges krav vil dermed antas å være det samme.

#### **4.5.2 Gjennomføring av intervjuene**

Parallelt med rekrutteringsprosessen har det vært nødvendig å utvikle ulike dokumenter for planlegging og forberedelse til gjennomførelsen av intervjuene. Dette inkluderte blant annet intervjuguide og samtykkeerklæring. Intervjuguiden (vedlegg 3) skal fungere veiledende under selve intervjuprosessen. Ved utviklingen av denne fokuserte jeg på å innhente mengder med bakgrunnsinformasjon, for å være best mulig forberedt til hvert intervju. Intervjuguiden fikk en naturlig inndeling etter tema jeg regnet som aktuelle for oppgaven, som gjenspeiler seg i utviklingen av de operasjonaliserte dimensjonene som ble utarbeidet på samme tid. Jeg tilpasset fire ulike intervjuguider basert på hvilken stilling informanten hadde; *helsefagarbeider, sykepleier, leder for sykepleierne og leder for kompetanse og kvalitet*. Tross utviklingen av ulike intervjuguider, hadde jeg et stort fokus på at de skulle være så lik som mulig for å ha best mulig grunnlag til å sammenligne svarene, og det er dermed svært små forskjeller i de ulike guidene. Til flere av spørsmålene inkluderes det også potensielle oppfølgingsspørsmål, for å belyse eventuelle viktige temaer.

Samtykkeerklæring er også et essensielt dokument i forberedelsene til intervjuene.

Samtykkeerklæringen ble utarbeidet med utgangspunkt i tidligere studenters skjema, med modifiseringer basert på denne studien. Å ha en god samtykkeerklæring er avgjørende for å dokumentere at informantene frivillig velger å delta i studien, og for å gi dem oversikt over ulike rettigheter. I min samtykkeerklæring (vedlegg 2) inkluderte jeg blant annet en

beskrivelse av studien og dens formål, muligheten til å trekke seg fra studien, informasjon om lydopptak, personvern og anonymisering. Alle informantene fikk tilsendt samtykkeerklæringen på forhånd.

For at informantene skulle være mest komfortable i intervjusituasjonen fikk informantene bestemme hvor og når intervjuene skulle ta plass. Ved det fysiske møtet fikk informantene lese gjennom en papirversjon av samtykkeerklæringen, skrive under og stille spørsmål etter behov før intervjuet satt i gang. Etter intervjuene var gjennomført ble lydfilene lagret i programvaren SAFE, for beskyttelse av filene.

### **4.5.3 Etiske hensyn**

Når man gjennomfører intervju som metode for datainnsamling er etiske hensyn avgjørende for forskningsprosessen. I en forskningsstudie om kvalitet vil de ansattes personlige opplevelser, erfaringer og meninger om forhold ved egen arbeidsplass studeres. Dette kan være vanskelig for informantene å snakke fritt om, og det er dermed essensielt å sikre anonymitet og beskytte personlige opplysninger (Yin, 2018, s. 88). Dette er særlig viktig i en arbeidssituasjon hvor ansatte kan være bekymret for at deres meninger og erfaringer kan påvirke deres jobb. All persondata foruten arbeidsstilling og det faktum at de arbeider for et privat sykehjem i Bergen er utelukket fra studien. Intervjuobjektene tiltales kjønnsnøytralt, etter «Informant #». Anonymisering og håndtering av personopplysninger redegjøres for både i eposten til sykehjemmene og i samtykkeskjemaet.

Samtykkeskjema underskrives av intervjuobjektet før intervjustart, og informanten får opplyst om sin rett til å trekke seg til enhver tid. Når man gjennomfører semistrukturerte intervju bør det være mest mulig åpenhet mellom forsker og informantene (Grønmo, 2016, s. 169).

Dermed er det nødvendig å gi informantene all informasjon de trenger for å kunne ta en velinformert beslutning om å delta som intervjuobjekt (Yin, 2018, s. 88). Det er derfor lagt stor vekt på utviklingen av samtykkeskjemaet, for å informere om studien og informantenes rettigheter. Beslutningene om å delta skal være basert på at informantene har fått muligheten til å sette seg inn i studien og hva det vil innebære å være med.

Gjennom å respektere informantenes rettigheter, fremme åpenhet og informert samtykke, anonymitet og å legge til rette for en situasjon hvor informantene selv kan være komfortable,

vurderer jeg de etiske hensynene ivaretatt. Prosjektet er også meldt inn til Universitet i Bergens personvernombud, RETTE, i forkant av intervjuprosessen.

#### **4.6 Datakvalitet – Validitet og reliabilitet**

I delkapitlene over er forskningsdesignet for denne studien gjennomgått, inkludert de ulike valgene som er tatt for å best belyse problemstillingen. Til slutt er det essensielt å vurdere oppgavens datakvalitet gjennom å diskutere validitet og reliabilitet. Man kan skille mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hvor godt man måler det man ønsker å studere, og viser dermed til om det er reell årsakssammenheng (Gerring, 2017, s. 195-196). Det er derfor avgjørende at man foretar seg riktige operasjonaliseringer ved gjennomføring av datainnhenting. I denne studien er det aktørenes kvalitetsforståelse som skal redegjøres for. Det er ikke et formål å operasjonalisere kvalitet på forhånd, da hensikten med oppgaven er å få innsikt i hvordan aktørene selv operasjonaliserer kvalitet. Jeg har definert ulike dimensjoner som vil hjelpe å gi innsikt i forskjellige aspekter ved kvalitet og organiseringen i sykehjem, men disse kan ikke anses som en operasjonalisering av studieobjektet. Gjennom intervjuprosessen har jeg hatt mulighet til å spørre ulike spørsmål om informantenes kvalitetsforståelse, og har derfor fått direkte svar på dette. Når det gjelder offentlig kvalitetspolitikk vil den indre validiteten styrkes dersom jeg velger ut relevante dokumenter som gir grunnlag for å beskrive hvordan det offentlige indikerer kvalitet. Denne prosessen har vært grundig, hvor innflytelsesrike dokumenter har hatt mye å si for hvordan kvalitetsforståelsen beskrives. Jeg har valgt ut flere ulike dokumenter som viser til de samme funnene, som er en taktikk for å sikre intern validitet (Yin, 2018, s. 43). Det samme er gjort med dokumentanalysen av tidligere forskningsstudier med brukeren, hvor flere av studiene viser de samme tolkningene og kvalitetsforståelsene.

Når det gjelder ekstern validitet refereres det til om funnene kan generaliseres (Gerring, 2017, s. 219). Ved casestudier vil man sjelden kunne generalisere utover det valgte fenomenet, og generalisering vil som regel heller ikke være et mål i seg selv. I denne studien kan ikke det empiriske materialet generaliseres til allmenne sannheter. Likevel kan en studie som denne gi en pekepinn på funn som kan være relevant for andre studier. Basert på studiens funn er det mulig å trekke generelle linjer mellom empiri og teori, som også kan være relevant for andre studier og dermed ha en form for overførbar verdi.

Når man vurderer oppgavens reliabilitet studerer man datamaterialets pålitelighet (Bukve, 2021, s. 104). Reliabilitet kan knyttes opp mot et transparent forskningsdesign, hvor forskeren legger opp til at studien skal kunne etterprøves. God dokumentering og åpenhet om forskningsprosessen er viktig da man sjelden vil kunne gjennomføre en studie flere ganger (Yin, 2018, s. 46). Gjennom hele oppgaven har jeg bevisst grunnlagt ulike valg, samt redegjort for fremgangsmåten ved datainnhentingene. Valg som å utvikle intervjuguider med faste spørsmål og å bruke samme koding i de ulike dokumentene fra det offentlige, vil bidra til en studie med høy reliabilitet.

#### **4.7 Vurdering av metoden**

I gjennomgangen av dette kapitlet har jeg gitt grunnlaget for de ulike valgene som er tatt i oppgavens forskningsdesign. De forskjellige formene for triangulering er bevisste valg som samlet skal belyse casen på best mulig måte. Det er likevel behov for å diskutere om de ulike tilnærmingene til datainnsamling kan påvirke sammenligningsmulighetene som jeg legger opp til i denne studien. Forskjellige metoder for datainnhenting kan gi ulike svar hos aktørene. Jeg har argumentert for bruken av metodene, hvor jeg anser de valgte metodene som mest gunstig for datamaterialet oppgaven vil baseres på. Dersom studien hadde vært empirisk drevet uten teori, hadde det vært behov for å stille spørsmål ved muligheten for å sammenligne de ulike datakildene. Ved å inkludere en teoribasert tilnærming kan jeg imidlertid ramme inn dataene på en måte som gjør dem sammenlignbare til tross for metodologiske forskjeller. Det teoretiske rammeverket kan gi utgangspunkt for å integrere de ulike funnene gjennom å identifisere mønstre og funn på tvers av dataene, og dermed gjøre det mulig å sammenligne de forskjellige forståelsene av kvalitet. Ved å kombinere den teoretiske trianguleringen med data fra offentlige styringsdokumenter, intervjuer med ansatte og eksisterende forskning på brukerens oppfatninger, vil jeg altså kunne analysere samspillet mellom aktørenes kvalitetsforståelser.



## **5.0 Empiri: Staten, organisasjonen og individet**

I denne delen av oppgaven skal jeg presentere det empiriske datamaterialet. Jeg har valgt å dele kapittelet i tre hoveddeler basert på problemstillingen og de tre aktørene i kvalitetstriangelet. Den første delen vil inneholde en gjennomgang av relevante offentlige styringsdokumenter, lover og forskrifter. Dette skal gi grunnlag for å belyse hva det offentlige legger til grunn for i sin forståelse av kvalitet i sykehjemstjenestene. I tillegg til kvalitetsforståelse vil empiriens Del 1 ta sikte på å kaste lys over de resterende dimensjonene, som jeg har presentert: Kvalitetsutvikling, kvalitetsstandarder, skjønnsutøvelse, samt beboeres og pårørendes betydning. Basert på denne oppdelingen vil det legges til rette for en komparativ analyse av de ulike aktørenes oppfatninger. Dette fokuset kan hjelpe å identifisere mønstre, avvik og kryssende oppfatninger av kvalitet mellom det offentlige, ansatte, og brukeren. Selv om kapittelet vil deles inn etter dimensjonene, vil det likevel være overlappende informasjon om dimensjonene. Dette er en forventet følge av det komplekse datagrunnlaget, og oppgavens diskusjonsdel vil hjelpe å oppsummere funnene fra empirikapittelet.

Påfølgende delkapittel, som tar for seg de empiriske resultatene fra intervjuene med ansatte, vil også følge et kategorisk oppsett basert på hver dimensjon som skal belyses. Dette vil skape et naturlig sammenligningsgrunnlag for oppgavens kommende analysedel. Kapittelets Del 3 om brukeren av triangelet vil se noe annerledes ut. Dette bunner i at datamateriale vil samles gjennom dokumentanalyser av tidligere forskningsstudier av hvordan beboere og pårørende forstår kvalitet. Da jeg selv ikke har utført undersøkelsene, har jeg ikke lagt til rette for å lete etter svar langs dimensjonene i Del 3.

## **Del 1 – Det offentliges kvalitetsforståelse**

### **5.1 Statlige operasjonaliseringer av kvalitet**

Regjeringen har en egen side hvor de gjør rede for *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Her vises det til Helsedirektoratets definisjon av tjenester av god kvalitet (Regjeringen, 2022a):

- *er virkningsfulle,*
- *er trygge og sikre,*
- *involverer brukerne og gir dem innflytelse,*
- *er samordnet og preget av kontinuitet,*
- *utnytter ressursene på en god måte*
- *og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.*

Dette er den offisielle definisjonen på god kvalitet i helse- og omsorgssektoren, som stammer fra Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring fra 2005.

Operasjonaliseringen av kvalitet er gjengitt i samtlige offentlige dokumenter som omfatter kvalitet i omsorgstjenestene. Som nevnt samsvarer dimensjonene med internasjonale standarder av blant annet WHO og OECD om hva kvalitet i tjenestene skal være.

Dimensjonene er en overordnet og generell definisjon av hva kvalitet i helse- og omsorgstjenestene skal være, og det er dermed aktuelt å studere hvordan det offentlige operasjonaliserer dimensjonene i sin utvikling av kvalitetsindikatorer, samt relevante lover og forskrifter.

På regjeringens nettsider henvises det videre til Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer. På Helsedirektoratets nettside om *Kvalitet og kvalitetsindikatorer* fremstilles også de samme dimensjonene for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2022). De nasjonale kvalitetsindikatorerne skal hjelpe å måle dimensjonenes ulike aspekter av kvalitet. Helsedirektoratets ansvar i å utvikle og forbedre de nasjonale kvalitetsindikatorerne er festet i Helse- og omsorgstjenestelovens (2011) §12-5. Her står det også at de nasjonale kvalitetsindikatorerne skal fungere som hjelpemiddel for kvalitetsforbedring, samt ledelse. Helse og omsorgstjenesteloven inneholder lite materiale som omtaler kvalitet på et generelt nivå. Selv om loven tar sikte på å «sikre tjenestetilbudets kvalitet» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1), tilbys det ingen definisjon som klargjør hva som ligger i begrepet kvalitet. Paragraf §4-2 viser til at alle som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for kvalitetsforbedring. Utenom dette er lovens §12-5 relevant da den redegjør for Helsedirektoratets plikt til utvikling, formidling og vedlikehold av nasjonale

faglige retningslinjer og veiledere.

### **5.1.1 Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer**

Per dags dato har Helsedirektoratet utviklet 23 av indikatorer under kategorien *Kommunale helse- og omsorgstjenester* (Helsedirektoratet, u.å.). Helsedirektoratet skiller disse fra «allmennlegetjenestens» indikatorer, selv om legetjenesten er et kommunalt tilbud. Dette kan være for å skille det medisinske fokuset i allmenntjenesten mot resten av indikatorene som omhandler tjenestetilbudene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette vil jeg ikke inkludere disse, da de vil kunne vinkle dokumentanalysen i en mer medisinsk forståelse av kvalitet.

Av de kommunale helse- og omsorgstjeneste indikatorene, vurderer jeg syv indikatorer som relevante for eldre beboere som har innvilget langtidsplass ved sykehjem. Dette ekskluderer indikatorer som tar for seg for eksempel rehabilitering av beboere med tidsbegrenset opphold, og ventetid på sykehjems plass. Ikke alle de valgte indikatorene refererer direkte til sykehjemsinstitusjoner, men jeg velger likevel å ta med de som vil inkludere langtidsplasser ved sykehjem i sitt fokusområde. De syv relevante indikatorene er (Helsedirektoratet, u.å.):

- Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC
- Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon
- Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem
- Legetimer per beboer i sykehjem
- Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 månedene
- Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 månedene
- Fagutdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester

Den første opplistede indikatoren handler om målet om at alle med langtidsplass på institusjon skal få bo på et alenerom, med eget bad og toalett. Alle kvalitetsindikatorene har egne nettsider hos Helsedirektoratet med beskrivelse av- og informasjon om indikatorene. I det tilhørende beskrivelsesdokumentet til hver indikator, defineres hvilken primær, og eventuelt sekundær, dimensjon av kvalitet de ulike indikatorene faller inn under. I tillegg vises det til indikatortypen hvor det skilles mellom struktur-, prosess- og resultatindikatorer, som kan sees i sammenheng med Donabedians tredelte tilnærming til kvalitet.

Indikator	Type indikator	Primær dimensjon av kvalitet	Sekundær dimensjon av kvalitet
Brukertilpasset enerom med bad	Struktur	Tilgjengelig og rettferdig fordelt	Samordnet og preget av kontinuitet
Oppfølging av risiko for underernæring	Prosess	Trygge og sikre	-
Legemiddelgjennomgang siste 12 måneder	Prosess	Trygge og sikre	-
Legetimer per beboer	Struktur	Tilgjengelig og rettferdig fordelt	Samordnet og preget av kontinuitet
Vurdert av lege siste 12 måneder	Prosess	Tilgjengelig og rettferdig fordelt	-
Vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder	Prosess	Tilgjengelig og rettferdig fordelt	-
Fagutdanning i helse- og omsorgstjenestene	Struktur	Tilgjengelig og rettferdig fordelt	Trygge og sikre

**Tabell 3** – Oversikt over nasjonale kvalitetsindikatorer om den kommunale sykehjemstjenesten (Helsedirektoratet, u.å.)

Indikator om enerom med bad faller inn under dimensjonen «Tilgjengelig og rettferdig fordelt» og sekundær dimensjon «Samordnet og preget av kontinuitet» (Helsedirektoratet, 2023a). Indikatoren skal gi et inntrykk av boforholdene for beboere på institusjon.

Helsedirektoratet begrunner indikatoren med at den måler om kommunene oppfyller flere av kravene i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (2003) (Helsedirektoratet, 2023a). Denne forskriften vil også være nødvendig å studere i lys av det offentliges forståelse av kvalitet.

### 5.1.2 Kvalitetsforskriften

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskriften) tar sikte på å «bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester (...) får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §1). Selv

om forskriften ikke direkte henviser til en forståelse hvor  $x=kvalitet$ , er det rimelig å anta at forskriftens innhold henviser til hva staten anser å legge til rette som «kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting» (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). I forskriften listes det opp ulike overordnede «innhold i tjenestene» som kommunen skal sikre. Her pekes det på at brukere skal få rett tjeneste til rett tid, helhetlig og samordnet tilbud, samt inkludering av brukere og pårørende for utvikling av tjenestetilbudet (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Videre i paragrafen vises det til en rekke «utgangspunkt» som skal sikre brukernes grunnleggende behov. Disse kan sies å være et utgangspunkt for kvalitetssikringen som forskriften legger til grunn (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Her omtales flere punkter, som noen kan sammenlignes med ulike indikatorer:

- Respekt, forutsigbarhet og trygghet i tilbudet
- Selvstendighet
- Tilstrekkelig og riktig næring
- Sosiale behov, inkluderer samvær, aktiviteter og fellesskap
- Følge døgnrytmer og unngå unødvendige sengeopphold
- Muligheten til privatliv
- Hygiene og eget toalett
- Å kunne ivareta egenomsorg
- Verdig livsavslutning i trygge omgivelser
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling
- Nødvendig tannbehandling
- Tilretteleggelse for demensrammede
- Hjelp ved måltid og bekledning
- Eget rom ved langtidsopphold
- Varierte og tilpassede aktiviteter

Over har jeg ramset opp en kortversjon av de ulike elementene (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). Respekt og selvstendighet vises her som grunnleggende behov for dem som tar imot helse- og omsorgstjenestene. Den individuelle planen, med tilpasning etter behov, går også igjen i mange av punktene. Nødvendigheten av aktiviteter presiseres i flere punkter, som skal fremme sosial kontakt, samt være tilpasset den enkeltes situasjon.

### 5.1.3 Verdighetsgarantien

Helsedirektoratet skriver at indikator for enerom med eget bad og WC er til for å vurdere om kommuner oppfyller de ulike kravene (Helsedirektoratet, 2023a). I dette tilfellet skal enerom bidra til selvstendighet, normal døgnrytme, mulighet til privatliv, hygiene og eget toalett og verdig livsavslutning i trygge omgivelser. En slik strukturindikator skal henvise til kvaliteten ved ressurser og tilgjengeligheten innad i sykehjemmet. Flere kvalitetsindikatorer er nedfelt i det norske lovverket for å følge opp og måle de ulike kvalitetsmålsetningene. En relatert forskrift til Kvalitetsforskriften er Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien). Forskriften har som formål å sikre en verdig, trygg og meningsfull eldreomsorg (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §1). Den legger vekt på individuell tilpasning av omsorg i tråd med den enkeltes behov og livsførsel. Der Kvalitetsforskriften har et bredere anvendelsesområde i helse- og omsorgstjenester, retter Verdighetsgarantiforskriften seg spesifikt mot eldreomsorgen. I likhet med Kvalitetsforskriften ramses det opp ulike hensyn som tjenestetilbudet skal innrettes etter for å oppnå «respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverdi og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt» (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §3):

- Riktig og forsvarlig boform
- Godt kosthold
- Tilretteleggelse for størst grad av normalt liv
- Samtaler om eksistensielle spørsmål
- Verdig død
- Hjelp til å bevare mulighet til å fungere i hverdagen, bidra til rehabilitering
- Faglig forsvarlig oppfølging av relevant personell
- Enerom
- Par får bo sammen

Kortversjonen av de ulike punktene viser at flere minner om dem man finner i Kvalitetsforskriften, og understreker dermed flere av kvalitetsmålene som tas opp i begge forskriftene. *Verdighet, trygghet og meningsfullhet* er alle overordnede punkter som går igjen i begge. I sammenheng med kvalitetsindikatorene, vil det være aktuelt å sammenligne Helsedirektoratets indikatorer opp mot Verdighetsgarantien og Kvalitetsforskriften.

Neste kvalitetsindikator omhandler oppfølging av risiko for underernæring. Indikatoren måler hvor stor andel av beboere over 67 år på langtidsopphold i institusjoner som har blitt evaluert

for risiko for underernæring i løpet av det siste året (Helsedirektoratet, 2023g). Dette er en prosessindikator, og man kjenner igjen målet i både Kvalitetsforskriften og Verdighetsgarantiens punkter om tilstrekkelig og variert kosthold. Indikatoren skal måle kvalitet innen «trygge og sikre» tjenester. Indikator om legemiddelgjennomgang er også til for å måle denne dimensjonen av kvalitet. Indikatoren måler hvor mange beboere over 67 år ved langtidsopphold på institusjon som har hatt en legemiddelgjennomgang i løpet av det siste året (Helsedirektoratet, 2023f). Da eldre i stor grad er avhengig av ulike legemidler, er muligheten for feilmedisinering og unødvendig bruk av legemidler stor. Både oppfølging av underernæring og riktig legemiddelbruk er innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet *I Trygge Hender*.

Innunder I Trygge Henders innsatsområder er begge indikatorene under mål om å «Forebygge pasientskader» (I trygge hender, u.å). På samme måte bygger også følgende indikatorer på lignende premisser: legetimer per beboer, vurdert av lege og vurdert av tannhelsepersonell det siste året (Helsedirektoratet, 2023c) (Helsedirektoratet, 2023d) (Helsedirektoratet, 2023e). De tre indikatorene faller alle under kvalitetsdimensjonen *tilgjengelig og rettferdig fordelt*. Mens indikator om legetimer per beboer viser til gjennomsnittlige legetimer per beboer hver uke, viser den andre indikatoren tilgangen til lege for den enkelte beboer, og Helsedirektoratet beskriver at disse må sees i sammenheng av hverandre (Helsedirektoratet, 2023d). Indikatorene om vurdering av lege og tannhelsepersonell de siste 12 månedene, kan begge sees i sammenheng med den siste indikatoren om fagutdanning i omsorgstjenestene som viser til andel årsverk med utdanning innen helse- og sosialfag (Helsedirektoratet, 2023b). Indikatoren faller innunder kvalitetsdimensjonen *tilgjengelig og rettferdig fordelt*, og viser til behovet for avansert og tverrfaglig fagkompetanse i møte med de individuelle behovene og sammensatte tjenestene ved sykehjem.

Man kan argumentere for at Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer, Kvalitetsforskriften og Verdighetsgarantien gir uttrykk for en form for operasjonalisering av kvalitet.

Kvalitetsindikatorerne fungerer som målbare verdier for enkelte kvalitetsaspekt ved omsorgstjenestene. Disse kan ha problemer med å vise en bred oppfattelse av den subjektive «hverdagskvaliteten». De målbare kvalitetsindikatorerne er ikke tilstrekkelig til å gi et overordnet bilde av kvaliteten ved sykehjem indikert av det offentlige. Man kan likevel inkludere dem når man også studerer andre dokumenter, i en sammenlagt og større

sammenheng. Det er dermed også nødvendig å finne dokumenter hvor det offentlige indikerer kvalitet ved sykehjem.

#### **5.1.4 Kvalitetsreformen - Leve hele livet**

I 2018 ble kvalitetsreformen «Leve hele livet», basert på Meld St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, godkjent for gjennomførelse i perioden 2019-2023 (KS, 2021). Satsingen skal jobbe mot økt kvalitet i livet og tilbud til eldre, og slik skape et mer aldersvennlig Norge (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 7). Reformen viser til fem innsatsområder: Et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Ikke alle av reformens satsningsområder er like relevante for beboere med langtids plass ved sykehjem. Blant de mest relevante av reformens mange mål og innsatsområder er ernæringsarbeid, helsehjelp, personsentrert tilnærming, faste rammer og kompetanse (Meld. St. 15 (2017-2018)). Brukermedvirkning er en særlig gjennomgående faktor i flere deler av reformen. Selvbestemmelsesrett og et brukerfokus kan kjennes igjen i flere av reformens fokusområder. Kompetanseløft vises også til som et essensielt mål i reformarbeidet. Gjennom blant annet god rekruttering, heving av kompetanse og tilretteleggelse for tjenesteutvikling, står kompetanseløft som et mål for å forbedre de ulike tjenestene, inkludert sykehjemstjenesten (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 62).

De ulike innsatsområdene og målene er ikke ukjente fra tidligere statlig forbedringsarbeid. I Sosial- og helsedirektoratets «Kvalitetstrategien – Og bedre skal det bli ...!» fra 2005 omtales også dimensjonene for god kvalitet som mål for strategien. Allerede her forekommer et fokus på brukerperspektivet, med mål om å «styrke brukeren» som et av fem innsatsområder (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 34). Kompetanseheving kan også knyttes opp mot strategiens andre og fjerde innsatsområde, å «styrke utøveren» og «styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 34).

Meld. St. 15 knytter ikke de ulike innsatsområdene, målene eller utfordringene opp mot de ulike kvalitetsdimensjonene, men man kan likevel plassere ulike deler av reformen opp mot disse. På samme måte som i 2005 gjenspeiler en økt brukerorientering kvalitetsdimensjonen *involverer brukere og gir dem innflytelse*, og innsatsområdet «sammenheng i tjenestene» kan kobles opp mot *er samordnet og preget av kontinuitet*.



Tross reformens målsetninger viser sluttevalueringen for reformen at hovedfokuset underveis skiftet «fra kvalitet i tjenestene» til «forebygging, mestring og samfunnsplanlegging» (Helsedirektoratet, 2024). Helsedirektoratet viser til at denne endringen er drevet fra kommunalt nivåbasert på kommunenes erfaringer og behov. Rapporten for evalueringen av reformen viser til at den kan forstås både som top-down og bottom-up, basert på toppstyring i kombinasjon med at arbeidet skal «vokse opp nedenfra» (Zeiner mfl., 2024, s. 27).

### **5.1.5 Bergen kommunes temaplan: «Omsorg med kunnskap»**

Med utgangspunkt i Leve hele livet-reformen, foretok bystyret i Bergen i 2021 en revisjon av den allerede foreliggende temaplanen fra 2016 *Omsorg med kunnskap – Plan for helseinstitusjoner og boliger med heldøgnsbemanning i Bergen kommune 2016 – 2030* (Bergen kommune, 2021, s. 5). Planen inneholder satsninger som skal styrke kvaliteten ved sykehjemmene i Bergen. Planen viser flere ganger til betydningen av personsentrert omsorg, hvor det legges opp til en forståelse av at livskvalitet er subjektivt og at tjenestene bør forsøke å tilrettelegge for individenes mestringsfølelse (Bergen kommune, 2021, s. 28). Videre legges det vekt på flere punkter, som for eksempel ernæring og kompetanseheving, som går i tråd med det kvalitetsfokuset som allerede er presentert fra staten. I planen finnes både satsingsområder direkte knyttet til kvalitetsindikatorer som ernæring, men også former for operasjonaliseringer av hva det offentlige legger til grunn som kvalitet. Disse kan gjerne ses i sammenheng med kvalitetsdimensjonene og de ulike forskriftene som er gått igjennom, og synes blant annet i satsingsområdet «Aktive dager», hvor det fremlegges mål for å fylle dagene med mening (Bergen kommune, 2021, s. 32-33). Slike satsinger kan ses i sammenheng med flere av de offentlige styringsdokumentene, blant annet Verdighetsgarantiens §1 som viser til meningsfull alderdom.

I en forvaltningsrevisjon av kvaliteten i tjenesteytingen ved to sykehjem i Bergen kommune, vises det til at kvaliteten ved sykehjemstilbudet i kommunen vurderes etter definerte lover, forskrifter og andre styrende dokumenter (Deloitte, 2023, s. 3). Særlig Kvalitetsforskriften og Verdighetsgarantien blir presentert som sentrale utgangspunkt for revisjonens kriterier. Basert på disse defineres aktuelle områder for vurdering av kvalitet: «Personlig hygiene og sårstell, aktiviteter, stimulering og oppfølging av fysisk funksjonsnivå, måltider og ernæring, legemiddelhåndtering og renhold» (Deloitte, 2023, s. 32).

Sett i sammenheng med kvalitet definert på statlig nivå kan man finne flere likhetspunkter i kommunale satsninger. Kanskje mest synlig er det overordnede målet om den personsentrerte omsorgen, hvor brukerorientering fungerer førende. Mål om kompetanseheving og ernæring er også viktige mål som bygger direkte på, for eksempel kvalitetsindikatoren om forebygging av risiko for underernæring. På kommunalt nivå kan man se et enda tydeligere fokus på individuell omsorg, der målet fra Verdighetsgarantien om individuell tilpasning kommer til syne gjennom mer spesifikke målsetninger.

### **5.1.6 Oppsummering**

Det offentliges kvalitetsforståelse kan studeres på flere ulike nivåer i ulike deler av offentlig sektor. På statlig nivå er har jeg redegjort for kvalitetsdimensjonene som en overliggende definisjon av hva som regnes som god kvalitet. Disse gjentas også som grunnlaget for de offentlige norske styringsdokumentene. I forsøket på å studere det offentliges forståelse av kvalitet, er operasjonaliseringen av disse vel så relevant å analysere som kvalitetsdimensjonene. Jeg har tatt utgangspunkt i offentlige styringsdokumenter, lover og forskrifter, samt kvalitetsreformen for å klargjøre hvordan det statlige anvender kvalitetsdimensjonene i praksis. Basert på kvalitetsindikatorne kan det observeres et medisinsk og svært objektivt fokus på kvalitet, som kjennes igjen i deler av Kvalitetsforskriften og Verdighetsgarantien hvor strukturelle hensyn får stor plass. I tillegg til dette kan man observere en tydelig brukerorientering, hvor selvbestemmelsesrett og brukerfokus skal stå sentralt i for eksempel Kvalitetsreformen.

De ulike dokumentene inneholder overliggende retningslinjer og påbud som kommunene må forholde seg etter. Likevel har kommunene større autonomi i utformingen av egne kvalitetstiltak. Således kan man studere et flernivåaspekt i forståelsen av kvalitet hvor kvalitetstiltak implementeres på ulike nivåer. Her vil det skje det ulike fortolkninger og operasjonaliseringer nedover i systemet. Dette kan man blant annet se i Bergen kommunes revisjon av deres temaplan, hvor spesifikke punkter og tiltak for kvalitet legges frem på kommunalt nivå. Et eksempel på dette er Bergen kommunes tiltak for ernæring som man også finner i kvalitetsindikatorne, Kvalitetsforskriften og Verdighetsgarantien, samt kvalitetsreformen. Ellers viser Bergen kommune til mål om personsentrert og subjektiv omsorg ved sykehjemmene.

## 5.2 Kvalitetsutvikling

### 5.2.1 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Når man skal studere hvordan det offentlige legger til rette for kvalitetsutvikling i sykehjemsomsorgen, er Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) svært relevant. Jeg vil herfra referere til forskriften som Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, også i kildehenvisningene videre i teksten. Ved kvalitetsforbedring viser regjeringen, i Leve hele livet-reformen, et større fokus på ledelsen i de aktuelle omsorgstjenestene. (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 62-63). Dette kulminerer i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som ble fastsatt i 2017. Med utgangspunkt i forskriften kan man finne flere aktuelle momenter fra oppgavens operasjonaliserte dimensjoner, og dermed vil oppgaven inkludere paragraf fra forskriften i flere deler av empirikapittelets Del 1. Forskriftens formål er å «bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, §1). Slik vil forskriften vise til statens øverste retningslinjer for blant annet kvalitetsforbedring ved sykehjem. Forskriften retter seg spesielt mot ledelsen innen helse- og omsorgstjenestene.

Det er utviklet en veileder til forskriften som vil være aktuell å bruke ved fortolkning av den. Veilederen er et normerende produkt, gitt ut av Helsedirektoratet for å rådgi til best fortolkning av forskriften (Helsedirektoratet, 2018a). Den blir dermed aktuell i denne oppgavens dokumentanalyse da den forklarer ulike begrep som brukes aktivt i forskriften, og da Helsedirektoratet her setter rammer for de ulike anbefalingene (Helsedirektoratet, 2018a). Veilederen redegjør for kvalitet som «Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.» (Helsedirektoratet, 2018a). Denne definisjonen av kvalitet går igjen som det offentliges grunnlag for kvalitet, og står også til grunn i forskriften. Videre beskriver veilederen kvalitetsforbedring som en kontinuerlig prosess hvor man til stadighet må identifisere, teste ut og justere ulike områder av helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2018a).

Forskriftens §3 viser til at personen med det overordnede ansvaret for virksomheten «skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, §3). Kommentarer til forskriftens §3 understreker et

top down-fokus i sykehjem, hvor personen med det overordnede ansvaret for virksomheten har ansvar for alt av organisering, gjennomføring, vurdering og korrigerende i tråd med lovgivning (Helsedirektoratet, 2018a). Selv om det overordnede ansvaret ligger hos lederen, vises det også til ansvar hos resten av virksomheten som får oppgaver delegert. Veilederen viser til en forventning i §3 til at lederen delegerer ansvar, og at resten av virksomheten er klar over hvem som står til ansvar for hva samt hvem som har beslutningsmyndighet. Dette indikerer en form for bottom-up perspektiv, hvor det åpnes opp for at beslutninger kan tas andre steder enn på toppen av organisasjonen.

Forskriftens hoveddeler består av §6, §7, §8 og §9, som viser til de grunnleggende pliktene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigerende (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016). I helse- og omsorgssektoren skal kvalitetsutvikling være en kontinuerlig prosess. Forskriften pålegger virksomhetene å følge en systematisk og målrettet tilnærming hvor grunnlaget for kvalitetsutvikling ligger i planlegging og gjennomførelse, etterfulgt av evaluering og korrigerende. Målet med denne delen av forskriften er kontinuerlig arbeid for å videreutvikle ulike deler av virksomheten i tråd med endringer i samfunnet og behovene til brukerne. Plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigerende går igjen i PDSA-sirkelen, tidligere nevnt i kapittel 2. Modellen for systematisk forbedring har vært brukt i offentlig forbedringsarbeid i flere tiår, og vises blant annet til i kvalitetsstrategien fra 2005 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 28). Ledelsens ansvar om å «sikre gode kvalitetsutviklingsprosesser» defineres også i strategien (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 37).

Etter forskriftens innhold kan man altså kjenne igjen klassisk implementeringsstrategi med en sirkulær og kontinuerlig vektlegging av planlegging, gjennomførelse, evaluering og korrigerende. Dette er grunnleggende elementer i policy-sirkelen, og presenteres i forskriften som «grunnleggende» i styringssystemet (Meld. St. 11 (2020-2021), s. 47).



**Figur 4** – Modell for Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (Meld. St. 11 (2020-2021), s. 48).

## 5.2.2 Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 og kompetanseheving

I 2019 la Helsedirektoratet frem *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*, etter forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 11 (2020-2021), s. 51). Målet med handlingsplanen var å videreføre og videreutvikle det avsluttede handlingsprogrammet *Pasientsikkerhetsprogrammet – I trygge hender 24-7*.

Handlingsplanens formål defineres ved at den skal «bidra til en mer målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og understøtte og legge til rette for at kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring kan etterleves» (Helsedirektoratet, 2018b, s. 11). For å nå målet for kvalitetsforbedring og å redusere pasientskader, viser handlingsplanen til ulike tiltak delt inn i fire overordnede «områder»: Ledelse og kultur, Kompetanse, Nasjonale satsinger og Systemer og strukturer (Helsedirektoratet, 2018b, s. 15). Førstnevnte område skal legge til rette for at Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring skal etterfølges i tjenestene (Helsedirektoratet, 2018b, s. 11). Her adresseres betydningen av god ledelse og en kultur preget av åpenhet for læring og forandring for å oppnå målene om økt pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Et annet viktig element når man studerer kvalitetsutvikling hos det offentlige er deres fokus på kompetanseheving, eller nærmere bestemt «kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring» (Helsedirektoratet, 2018b, s. 15). Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene skal fungere på en måte hvor ansatte er i stand til å følge lovpålagte plikter (Helsedirektoratet, 2018b, s. 18). Det er øverste leders ansvar å legge til rette for dette og å sikre at personellet har nødvendig opplæring og kompetanse i fagområdet «kvalitetsutvikling». Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring understreker i denne delen behovet for kontinuerlig faglig kompetanseutvikling om kvalitetsforbedring blant personellet i virksomhetene. Tiltakene som presenteres innen dette området er «bygge kompetanse og kapasitet i tjenestene» og å «identifisere og spre oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring» (Helsedirektoratet, 2018b, s. 18-19).

Her er det aktuelt å finne ut av hva det offentlige legger i ordet «kompetanse». Gjennom ulike nasjonale, regionale og lokale tiltak skal kompetansen i kvalitetsforbedring styrkes. Tiltak for å bygge kompetanse eksemplifiseres med å videreføre opplæringsprogram og kursing, samt inkludering av kvalitetsforbedring som tema ved utdanning. Til forskjell fra Leve hele livet-reformen som viser til riktig kompetanse i sammenheng med det faktiske arbeidet som utføres

i tjenestene, vises det her spesifikt til kompetanse om kvalitetsutvikling. Det gis likevel lite føringer for hvilken spesifikk kompetanse dette omfatter.

### **5.3 Beboere og pårørendes betydning**

I flere deler av de studerte offentlige dokumentene siktes det til mål om brukerorientering, for eksempel i kvalitetsdimensjonene og Leve hele livet-reformen. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring inkluderer også plikter om inkludering av pasienter, brukere og pårørende. Veilederen viser til anbefalinger om at sykehjem skal utvikles i samarbeid med beboere og pårørende (Helsedirektoratet, 2018a). Dette er i tråd med forskriftens §6a om oversikt og utarbeiding av mål, oppgaver, aktiviteter og organisering (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, §6a). I flere av delparagrafene oppfordres det også til bruk av pasienter, brukere og pårørende for å få tilgang til relevant informasjon som skal brukes til videreutvikling av virksomheten. Forholdet til brukeren i kvalitetstriangelet trekkes spesifikt frem i forskriftens §7e og §8d (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016). Der veilederen for §6 oppfordrer til bruken av informasjon fra brukere og pårørende, opplyser §7e og §8d om *plikten til* å bruke erfaringer fra brukerne og pårørende i gjennomførelse av virksomhetens oppgaver og evaluering av arbeidet (Helsedirektoratet, 2018a). Oppsummert skal forskriften fremme åpenhet og samarbeid mellom brukeren og tjenestene, hvor ansvaret ligger hos ledelsen ved sykehjemmene.

I Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, som blant annet bygger opp under forskriften, påpekes også betydningen av tilbakemeldinger fra brukere og pårørende (Helsedirektoratet, 2018b, s. 16). Handlingsplanen viser til at flere satsninger som for eksempel kvalitetsindikatorne, Leve hele livet-reformen og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, alle er satsninger som i tillegg til å fremme kvalitetsforbedring, skal bidra til å involvere brukere og deres pårørende (Helsedirektoratet, 2018b, s. 11).

Tilbake i Leve hele livets Meld. St. 15 (2017-2018) vises det også til spesifikke mål om at eldre brukere av kommunale omsorgstjenester og deres pårørende skal få bedre kunnskap om kvaliteten ved tjenestene (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 62). Regjeringens økende fokus på objektive kvalitetsindikatorer vises i deres mål om å opprette flere indikatorer basert på brukere og pårørendes erfaringer. For å nå dette ble det i høsten 2017 opprettet et nasjonalt program for bruker- og pårørendeundersøkelser (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 62). Jeg har

regnet syv av totalt 23 kvalitetsindikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene som relevante for beboere med innvilget langtidsplass ved sykehjem. Av disse er alle indikatorene utviklet før regjeringen i 2018 informerte om et fremtidig økt fokus på opprettelse av nye kvalitetsindikatorer innen eldreomsorgen i sammenheng med gjennomførelsen av kvalitetsreformen. Selv om medisinske indikatorer ikke er studert, er det ikke opprettet nye kvalitetsindikatorer for eldre med langtidsplass ved sykehjem, eller deres pårørende. I reformens ferske sluttrapport fra 2024 vises det også til at kommuner rapporterer om økende gap mellom brukernes forventninger og de offentlige tilbud som kommunene tilbyr (Zeiner mfl., 2024, s. 157).

### **5.3.1 Bergen kommune: Bruker- og pårørendefokus**

Bergen kommunes revisjon av temaplanen «Omsorg med kunnskap» har blant annet et fokus på satsningsområder rundt brukermedvirkning og samarbeid med pårørende (Bergen kommune, 2023). I møte mellom brukerenden og kommune skal det være god informasjon og dialog, hvor de pårørendes kunnskap skal benyttes både ved planlegging og videreutvikling av omsorgstjenestene (Bergen kommune, 2021, s. 43). Bergen kommune viser til overordnede prinsipper i forhold til pårørende, basert på gjeldene regelverk og anbefalinger fra staten. Disse omhandler blant annet å anse pårørende som en ressurs, hvor pårørende får oppnevnt en kontaktperson som skal sikre forutsigbar dialog og pårørendes tilgang til informasjon (Bergen kommune, 2021, s. 45).

På samme måte som kommunene har ansvaret for sykehjemstjenesten, ligger også ansvaret om å foreta bruker- og pårørendeundersøkelser på kommunalt nivå. Dette finner man i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-10, som viser til at brukernes synspunkter og erfaringer skal bli hørt ved utforming av kommunale helse- og omsorgstjenester. Norske kommuner har flere verktøy for gjennomføring av brukerundersøkelser, blant annet tilbudet Bedrekommune hvor standardiserte spørreskjema for ulike deler av helsetjenestene kan innhentes av kommunene (Bedrekommune, u.å.). Likevel kan man finne flere rapporteringer om for lite grad av brukerundersøkelser ved sykehjem i kommunene (Forbrukerrådet, 2018) (Kommunal Rapport, 2023). Mens Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) viser til kravet om brukermedvirkning på det man kan kalle systemnivå, viser Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring (2016) til bruker- og pårørendemedvirkning på tjenestenivå. Brukermedvirkning på individnivå kan knyttes opp mot Lov om pasient- og brukerrettigheter,

hvor kapittel 3 tar for seg brukerens rett til informasjon og «medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

## **5.4 Styringsstruktur og skjønnsutøvelse**

Det er beskrevet et top-down fokus gjennom Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring (2016), hvor lederen sitter med et overordnet ansvar i organisasjonen. Man forstår ut ifra veilederen at øverste leder for sykehjem tilegnes en form for oversettelseskompetanse. Som kommentar til forskriftens §6a skriver Helsedirektoratet at sykehjemmets øverste leder «har ansvar for å sette mål for virksomheten» (Helsedirektoratet, 2018a). Selv om det offentlige har ulike definisjoner av kvalitet i sykehjem, tilegnes ledere ved sykehjem å oppgi mål for virksomheten, som skal være tydelige, konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte (Helsedirektoratet, 2018a). Slik må hvert sykehjem operasjonalisere kvalitet i egen kontekst, samt følge opp og kontinuerlig arbeide med utviklingen av egne satte mål på kvalitet. I veilederens gjennomgang av §3 legges det også opp til at ansatte på lavere nivåer kan tildeles ansvar samt beslutningsmyndighet.

### **5.4.1 Opprettelsen av lokale kvalitetsstandarder**

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) legger ellers opp til en slags toppstyrt tilnærming i organisasjonen, hvor personer med ledelsesansvar skal sikre at organisasjonen drives i samsvar med forskriftens krav, samt at medarbeidere følger disse retningslinjene. Forskriftens §6b og §6c tar for seg at øverste leder er pliktet å «innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, §6b), samt ha «oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, 2016, §6c). Eksempler på relevant ekstern informasjon inkluderer nasjonale kvalitetsindikatorer og brukertilfredshetsundersøkelser. Med dette forventes det at øverste leder ved sykehjem skal innhente informasjon, for eksempel gjennom de nasjonale indikatorene, som kvalitetsarbeidet i sykehjemmet skal baseres på. Veilederen viser her at informasjonen som innhentes skal vise til blant annet kvaliteten på behandlingen som gis. Disse skal dermed kunne fungere som mål og informasjon om hva som allerede er god kvalitet. Retningslinjer og regelverk skal fungere veiledende for utviklingen av rutiner. Øverste leder ved sykehjem kan velge å utvikle lokale retningslinjer og standarder til sykehjemmet i egen kontekst, men dette skal baseres på



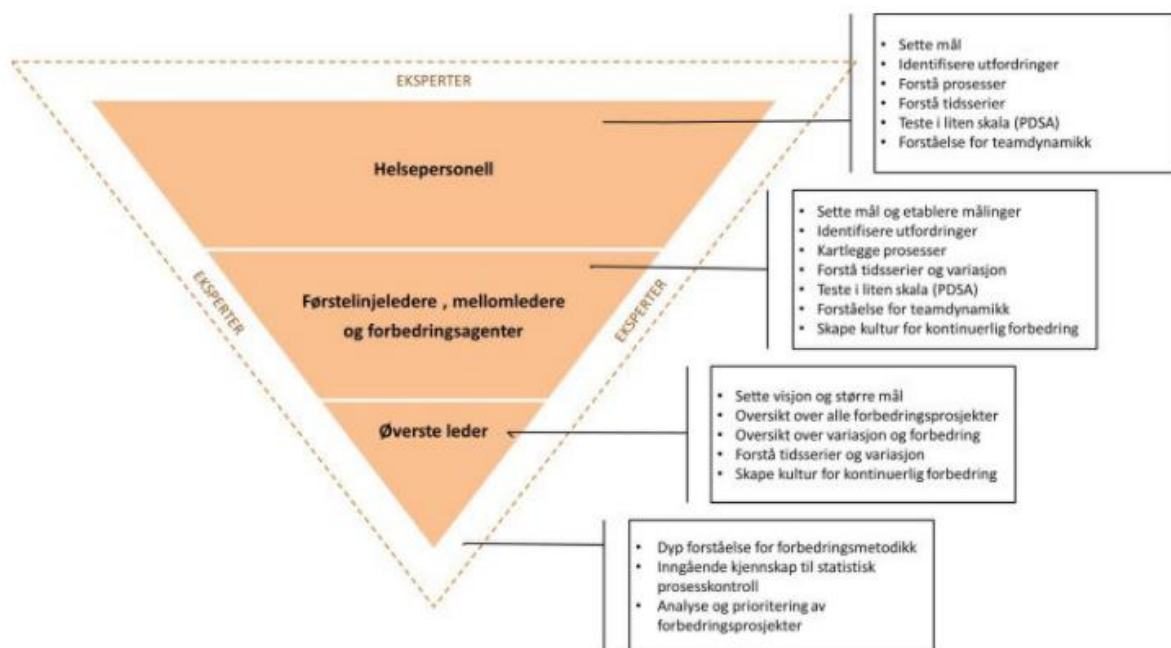
allerede foreliggende kunnskap om «kvalitet».

### 5.4.2 De ansattes rolle

I veilederens gjennomgang av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) §6f, vises det til behovet for sykehjemslederens oversikt over kompetanse og behov for opplæring.

Veilederen viser her til en figur skapt av *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7*, som gjør rede for hvilken type «kompetanse det er behov for på ulike nivåer» ved forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2018a).

Veilederen viser hvordan forskriftens §7c legger til rette for opprettelse og videreutvikling av tiltak på bakkenivå. Her forventes det av både ledere og medarbeidere lokalt å gjennomgå det eksisterende arbeidet, og deretter bruke dette som grunnlag for utviklingen av nye tiltak, prosedyrer og rutiner (Helsedirektoratet, 2018a). Dette viser hvordan forskriften legger til rette for at både ledere og medarbeidere ved sykehjem har oversettelseskompetanse ved den aktive kvalitetsutviklingen.



Figur 5 – Modell for kompetanse i forbedringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2018a)

Figur 5 egner seg til bruk ved sykehjem, da sykehjem består av mange ansatte på ulike nivåer i organisasjonen. Ved sykehjem vil det jobbe helsefagarbeidere og sykepleiere som jobber tett på beboere. Det vil også være ulike avdelingsledere som kan sees i sammenheng med

modellens midterste del. På bunnen av figuren er øverste leder for sykehjemmene. I tillegg til de ulike aktørene vises det til eksperter med en egen funksjon for organisasjonene. Ved hver av de ulike kategoriene av aktører, er det ifølge modellen behov for ulik kompetanse for å fremme forbedringsarbeid. Øverste leder skal sette mål, ha oversikt over og forståelse av ulike aspekter med kvalitetsforbedring innad i sykehjemmet, samt skape kultur for forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2018a). Kompetansen det er behov for hos lederne som står nærmere det praktiske arbeidet (avdelingsledere), preges av å være mer «spesifisert». Sette mål, foreta tester og målinger, identifisering og forebygging av problem, samt ha forståelse for teamdynamikk og skape kultur for forbedringsarbeid. Enda mer konkret kompetanse forventes på bakkenivå, hvor «helsepersonell» skal sette mål og identifisere utfordringer, forstå prosesser og tidsserier, foreta tester i liten skala og forstå teamdynamikk.

### **5.5 Del 1 Oppsummering**

Det offentlige består av et omfattende styringsapparat som opererer på flere nivåer, noe man også kan observere i helse- og omsorgstjenestene. Dette aspektet er sentralt for å forstå hvordan kvalitetsstandarder, politiske reformer og operative tiltak blir implementert og håndtert på forskjellige nivåer i systemet. På statlig nivå finner man lover, forskrifter, retningslinjer og andre styrende dokumenter som viser til standarder som i ulik grad må etterfølges av kommuner og av offentlige ansatte på bakkenivå. De ulike styringsdokumentene operasjonaliseres på vei nedover i styringskjeden, for eksempel i kommunale planer og pålegg for de ansatte ved sykehjem. Kvalitetsdimensjonene står som øverste beskrivelse av hva god kvalitet skal være hos det offentlige. Likevel viser de offentlige dokumentene få beskrivelser av hvordan dette ser ut i praksis. Kvalitetsindikatorerne kan anses som en form for operasjonalisering av kvalitet, og ligger implisitt i flernivåaspektet mellom stat, kommune og institusjon. Indikatorerne kategoriseres etter hvilken primærdimensjon av kvalitet de dekker, der fem kategoriseres under *tilgjengelig og rettferdig fordelt* og to under *trygge og sikre*. Man kan se at indikatorerne, i tillegg til aktuelle forskrifter om kvalitet har et mer spisset fokus på de ulike målene for kvalitet.

På institusjonsnivå har ledelsen hovedansvaret for kvalitetsutvikling, men det legges også til rette for at beslutninger kan tas på ulike nivåer innenfor sykehjem, også av ansatte på bakkenivå. Alle ansatte er ansvarlig for å kontinuerlig arbeide mot kvalitetsforbedring. Dette kvalitetsarbeidet beskrives gjennom å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere, prinsipp

man finner i flere offentlige dokumenter og kjenner fra klassisk implementeringsteori. Det kreves god kompetanse innen arbeidet for de ulike ansatte ved sykehjem, hvor kompetansekravet konkretiseres desto nærmere man er bakkenivå. Det offentlige legger opp til mål om konstant kompetanseheving blant de ansatte for å forbedre kvaliteten ved de tjenestene de leverer. Kvalitetsarbeidet i Norge preges ellers av et brukerorientert fokus, hvor det fremmes åpenhet og inkludering av brukere og pårørende i arbeidet for bedre kvalitet i sykehjemstjenesten.

## Del 2 – De ansattes kvalitetsforståelse

Datainnsamlingen til empiriens del 2 er basert på semistrukturerte intervju med ansatte i ulike stillinger innen private sykehjem i Bergen. For mest oversiktlig fremstilling av datagrunnlaget, vil jeg løst kategorisere de følgende avsnittene etter de ulike dimensjonene, som også har vært den overordnede inndelingen i intervjuguiden (vedlegg 3).

Informant	Sykehjemssektor	Stillingstittel
Informant 1	Privat sykehjem	Avdelingsleder for sykepleiere
Informant 2	Privat sykehjem	Helsefagarbeider og assisterende avdelingsleder
Informant 3	Privat sykehjem	Leder for Kompetansesenteret og avdelingsleder kvalitet og terapi
Informant 4	Privat sykehjem	Avdelingssykepleier
Informant 5	Privat sykehjem	Sykepleier
Informant 6	Privat sykehjem	Helsefagarbeider

Tabell 2 – Oversikt over informantene

## 5.6 Forståelse av hva som utgjør kvalitet i sykehjemsomsorgen

Ansatte i sykehjemstjenesten kan anses som bindeleddet mellom det offentlige og beboerne som tar imot tjenestene. Av de ansatte på bakkenivå forventes det at de har konkret kompetanse i arbeidet sitt, hvor de må balansere det offentliges retningslinjer og påbud med operasjonaliserte tiltak på kommunalt nivå, i den lokale sykehjemskonteksten de arbeider i. På spørsmål rundt informantenes kvalitetsforståelse i deres arbeid, trekker samtlige av informantene frem et fokus på individet.

*«(...) det jeg tenker på når jeg tenker på kvalitet i forhold til meg da, det er jo det at det viktigste er at jeg gir de en god omsorg og pleie, og at jeg kan tilfredsstillende pasientene sine behov, og de har jo individuelle behov. (...) det er individuelt sant. En pasient kan ha andre behov enn en annen sant, så at jeg klarer å oppfylle deres krav og ja.»*

(Informant 2)

*«At det er rom for å ha individuelle tilpasninger, og at det er rom for at vi kan ikke kjøre alle gjennom samme slusesystemet.»*

(Informant 5)

*«Vi er veldig opptatt av at vi finner ut hva som er viktig for den enkelte pasient, så jeg tenker at det er en kvalitetssikring.»*

(Informant 1)

Sitatene oppsummerer samtlige av intervjuobjektene fokus på å se den individuelle pasient. Betydningen av å behandle og å se beboerne ved sykehjem som individ med individuelle behov, kommer til uttrykk ved spørsmål om informantenes kvalitetsforståelse, men dukker også frem ved andre spørsmål i flere av intervjuene. Informant 2 viser til behovet for å se individet i arbeidet som utføres, hvor tilfredsstillelse av de individuelle behovene hver enkelt beboer kan ha, står i fokus. På spørsmål om hva som har mest å si for kvalitet i arbeidet svarer informanten:

*«Det er at pasientene har det bra og at, jeg føler at jeg har gjort en god jobb, har jeg klart å gjøre alle mine oppgaver så den pasienten har krav på da. (...) jeg tenker det som er viktig er kompetanseheving, god opplæring, altså at alle blir gode og da blir det kvalitet på det arbeidet vi gjør.»*

(Informant 2)

Kompetanseheving er et annet moment som går igjen hos flere av informantene. Til forskjell fra Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hvor målet er heving av kompetanse på kvalitetsforbedring, siktes det her til kompetanseheving i sammenheng med omsorgsarbeidet. Det handler om å kunne gjøre arbeid av god kvalitet gjennom god opplæring i det daglige. Informant 3, som jobber med å utvikle kompetanse ved sykehjemmet, viser først og fremst til kompetanse som viktig for kvaliteten ved sykehjemmet:

*«Ja jeg tenker jo at kompetanse er viktig for kvalitet da. Vi har jo alltid, så lenge jeg har jobbet her hvert fall, satset på å ha høy kompetanse. (...) jeg tenker det handler jo om at vi må, på en måte på mitt nivå, så må vi ha oversikt over verktøy for å, overvåke er kanskje et dårlig ord, men vi må ha rapportering fra alle enhetene for å ha oversikt da»*

(Informant 3)

Man kan her få et inntrykk av et strukturelt fokus, og på spørsmål om det strukturelle er viktig svarer informant 3: «Ja».

Ved spørsmål om hvem som har mest å si for hvordan kvaliteten ved sykehjem blir, er det ulike svar hos de forskjellige informantene:

*«Det er vi som jobber med pasientene. Fordi ledelsen ser selvfølgelig bare, men de er ikke inne i stedet. Da er det vi som, hva heter det, som snakker for de, og det er vi som ser i hverdagen hvordan det er.»*

(Informant 6)

Informanten 3 svarer at øverste leder har mest å si for kvaliteten ved sykehjem.

*«Jeg tenker jo alle har en viktig rolle der da, men jeg må jo begynne med øverste leder sant. Det må jo være øverste leder som til syvende og sist på en måte bestemmer hva standard vi skal ha, og som beslutter i forhold til prioriteringer sant.»*

(Informant 3)

Informant 5 opplever, i likhet med informant 3, til at det er ledelsen og opplegget ved sykehjemmene som har mest å si for hvordan kvaliteten ved sykehjem blir, men i en negativ forstand. I tillegg gir vedkommende uttrykk for at kvaliteten på bakkenivå avhenger av hvilke pleiere som er på jobb den dagen:

*«Det skal jo i en ideell verden være den pleieren som er på vakt som skal sørge for å gi god pleie, men vi ser jo at det er ofte fra ledelseshold. Hvis ikke ledelse, at det er gjennomgående plan for hvordan man behandler beboerne og hva som er rom og tid for, så blir det dårlig pleie. Så det må være en ideologi som kommer ifra øverste ledelseshold. At det er rom for å ha individuelle tilpasninger, og at det er rom for at vi kan ikke kjøre alle gjennom samme slusesystemet. Vi må gi blaffen i disse måltidene og tiden og ha litt mer tidsskjønn.»*

*«Pleien til beboerne er veldig variabel fra person til person. (...) om du gir kvalitet den dagen så er beboerne prisgitt hvem som kommer på neste skift.»*

(Informant 5)

Informant 5 gir sterkt uttrykk for at kvaliteten vil variere basert på hvem som er på vakt ved sykehjemmet. Vedkommende påpeker også at hvordan ledelsen strukturerer arbeidet, har mye å si for hvilken kvalitet man kan gi. Dette vises blant annet i fokuset på skjønnsutøvelse, hvor det må legges opp til individuell tilpasning fra øverste hold. Vedkommende viser også til en forståelse av at det er for omfattende standardiseringer i sykehjemspraksisen, hvor retningslinjer for, for eksempel måltid, utfordrer muligheten til å gjøre skjønnsmessige vurderinger.

## **5.7 Kvalitetsstandarder og retningslinjer**

I dette delkapittelet er det nødvendig å studere de ulike ansattes forhold til standarder, retningslinjer og mål for kvalitet ved sykehjem. Her vil både deres kjennskap til statlig påvirkning på kvalitetsarbeidet, samt kommunale retningslinjer være aktuelt å studere.

Som presentert gir informant 5 uttrykk for at det er for mye standardisering av oppgaver, som kan komme på bekostning av kvalitetsarbeidet. På spørsmål rundt dette svarer informanten:

*«Men det blir nok gjennomført for å få logistikken til å gå opp, men det går absolutt på bekostning av individets ... Ja, rettigheter og ve og vel, og de blir litt overkjørt opplever jeg. Så jeg ville hatt det litt annerledes hadde jeg fått lov å velge. (...) Det burde være mer individuelt tilpasset.»*

(Informant 5)

Her kommer også informant 5 inn på behovet for individuell tilpasning, og opplever for mye standardisering av oppgaver som i gjengjeld går på bekostning av beboerne. På spørsmål om

vedkommende opplever at retningslinjer eller standardiseringer fra statlig eller kommunalt hold kan være til hinder, viser informanten til at det er sykehjemmets egne retningslinjer som oppleves som problematiske:

*«(...) Men jeg tror at de kriteriene som kommunen kommer med og standardene er bra»*

(Informant 5)

Informantene på ledernivå viser til god kjennskap til statlige og kommunale standarder og retningslinjer, som for eksempel informant 4 og 3 som forteller:

*«Ja, vi har jo rutiner å forholde oss til. Vi har Bergen kommune sine retningslinjer for, ja pleie og behandling, oppfølging, derunder medisinerer, oppfølging av pårørende.»*

(Informant 4)

*«Altså vi forholder oss jo til kvalitetsforskriften og journalforskriften og dette her om kvalitetsforbedring og ledelse.»*

(Informant 3)

På oppfølgingsspørsmål om disse er lett å etterfølge i det praktiske arbeidet svarer informant 3:

*«Ja det kommer jo litt an på, jeg synes jo egentlig det som handler om kvalitetsforbedring er... For det er veldig utførlig beskrevet hva de mener med de ulike punktene sant. Så den der forbedrings sirkelen med å planlegge og gjennomføre og evaluere, PDSA-sirkelen. Jeg tror den prosedyren bygger litt rundt den da. Det synes jeg jo for så vidt, vi er ikke alltid så gode å kartlegge, og vi er ikke alltid så gode og evaluere, vi hopper ofte rett på tiltaket. Så ja. Jeg synes vel egentlig at de er greie, forskriftene er greie.»*

(Informant 3)

Informanten viser her kjennskap til Forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling (2016), og dens sammenheng med forbedrings sirkelen. Vedkommende henviser til at forskriften er lett å forstå, men at det likevel ikke alltid blir etterfulgt i praksis.

Informant 2 forteller om et kvalitetssystem hvor standarder for rutiner og oppgaver står skrevet i et slags oppslagsverk:

*«Jada, altså vi har jo kvalitetssystem som altså står, ja som alt rutiner, er det rutine, er det opplæring av ansatte, nye ansatte når de kommer inn, altså hva de skal gjennom. Så det er egentlig et oppslagsverk vi bruker på alt.»*

(Informant 2)

### **5.8 Mulighet for skjønnsutøvelse**

Ved spørsmål om mulighet for skjønnsutøvelse i arbeidet, viser samtlige informanter i lederstilling en opplevelse av å ha gode muligheter for selvbestemmelse i sitt arbeid.

Informant 3 gir uttrykk for at vedkommende og andre på ledernivå har mulighet til å ta vurderinger basert på hva som forekommer på sykehjemmet. Dette kan for eksempel være strukturelle endringer som kommer som en følge av oppståtte problemer. Informanten viser tidlig til omstruktureringen ved sykehjemmet hvor sykepleierne er tatt ut av de enkelte avdelingene og til en egen sykepleiertjeneste, hvor de blir fordelt på avdelinger etter dagsbehov.

*«Nå erfarte vi når vi tok sykepleierne ut av avdelingene at de melder tilbake til meg at de opplever at de får for sent beskjed om forverring av tilstand, de opplever at de ute er utrygge på når de skal tilkalle sykepleierne. Så da, rett og slett, bare samlet vi alle sykepleierne og så lagde disse selv et undervisningsopplegg som går på observasjon av forverret tilstand. Alt ifra på en måte, vitale målinger til observasjon av hud og funksjon og alle disse tingene som du kjenner til da. Så gikk de fra avdeling til avdeling og hadde undervisning.»*

(Informant 3)

Informanten gir også uttrykk for at egendefinerte rutiner og prosedyrer gjerne etterfølges bedre enn dem som kommer fra lederne alene. På bakgrunn av at informanten viste til egne muligheter for å ta skjønsmessige vurderinger i arbeidet, ble informanten også spurt om vedkommende trodde de på bakkenivå har samme mulighet i arbeidshverdagen:

*«Ja, det har de. Og så tenker jeg at det er gjerne, det er litt ulikt i hva grad de på en måte gjør det da. Sant for tanken med disse prosedyrene som de selv skulle, de har for eksempel laget arbeidsrutinen sin selv, sant hva de gjør fra de kommer til de går. Og*



*tanken med det er at de skal kunne ta selvstendige prioriteringer da.»*

(Informant 3)

Informanten hevder også at «*målet er jo at de skal være autonome i størst mulig grad. Det er jo det vi vil*», men at dette kan påvirkes av lederen for en avdeling og i hvilken grad vedkommende detaljstyrer. Informant 1, som er leder for sykepleierne ved sykehjemmet, gir også uttrykk for å ha muligheten for å ta skjønnsmessige vurderinger i arbeidet sitt.

*«Jeg vil jo si det da, det er igjen på mitt nivå så føler jeg at jeg har stort spillerom på det. Det er klart igjen, spillerommet til pleierne det er «må»-oppgaver veldig mye av det som de må igjennom og så da er ikke det så mye spillerom kanskje.»*

(Informant 1)

Informanten viser til egen autonomi i arbeidet, men referer til at pleierne først og fremst må jobbe etter det vedkommende kaller «må», «bør» og «kan» oppgaver. Vedkommende viser likevel til at det er et behov for at de som jobber ved sykehjem har mulighet til å gjøre egne fortolkninger når de holder på med kvalitetsarbeid:

*«Ja, det må det nesten bli, jeg kan ikke se noe annen, ellers blir litt sånn føler jeg da, maskiner som må bare si sånn må du si i den situasjonen og sånn må du gjøre i den situasjonen, nei det går jo ikke.»*

(Informant 1)

Informantene som ikke jobber i lederstillinger, har noe ulike oppfatninger av egen autonomi i arbeidet. Flere beskriver at de har mulighet til å foreta skjønnsmessige vurderinger så fremt man følger overliggende retningslinjer, lover og regler. I likhet med informant 1 viser informant 2 til skal- (også kalt «må»), bør- og kan-oppgaver som veiledende i arbeidet.

*«Altså jeg må jo ta skal-, altså de oppgavene som brenner først og så gå nedover, og jeg føler ja, der har jeg innflytelse. (...) Hvis altså jeg er på grupper og gjør først mine skal-oppgaver, og så bør-oppgaver, og så kan jeg hvis jeg har tid gå på kan-oppgavene da.»*

(Informant 2)

Likevel deles ikke denne oppfatningen av alle. Informant 5 knytter skjønnsutøvelse, å kunne legge til rette for enkeltindividet, opp imot kvalitet i arbeidet. Informant 5 legger stor vekt på behovet for skjønnsmessige vurderinger i møte med et arbeid hvor vedkommende opplever stor grad av standardisering av arbeidsrutiner. Vedkommende hevder:

*«Jeg er vant til mye mer selvstendighet, at det er rom for å ta mye mer selvstendige vurderinger og valg, og at de kompetente hjelpepleierne utfører mange flere oppgaver. (...) det blir overstyrt.»*

(Informant 5)

Videre på spørsmål om vedkommende opplever om det legges til rette fra øverste hold for at de kan gjøre skjønnsmessige vurderinger i arbeidet, svarer informanten:

*«Nei. Det opplever jeg ikke.»*

(Informant 5)

### **5.8.1 Ressurser**

De fleste av informantene sikter til ressursmangel som hemmende for ulike deler av kvalitetsarbeidet. Oppgaven har allerede beskrevet informant 5 sine tanker om hvordan standardisering av oppgaver fører til dårligere kvalitetsarbeid. På spørsmål om hvordan informanten typisk opplever arbeidshverdagen, svares det:

*«Knapphet på tid til å gjøre. Manglende samsvar med oppgavene som skal gjøres og beboerne, og den tiden man har tildelt på døgnet.»*

(Informant 5)

Ved spørsmål om hva informant 5 mener utgjør kvalitet ved sykehjemsomsorgen trekker vedkommende blant annet frem det man kan tolke som en skjevfordeling av ressurser, hvor fokus ligger på overfladisk pleie, som kan skje på bekostning av primærbehov:

*«Og at man har mindre fokus på det estetiske ytre at alt ser fint ut på overflaten, for det er veldig fokus på at de skal være fine på håret og de skal ha fotpleie og de skal ha masse, veldig sånn frisør og ytre ting, men så kan de gjerne glippe på helt primærbehov.»*

(Informant 5)

Et lignende syn får man fra informant 1, som viser til et større behov for ressurser til basispleien. Der vedkommende opplever at de har et godt tilbud av ulike aktiviteter, savnes det flere ressurser som personell og tid til basispleien.

*«Det kunne vært bedre ressurser hvis vi går helt til den basiske pleien da. Vi har mye flott som går på aktivisering og frisør og fotpleie og alt dette her og musikkterapeut og alt sånt, men pleierne skulle jeg ønske jeg hadde bedre tid. (...) det er jo for at de*

*lik som skal kunne ha tid til å ikke bare rushe gjennom et stell, men lik som å kunne ta seg den tiden pasienten trenger, og kanskje få bruke egne ressurser hvis de kan og ønske det.»*

(Informant 1)

Informant 6 viser til den økende trenden hvor eldre bor lengre hjemme hos seg selv før de havner på sykehjem:

*«Før så var beboerne vi fikk lettere, men nå bor de mest mulig hjemme, så når de kommer hit er de veldig dårlig på en måte.»*

(Informant 6)

Dette kan ses i sammenheng med at ressursmangelen oppleves større, da sykere beboere krever flere ressurser som de ansatte ikke opplever at de får.

## **5.9 Kvalitetsutvikling**

Mange informanter trekker frem ressurser som noe som kunne forbedret kvalitetsarbeidet ved sykehjemmene. Dette gjelder ressurser som bemanning, som ville gitt de ansatte bedre tid i kvalitetsarbeidet. Informantene ble også stilt spørsmål rundt kvalitetsutvikling ved sykehjemmene de jobbet hos.

Informant 5 svarer:

*«Nja. Sikkert sånn kvalitetsutvikling til det medisinske kanskje blir fulgt opp, men jeg føler det er litt som å komme 50 år tilbake i tid på en del områder. (...) Jada, det er gruppemøter og det, men det er veldig mye fokus på sånn «flittig lise», så det er vel en manglende følelse av at.. nå er det bare min personlige, jeg føler at folk ikke helt eier arbeidsplassen sin.»*

(Informant 5)

Informanten viser videre til et større medisinsk fokus ved kvalitetsutvikling, og opplever at ansatte ikke «spilles gode nok». Et medisinsk fokus kan man også finne i svarene fra informant 3:

*«Ja vi har jo kvalitetsutvalg, (...) men som ikke er oppe og gått nå da i år, men det er jo mål å få det opp og gå. Og så har vi legemiddelutvalg, som på en måte jobber med kvalitet, og det er jo de som på en måte bidrar ofte med å sette standarden og komme*

*med en anbefaling til ledergruppen da. Så jeg vil jo si at det er i utvikling.»*

(Informant 3)

De fleste informantene viser ellers til ulike typer møter som ansatte i forskjellig grad er med på:

*«Ja vi pleier å ha møter her på sykehjemmet. Vi pleier å ha møter og snakke om beboere og hva vi kunne gjort bedre, hva de trenger for å få kvaliteten, for å forbedre oss og pleie og for beboere.»*

(Informant 6)

*«Vi har noe som heter, her på hver post da, forbedringsmøter, der vi kan ta opp: er det noe vi trenger å endre på. Og disse skal vi ha en gang i måneden. Og da er det flere fra posten som er med og kommer med innspill.»*

(Informant 2)

### **5.9.1 Beboere og pårørendes påvirkningskraft på kvalitetsutvikling**

Flere av informantene forteller om møter hvor de ansatte kan komme med ulike innspill som gjerne kan sees i sammenheng med kvalitetsutvikling. Noen tilsvarende møter beskrives også for pårørende, gjerne i samarbeid med pårørendeutvalg:

*«De har møter, foreløpig så er det liksom en representant fra hver avdeling, men de har tenkt å øke det og se om vi kan få flere med, men vi har selvfølgelig slitt litt med rekrutteringen. Pårørende er ikke så veldig interessert i det ofte, men vi prøver i hvert fall og vi har jevnlig møter med pårørende utvalg.»*

(Informant 1)

*«Og så har vi på en måte pårørenderåd, men vi strever vel litt med å få de til å se overordnet på ting da. De er gjerne veldig opptatt av sin individuelle sant. (...) Så vi strever litt med å få det til da. Men ja det betyr jo mye for oss selvfølgelig.»*

(Informant 3)

Informant 1 og 3 viser til at de pårørendes tilbakemeldinger er viktig for dem, men at tilbakemeldingene gjerne kan komme på litt individuelt plan for den enkelte beboer.

Informant 1 viser til endringer i de pårørendes forventinger:

*«Selvefølgelig, det har blitt en endring i samfunnet merker jeg som har vært i dette yrket i mange år, at pårørende, det følt å si ordet krevende, men de forventer veldig*

*mye av individuell oppfølging om jeg kan si det sånn på pasientene sine.»*

(Informant 1)

Andre opplever ikke at de pårørendes tilbakemeldinger er individbaserte, men viser heller til betydningen av tilbakemeldingene for kvalitetsutviklingen i arbeidet.

*«Det er veldig viktig, så vi bedrer oss dersom det er noe, hvis det behøves. Så er selyfølgelig tilbakemeldinger fra pårørende veldig viktig. At vi ser og gjør en skikkelig jobb, og om det er noe som vi mangler så kan vi få til at vi blir bedre.»*

(Informant 6)

Informant 5 viser også til betydningen av pårørendes, men også beboernes tilbakemeldinger. Vedkommende opplever å ha lite selvstendighet og muligheter for skjønnsmessige vurderinger i arbeidet, og i tråd med dette gis det inntrykk av beboernes manglende autonomi.

*«Jeg føler at de enkelte personene har for lite råderett, de ansatte har for lite råderett, og lite medbestemmelse i egen pleiehverdag.»*

(Informant 5)

## **5.10 Del 2 Oppsummering**

I empiriens del 2 har jeg gått inn på de ansattes formeninger om de ulike dimensjonene definert i slutten av kapittel 3. Av intervjuene fremkommer det flere relevante funn knyttet til deres forståelse av kvalitet i sykehjemsomsorgen, og hvordan de opplever sitt daglige arbeid. De ansatte understreker tidlig betydningen av individuell tilpasning i omsorgen de gir. De anser personlig tilnærming og evnen til å møte hver beboers unike behov som svært betydningsfullt for kvaliteten i arbeidet. Likevel oppleves tidspress og standardiserte rutiner, med lite mulighet for individuelle vurderinger utover rutinearbeidet, som utfordrende for å møte individuelle behov. Enkelte ansatte uttrykker bekymring for overstandardisering ved sykehjemmene, og etterlyser større fleksibilitet i arbeidsrutinene, spesielt når det gjelder tidfestet plan for dagen. Likevel oppsummeres den største utfordringen som ressursmangel, hvor man kan se at mangel på ansatte fører til knapphet på tid i arbeidet, som igjen går utover den individuelle omsorgen.

Kompetanseheving beskrives også som viktig for kvaliteten av både ansatte på bakkenivå og ansatte ved lederstilling ved sykehjemmene. Behovet for ansatte som er flinke og effektive i arbeidet vektlegges hos flere av de ansatte. Kompetanse knyttes opp imot ressursmangel hvor

det er avgjørende å foreta riktige overveielser i et arbeid som preges av tidsmangel. Ansatte på ledernivå rapporterer om gode muligheter for skjønnsutøvelse og beslutningstaking i sitt arbeid. Dette står i motsetning til enkelte på bakkenivå som opplever lite autonomi i arbeidet som begrensende. Ikke alle opplever dette som et like stort problem, da man kan få inntrykk av at må-, bør- og kan-oppgavene gjerne etterfølges, men at ressursmangel fører til at de to sistnevnte får svært liten prioritet.

Man finner ulike oppfatninger om kvalitetsutvikling ved sykehjemmene fra informantene. Noen rapporterer om regelmessige møter som skal fremme forbedringer i arbeidet, men her er det ulik grad av deltakelse, og få knytter dette direkte opp imot kvalitetsforbedring. Ingen av informantene på bakkenivå gir inntrykk av å kunne påvirke kvalitetsstandarder ved sykehjemmene, og har ellers lite kjennskap til hva som er kommunale og statlige retningslinjer. Ansatte på ledernivå viser derimot bedre kjennskap til ulike standarder og retningslinjer. Ansatte på bakkenivå anerkjenner betydningen av brukere og pårørendes tilbakemeldinger for deres arbeid. For ansatte på ledernivå fremstilles derimot problematiske sider ved å inkludere pårørende, hvor de opplever at pårørende i stor grad gir tilbakemeldinger på individuelle forhold fremfor overordnede tilbakemeldinger.

### **Del 3 – Brukerendens kvalitetsforståelse**

Denne delen av empirikapittelet skal utforske brukerendens oppfatninger av kvalitet i sykehjem. Dette vil inkludere både studier med beboere og pårørende. Basert på disse vil jeg forsøke å kaste lys over hvilke faktorer beboere og pårørende vurderer som sentrale for kvaliteten og tilfredsheten ved sykehjem.

I en forskningsartikkel publisert i 2012 presenterer Vinsnes mfl. funnene fra en kvalitativ studie med formål å redegjøre for pårørendes tanker og meninger rundt kvalitet ved norske sykehjem. Studien viser til tre hovedkategorier som ble ansett som viktig for de pårørende. Dette inkluderte «beboerens tilfredshet», «personalets egnethet» og «miljømessig kontekst» (Vinsnes mfl., 2012, s. 246, egen oversettelse). Innen «beboernes tilfredshet»-kategorien beskrev de pårørende tre underkategorier med deres velvære, fysiske vedlikehold og sikkerhet. De viste til at å møte beboernes grunnleggende behov var viktig, men ikke nok for å skape trivsel, og det de selv legger i begrepet kvalitet (Vinsnes mfl., 2012, s. 246).

Individuell behandling basert på beboernes behov ble lagt vekt på av de pårørende, i tillegg til

et fokus på hva beboerne kunne få til på egenhånd i pleien. Med et fokus på individualitet som nødvendig for god kvalitet, var de kritiske til streng overholdelse av tidsplaner for ulike aktiviteter som mat, søvn og stell, samt andre hverdagslige aktiviteter (Vinsnes mfl., 2012, s. 246). Deres utseende, hvilken grad de var stelt og deres fysiske form ble også ansett som viktig i det overordnede synet på beboerens tilfredshet. Å prøve å opprettholde beboerens funksjonalitet, samt god og variert ernæring ble definert som avgjørende for den totale kvaliteten (Vinsnes mfl., 2012, s. 248). Sist var fokuset på at beboerne fikk det medisinske tilsynet de trengte og at det var ansatte med dem i risikofylte situasjoner viktig for beboernes tilfredshet. En faktor i dette var at bemanningen må være tilstrekkelig for at ansatte kan være til stede i slike situasjoner.

I kategorien «personalets egnethet» var både hvem personalet var og hva de gjør for beboerne relevant for de pårørende (Vinsnes mfl., 2012, s. 248). Personale som behandlet beboerne med respekt og verdighet, var villig til å ta imot kritikk og som taklet travle hverdager ble ansett som betydelig for kvaliteten ved sykehjemmet. I all hovedsak anså de pårørende de fleste ansatte som kompetente, og også her var det ansett som bra dersom ansatte var oppmerksomme på små, individuelle ting hos den enkelte beboer (Vinsnes mfl., 2012, s. 250). Gode prioriteringer i en hverdag preget av lite ressurser, og de ansattes villighet til å lytte til og å kommunisere med de pårørende, var begge beskrevet som viktig for kvaliteten i møte med de ansatte.

«Miljømessig kontekst» viser både til bruk av ressurser, de fysiske omgivelsene, samt offentlige myndigheter (Vinsnes mfl., 2012, s. 250). De pårørende viste til at tilstrekkelig finansiering var nødvendig for å legge til rette for eldreomsorg av høy kvalitet. Likevel var det ingen av studiens intervjuobjekt som mente det var tilstrekkelig finansiering i sykehjemmene for å støtte opp under slikt arbeid (Vinsnes mfl., 2012, s. 250). For få ansatte samt for mange «korttidsansatte» ble ansett som en hindring for kvaliteten i pleien. Mangel på tid, gjerne som en følge av underbemanning eller de ansattes prioritering av tid, var et annet problem som de pårørende mente påvirket kvaliteten. Selve sykehjemmet og dets utforming var også relevant i deres oppfattelse av kvalitet. Sykehjemsbygningen burde for eksempel sikkerhetsmessig være tilpasset eldre mennesker (Vinsnes mfl., 2012, s. 252). I tillegg burde de som ønsket alenerom bli tilegnet dette, og det burde være tilstrekkelige bad, stuer og muligheter til å lage mat på sykehjemmet. Sist viste de pårørende skepsis til prioriteringene og finansieringen fra kommunale aktører.

For å oppsummere gjør studien rede for sammensatte oppfatninger av hva god kvalitet skal være. Vinsnes mfl. viser at de pårørendes oppfatninger av kvalitet ikke kan måles etter «the presence or absence of a medical event such as a bedsore or use of restraints» (Vinsnes mfl., 2012, s. 252). Deres kvalitetsoppfatning strekker seg forbi beboerens fysiske tilstand, mot beboernes velvære i hverdagen basert på individuelle tilpasninger fra de ansatte, som i sitt arbeid har en nøkkelrolle for kvaliteten ved sykehjemsomsorgen.

### **5.11 Kvalitet i forhold til de ansatte og individuell omsorg**

I en nyere studie belyses hvordan beboere og pårørende opplever kvalitet ved sykehjem i Norge, blant annet sett i sammenheng med manglende sykepleier-bemanning (Ugreninov mfl., 2017, s. 7). I studiens delprosjekt 2 ble det gjennomført kvalitative intervju med pårørende til beboere på sykehjem. Viktige erfaringer som kom frem fra de pårørende er delt opp i fire tema basert på spørsmål de ble stilt om: Ivaretagelse, trygghet, inkludering, samt bemanning og kompetanse (Ugreninov mfl., 2017, s. 33). Innen disse temaene kan man finne viktige holdepunkt for de pårørendes oppfatning av sykehjemmene, og disse kan tolkes som grunnleggende i deres forståelse av kvalitet ved sykehjemmene.

På spørsmål om ivaretagelse på sykehjem var det flere fokus hos de pårørende. Et av disse var mat og drikke, som ikke kun omhandlet ernæring, men også fleksibilitet rundt måltidene. En av de pårørende beskriver for eksempel det positive inntrykket av et sykehjem som tilpasser matserveringen etter når beboerne våknet av seg selv (Ugreninov mfl., 2017, s. 38). I dette tilfellet var informanten svært positiv til denne tilpasningen, som kan ses i sammenheng med individuell tilpasning fremfor standardiserte rutiner for matservering. Riktig medisiner, aktiviteter i hverdagen og ivaretagelse ved depresjon var også viktig for ivaretagelsen ved sykehjemmet. Sistnevnte var i stor grad knyttet til bemanning, hvor betydningen av at de ansatte tok seg tid til beboerne og viste menneskelig tilstedeværelse trekkes frem (Ugreninov mfl., 2017, s. 40). Både ved aktiviteter i hverdagen og ivaretagelse ved depresjon henvises det til individuelle tilpasninger som betydelig for sykehjemsomsorgen.

På spørsmål rundt trygghetsaspekter ved uheldige hendelser, var bemanning og kompetanse gjengående temaer. At det var stabil bemanning var essensielt for opplevelsene ved sykehjemmene (Ugreninov mfl., 2017, s. 48). I intervjuene understreket de pårørende hvor avgjørende de ansatte var for den totale trivselen og tryggheten. (Ugreninov mfl., 2017, s. 49). I



tillegg til de nevnte temaene, var det å bli inkludert på ulikt vis betydningsfullt for de pårørende.

Individuelle tilpasninger trekkes nok en gang frem som avgjørende i svært mange aspekter av sykehjemsomsorgen. I denne studien finner man også at de ansatte har mye å si for den oppfattede kvaliteten. De ansattes egnethet og mellommenneskelighet, stabil og tilstrekkelig bemanning var alle viktige punkter som kom frem av de kvalitative intervjuene med pårørende (Ugreniov mfl., 2017, s. 51).

### **5.12 Struktur eller prosesstilnærming**

Dette støttes også i Kajonius og Kazemi's studie (2016) som knytter Donabedians struktur- og prosesstilnærming til kvalitet opp imot en nasjonal kvantitativ studie i Sverige, hvor spørsmål rundt flere kvalitetsindikatorer ble brukt for å måle de eldres oppfatning av kvalitet. Således var målet å vurdere betydningen av strukturelle og prosessbaserte faktorer i beboere ved sykehjem og mottakere av hjemmebasert omsorg sine forståelser av kvalitet. Beboernes forståelse av kvalitet ble basert på deres tilfredshet ved tjenestene, og studien tok utgangspunkt i nasjonale registerdata og spørreundersøkelser (Kajonius & Kazemi, 2016, s. 699-700). Studien fant at de forskjellige strukturelle faktorene hadde ingen eller lite signifikant påvirkning på tilfredshet blant eldre på sykehjem. Deres analyser viser derimot at faktorer som omhandler samhandlingen mellom beboer og ansatt har størst betydning for hvordan beboere oppfatter kvaliteten (Kajonius & Kazemi, 2016, s. 705). Grunnleggende for forholdet mellom beboer og ansatt var aspekter som respekt, å dele informasjon og å gi beboerne autonomi.

I en annen studie av de samme forskerne var målet å studere om kvaliteten ved eldreomsorgen varierte basert på kommunetilhørighet, også her ved hjelp av nasjonale spørreundersøkelser (Kazemi & Kajonius, 2017, s. 138-139). Her tok forskerne også utgangspunkt i Donabedians tredelte forståelse av kvalitet. Studien viste at de eldres tilfredshet med omsorgen hadde lite sammenheng med kommunal tilhørighet (Kazemi & Kajonius, 2017, s. 144). Resultatene støttet derimot opp under konklusjonene forskerne fattet i studien fra 2016, hvor den mellommenneskelige relasjonen mellom beboer og ansatt viste seg å ha stor betydning for de eldres tilfredshet, uavhengig om det var på sykehjem eller hjemmepleie (Kazemi & Kajonius, 2017, s. 145). Kazemi og Kajonius beskriver med bakgrunn i funnene at politikk som fører

endringer på organisasjonsnivå, som er den typen som tillegges størst betydning hos politikerne, er mindre nyttig enn antatt.

### **5.13 Del 3 oppsummering**

Den tredje og siste delen av det empiriske materialet har tatt for seg studier om hvordan beboere og deres pårørende oppfatter kvalitet i sykehjemsomsorgen. Pårørende vektlegger beboernes velvære, fysiske vedlikehold, og sikkerhet som viktige faktorer ved deres oppfatning av sykehjemmene. De fremhever spesielt betydningen av at beboerne får individuell behandling og at personalets samhandling med beboerne skal være respektfull og verdig. Personalets «egnethet» og måten de håndterer sine daglige oppgaver på anses av de pårørende som svært viktig for kvaliteten. God kommunikasjon mellom personale og pårørende, samt personalets evne til å håndtere kritikk og stressende situasjoner, er avgjørende for deres tillit og kvalitetsforståelse. Studier har vist at den mellommenneskelige relasjonen mellom beboere og ansatte har stor betydning for beboernes og de pårørendes tilfredshet. Faktorer som respekt, informasjonsdeling og å gi beboerne autonomi er vesentlige for deres oppfatning av kvalitet. Individuell tilpasning i hverdagen trekkes også frem som en hovedfaktor for god kvalitet i tjenestene. Pårørende og beboere verdsetter for eksempel tilpasninger i rutiner som mat, søvn og personlig stell for å ivareta beboernes individuelle behov og preferanser. Utenom disse gis det også inntrykk av at også miljømessige faktorer som tilstrekkelige ressurser, tilpassede fasiliteter og finansiering spiller en rolle i oppfatningen av kvalitet.

## 6.0 Diskusjon

I oppgavens empirikapittel har jeg gjort rede for data som skal gi et innblikk i de ulike aktørenes kvalitetsforståelse ved sykehjemstjenesten i Norge. Oppgavens problemstilling er:

*Hvordan indikerer offentlig kvalitetspolitikk, ansatte og brukeren ved sykehjem kvalitet, og hvilke avvik og uklarheter finnes i disse oppfatningene?*

De følgende delkapitlene vil diskutere de ulike funnene som kan knyttes opp mot oppgavens problemstilling. I diskusjonens Del 1 vil jeg diskutere og sammenligne de ulike empiriske funnene, mønstre og avvik. I Del 2 vil jeg diskutere funnene opp mot det teoretiske rammeverket, og vil sikte mot å avdekke bakgrunnen for og samspillet mellom de ulike forståelsene. Jeg har vektlagt en tredeling av aktører som står i ulike forhold til hverandre. Det finnes tre ender i diskusjonen, hos det offentlige, ansatte og brukeren, og gjennom teorien ønsker jeg å si noe om deres kvalitetsforståelse basert på den konteksten hver står i.

### **Del 1 – Diskusjon av funn og mønstre**

Det offentliges kvalitetsarbeid preges av et flernivåaspekt som er relevant for forståelsen av oppgavens dimensjoner. Statlige myndigheter utvikler nasjonale retningslinjer, kvalitetsindikatorer og forskrifter som i ulik grad skal fungere veiledende for kvaliteten ved sykehjemmene, på tvers av kommunetilhørighet. Disse retningslinjene sikrer at det er en konsistent og kvalitetssikret tilnærming til omsorg på tvers av landet. Gjennom kvalitetsreformen «Leve hele livet» oppgir staten mål for hvordan eldreomsorg skal forbedres, med fokus på blant annet ernæringsarbeid, helsehjelp og personsentrert praksis. I empirien er det vist at de spesifikke tiltakene i de mer regulative eller bindende styringsdokumentene som forskrifter og kvalitetsindikatorer, i større grad har en spesifikt rettet forståelse av hva som skal ligge til rette for god kvalitet. Dette finner jeg til forskjell fra anbefalinger fra det offentlige, som jeg finner at ofte har større og mer overordnede målsetninger.

Det er kommunene som har ansvar for implementering av statlige retningslinjer, samtidig som de skal tilpasse disse etter lokale forhold og behov. Kommunene har også ansvar for å involvere både brukere og de pårørende i sitt kvalitetsarbeid. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) beskrives sykehjemledelsens mulighet til å delegerer myndighet til ansatte på bakkenivå, noe som videre skal gi dem anledning til å tilpasse retningslinjer i individuelle situasjoner. De ansatte på bakkenivå opplever derimot ulik grad av autonomi i

arbeidet, hvor standardiserte rutiner og retningslinjer skal følges før det blir mulig å foreta skjønsmessige vurderinger. Det offentlige presenterer overordnede idealer om individuell omsorg ved sykehjem, idealer som også deles av ansatte ved sykehjem. Likevel kommer tanken om personsentrert omsorg i konflikt med de faktiske arbeidsforholdene som i stor grad preges av ressursknapphet og tidspress. Enkelte ansatte opplever topptung styring, med svært lite autonomi i arbeidet, mens andre opplever de ulike inndelingene av arbeidet som legitime. Disse viser likevel til at mangelen på ressurser begrenser mulighetene deres til å gi omsorgstjenestene som går ut over primærbehovene til beboere. Enkelte informanter viser til og med at ressursmangel går ut over basispleien til beboerne.

Studier viser at arbeidsoppgavene som dekker grunnleggende behov ikke samsvarer med det pårørende og beboere opplever som kvalitet, ettersom det er en forventning til at disse alltid skal være dekket. Brukerenden vektlegger selve møtet mellom beboer og ansatt som grunnleggende for deres kvalitetsoppfattelse. Dette gjelder både respekt, medmenneskelighet og evne til god kommunikasjon i det fysiske møtet mellom omsorgstaker og omsorgsgiver. Individuell tilpasning og autonomi er begge svært grunnleggende for opplevelsen av kvalitet ved sykehjem for brukeren. Man kjenner igjen dette fokuset fra intervjuene med de ansatte, og fra flere av de overordnede målene hos det offentlige. Likevel opplever ikke de ansatte nødvendigvis å ha muligheten til å gi denne formen for omsorg i praksis. Det finnes mål om brukermedvirkning på system-, tjeneste- og individnivå, men i realiteten gjennomføres det ikke tilstrekkelig med brukerundersøkelser. Beboernes og de pårørendes tilbakemeldinger fremstilles av ansatte på bakkenivå som svært viktig for deres arbeid, mens ansatte med lederstillinger gir uttrykk for problematiske sider ved spesielt pårørendes tilbakemeldinger. For beboere og pårørende er medvirkning i tjenestehverdagen betydelig for tilfredsheten ved tjenestene, noe som igjen kan knyttes opp mot følelsen av autonomi og individuelle tilpasninger.

### **6.1 Kvalitetsindikatorerne - Et helsefaglig fokus på kvalitet?**

Når man drøfter det offentlige forståelse av kvalitet, er det naturlig å ilegge spesifikke kvalitetsindikatorer stor vekt. Helsedirektoratet viser selv til kvalitetsindikatorerne som indirekte mål som kan gi en pekepinn på kvaliteten som måles (Helsedirektoratet, 2022). Kvalitetsindikatorerne er ikke alene tilstrekkelige for å vurdere statens forståelse av kvalitet. Når man studerer et krevende begrep som kvalitet, hvor mange ulike aktører har forskjellige

meninger, er det den helsefaglige kvaliteten som rent objektivt er lettest å bli enige om. Selv om man kan kalle disse for objektive helsemål, preges også disse av subjektive komponenter når man ser på utvelgelsen og vektleggingen av indikatorene til fordel for andre subjektive mål (Brevik mfl., 2016, s. 275).

Her er helsefaglig kvalitet et nøkkelord. Selv om alle de nasjonale kvalitetsindikatorene er gruppert innen kategorier som «tannhelse», «legemidler», «allmennlegetjenesten» og «kommunale helse- og omsorgstjenester», har de fleste av de gjennomgåtte indikatorene et medisinsk preg, og med et helsefaglig fokus på kvalitet. Dette ser man blant annet i hvordan I Trygge Hender kategoriserer flere av kvalitetsindikatorene, under «Forebygge pasientskader». Man finner et stort fokus på det som kan kalles den medisinske kvaliteten ved sykehjem, i møte med en individuell og kompleks brukergruppe samt sammensatte tjenester. Andre offentlige dokumenter har større fokus på kvalitetsaspekter som individuell tilpasning og brukerstyring. Likevel står disse som mer overordnede føringer og mål, ikke som regulative tiltak som kommunene eller sykehjemmene må følge.

Når det gjelder beboere og pårørendes forståelser av kvalitet, er det lite sammenheng mellom kvalitetsindikatorenes helsefaglige fokus og deres oppfatninger av hva som er viktig. Det finnes forventinger fra brukeren til at basispleien, eller må-oppgavene, alltid skal ligge til grunn i omsorgen og dermed ikke teller inn for hva kvalitet oppfattes som i sykehjemstjenestene. Her har faktorer som omhandler individbasert omsorg og kommunikasjon større betydning. Dette kan også studeres i lys av indikatorenes kvalitetsdimensjoner. Fem av syv indikatorer gir uttrykk for primærdimensjonen *tilgjengelig og rettferdig fordelt*. Denne dimensjonen har et tydelig helhetsfokus, hvor helhet og tilgang på tjenestetilbudet kan sies å stå i fokus. Helhetlige tjenester og likhet for alle er grunnleggende momenter i den norske velferdsstaten, men en konsekvens av et stort fokus på helhetlige tjenester i indikatorene kan være at enkeltbeboerens situasjon ikke står i sentrum. Fremfor individet kan avveiningen av ressursbruk her stå i fokus. I denne sammenhengen kan man se at flere av informantene trekker frem manglende ressurser, og hvor flere knytter dette opp imot mindre muligheter for individuell omsorg. De resterende to indikatorene inngår i primærdimensjonen *trygge og sikre*. To av de syv indikatorene har sekundærdimensjonen *samordnet og preget av kontinuitet*, som også skaper et helhetsfokus og som ikke sikter mot brukerens individuelle omsorg. Dersom det hadde blitt opprettet kvalitetsindikatorer innen dimensjonen *involverer brukerne og gir dem innflytelse*, kan man forvente at disse kunne vært

i større samsvar med både beboere og pårørendes egne ønsker om inkludering, samt det offentliges egne mål om brukerorientering.

Det har likevel ikke vært etablert nye kvalitetsindikatorer for beboere ved sykehjem. Helsedirektoratet har det lovfestede ansvaret for å utvikle kvalitetsindikatorer. Av totalt 23 kvalitetsindikatorer som omfatter de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vurderer jeg kun syv som relevante for langtids sykehjemsbeboere. Dette er å betrakte som få indikatorer, som skal dekke et betydningsfullt aspekt som kvalitet i eldreomsorgen ved langtidsplasser på sykehjem. Kvalitetsreformen definerer mål om at Helsedirektoratet skal opprette flere kvalitetsindikatorer for eldreomsorgen. På tross av dette var det ikke opprettet noen nye indikatorer for langtidsplasser ved sykehjemstjenesten etter reformens oppstart, på tross av et essensielt fokus på rapportering og måling i det offentliges forståelse av kvalitet.

## **6.2 Møte mellom beboer og ansatt**

De nasjonale kvalitetsindikatorene har flere begrensninger når man ser dem opp mot bredere kvalitetsaspekter, som for eksempel den hverdagslige kvaliteten og samhandlingen mellom ansatte og beboere. Dersom man skal vurdere hva det offentlige mener indikerer kvalitet basert på indikatorene alene, vil kvalitetsforståelsen stå i konflikt med flere punkter som både flertallet av ansatte og brukeren mener er avgjørende for tjenestens kvalitet. Brukerenden viser til at møte mellom beboer og ansatt er viktig for deres tilfredshet ved sykehjemstjenesten. Hvordan kommunikasjon og samhandling foregår står sentralt for deres kvalitetsforståelse, noe som går igjen i de analyserte studiene. Brukerenden beskriver et overordnet fokus på det man kan kalle mellommenneskelig kompetanse, hvor den ansattes evne til å vise medmenneskelighet stilles som et krav til god kvalitet.

I offentlige dokumenter refereres det regelmessig til betydningen av kompetanse. Dette fokuset fremkommer av både statlige dokumenter som Kvalitetsreformen og Nasjonal plan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, og på kommunalt nivå i Bergen kommunes temaplan «Omsorg med kunnskap». Selv om dette er et gjenvendene tema i offentlige dokumenter som omhandler kvalitet, er det vanskeligere å gjøre rede for hva det offentlige legger i begrepet «kompetanse». Forskjellige føringer viser til både yrkesrelaterte kompetanseløft samt til de ansattes kompetanse om kvalitet i arbeidet. I de ansattes kvalitetsforståelse står også kompetanse som et sentralt moment. Ansatte har en mer yrkesfaglig og hverdagsrettet

forståelse av kompetanse, hvor hovedfokus faller på opplæring av den ansatte i det praktiske omsorgsarbeidet.

På spørsmål om hvem som har mest å si for kvaliteten ved sykehjem, svarer flere ansatte at det er de som jobber direkte med pasientene som har mest å si for kvaliteten. Informant 5 gir i flere tilfeller uttrykk for at kvaliteten vil variere i stor grad basert på hvem som er på jobb på bakkenivå. Dette samsvarer med fokuset på samhandlingen mellom hver enkelt ansatt og beboer som kommer frem av oppgavens Del 3. Informant 3 og 5 svarer like fullt at det er ledergruppen som har mest å si for kvaliteten, men med to svært ulike utgangspunkt. Informant 3 viser til betydningen av ledernes prioriteringer og organisering, mens informant 5 viser en negativ forståelse av at det er ledergruppen som har mest å si for kvaliteten. Sistnevnte mener det burde være gjennomgående planer for hvordan man behandler beboerne og at det burde legges opp til individuelle tilpasninger i arbeidet fra ledelseshold. Basert på flere utsagn får man et inntrykk av en opplevelse i sykehjemmene hvor det er gjennomgående standardisering av arbeidsoppgaver, noe som fører til lite muligheter til individuelle tilpasninger. Såkalte må-, bør- og kan oppgaver preger hverdagen for de fleste informantene. Hos flertallet av de intervjuede er det likevel relativ enighet i prioriteringene rundt disse oppgavene. Prioriteringsbehovet kommer som en følge av ressursmangel, hvor man tvinges til å foreta prioriteringer basert på tid og antall ansatte på jobb.

### **6.3 Standardiserte oppgaver og skjønnsutøvelse i møte med ressursmangel**

Man kan få inntrykk av at de ansatte på bakkenivå i teorien har frihet rundt arbeidsoppgavene når det gjelder kan-oppgavene, som fremstår som de oppgavene hvor de ansatte har størst mulighet til å tilpasse individuelt etter hver beboer. Alle informantene har, i samsvar med beboere og pårørende, vist et fokus på de individuelle behovene til beboerne som grunnleggende for kvaliteten ved den pleien og omsorgen de får. Likevel er det kan-oppgavene som må nedprioriteres som en følge av mangel på ressurser.

Staten beskriver et bredt spekter av hva som er viktig for kvalitet i sykehjemstjenestene. Basert på ressurstildelingen blir det likevel aktuelt å diskutere om nedprioriteringen av kan-oppgaver kommer som en følge av at staten legger til rette for at kvalitet ved sykehjem baseres på skal-oppgavene. Dette kan også sees i lys av kvalitetsindikatorerne som viser et helsefaglig fokus, med indikatorer som beskriver skal- eller bør-oppgaver. Her kan det

argumenteres for at fasiliteter, ernæring, legetilsyn, tannlege og fagutdanning, burde alle være faktorer som alltid skal ligge til grunn i norske omsorgstjenester, som samsvarer med pårørendes og beboeres forventinger til grunnleggende basispleie. En konsekvens av det tydelige fokuset på skal-oppgaver kan være nedprioritering av de individuelle og hverdagslige behovene. Man ser at det offentlige beskriver helhetlig og individuell pleie i flere av sine styringsdokumenter, som for eksempel Kvalitetsreformen (2003). Likevel legges det ikke til rette for dette når det ikke tildeles tilstrekkelig ressurser til sykehjemmene. Ansatte oppfatter press i hverdagen for å få tid til å gjennomføre basispleien, og har lite tid og mulighet til individuell omsorg. En annen konsekvens av ressursmangel er lite muligheter for skjønnsutøvelse, da de oppgavene som åpner for skjønnsutøvelse ikke kan prioriteres.

#### **6.4 Kvalitetsutvikling og brukerendens påvirkning**

I tillegg til innskrenket skjønnsutøvelse har de ansatte på bakkenivå lite direkte innvirkning på kvalitetsutvikling ved sykehjemmene. På spørsmål om det var møter for kvalitetsutvikling ved sykehjemmene, ble det i flere tilfeller henvist til det som heller beskrives som «oppdateringsmøter», hvor informantene beskriver rapportering fremfor satte mål om kvalitetsutvikling. I hvilken grad de ansatte var til stede på slike møter varierte fra informant til informant, men kun en informant rapporterte om møter hvor alle på vedkommendes avdeling var forpliktet til å stille. Dette indikerer varierende grad av effektivitet i de ulike møtene, hvor kvalitetsutvikling sjelden defineres som et spesifikt mål. Informantene beskriver at møtene har et fokus på rapportering, blant annet om de ulike beboerne og deres behov. Det er nødvendig å merke seg at et fåtall av informantene viser til møter hvor alle får anledning til å stille, og istedenfor henviser til møter hvor representanter for hver avdeling møter opp. Både mangel på universell deltakelse samt definerte mål om kvalitetsutvikling viser at informantene har lite mulighet til å bidra i kvalitetsutvikling ved sykehjemmene. De ansatte i lederstilling viser derimot til større mulighet for å delta på ulike møter.

Beboerne og de pårørendes tilbakemelding oppfattes også i ulik grad som relevante i utviklingen ved sykehjemmene. For de offentlige omsorgstjenestene står brukerorientering i eldreomsorgen som en sentral målsetning. Brukerenden skal ha medbestemmelsesrett og brukerundersøkelser beskrives som viktig for utviklingen av kvaliteten ved sykehjemstjenestene. Likevel er det svært forskjellige oppfatninger av brukerendens tilbakemeldinger hos ansatte ved sykehjem.



## **Del 2 – Teoretisk diskusjon**

De ulike empiriske funnene viser både likheter og ulikheter mellom de forskjellige aspektene som oppgaven har tatt for seg. Funnene kan alene være interessante i studien av kvalitetsforståelse ved sykehjem, men det vil også være nødvendig å knytte dem opp mot det teoretiske rammeverket som denne oppgaven har tatt for seg. De ulike teoretiske standpunktene kan gi forskjellige forståelser av de funnene oppgaven har gjort rede for.

Det offentlige viser et fokus på rapportering og måling, som kan observeres gjennom det nasjonale indikatorsystemet. Oppgaven har tidligere gjennomgått det helsefaglige fokuset ved kvalitetsindikatorerne, som oppsummert i stor grad skiller seg fra brukerendes individfokus. En konsekvens av bruken av kvalitetsindikatorer er overmåling, hvor grunnleggende aspekter ved kvalitet kan falle bort til fordel for målbare uttrykk. Det er verdt å diskutere om et sterkt resultatfokus gjennom kvalitetsindikatorer fører til at det allokeres flere ressurser til å oppfylle disse objektive målene, på bekostning av omsorgen tilpasset den enkelte. Resurser omtales som et stort problem for sykehjemsomsorgen hvor ansatte kun har tid til må-oppgaver, som i større grad omfattes av kvalitetsindikatorerne. Disse kommer til fordel for kan-oppgavene som er satt i sammenheng med både ansattes og brukerens kvalitetsforståelse.

### **6.5 Toppstyring og skjønnsutøvelse**

Basert på hierarkisk implementeringsteori er det knyttet forventinger til at ulike uttrykk for kvalitet implementeres fra toppen og nedover i sykehjemsorganisasjonen. I oppgaven er det presentert flere eksempler hvor det offentlige indikerer kvalitet gjennom målbare størrelser, for eksempel i form av kvalitetsindikatorerne. Indikatorerne utvikles på statlig nivå, og måles på kommunalt nivå gjennom ulike former for rapportering. En annen mulig konsekvens av utstrakt bruk av indikatorer kombinert med begrensede ressurser til omsorg utover den grunnleggende pleien, kan være en økning i objektiv og toppstyrt kontroll. Dersom standardiserte mål og rapportering i stor grad brukes til styring, vil ansatte på bakkenivå kunne miste mulighetene til å bruke lokalt skjønn.

Sykehjem faller inn under definisjonen av såkalte «menneskebehandling» organisasjoner (Vabø, 2014b, s. 14). I sykehjemmene kan man observere en vertikal styringskjede, i samspill med bakkebyråkrater som har noe mulighet til skjønnsutøvelse i det praktiske arbeidet. Kvalitetsindikatorerne er et eksempel på utarbeidet politikk fra staten, som implementeres og måles på bakkenivå. Dersom kvalitetsindikatorerne og andre standarder for sykehjemstjenesten

er dominerende i de ansattes arbeidshverdag, kan en følge være at bakkebyråkratene mister sine muligheter for skjønnsutøvelse. I en hverdag preget av mangel på ressurser blir prioriteringer i arbeidet avgjørende. Da vil statlige, kommunale og sykehjems egne krav samt de grunnleggende primæroppgavene kreve en stor del av de ansattes tilrådelige arbeidsoppgaver og tid. Her kan man finne en potensiell kime til konflikt i motsetningsforholdet mellom hierarkisk styring og standarder, og ansattes profesjonelle yrkesutøvelse med fokus på autonomi. Flere ansatte beskriver en hverdag med knapphet i ressurser, som går utover den individuelle pleien til beboerne. I empirien tar informant 5 dette et steg videre, og viser til tung styring fra toppen i sykehjemmet, hvor vedkommende etterlyser større mulighet for skjønnsutøvelse, og beskriver at rutiner og standarder går på bekostning av individuell tilpasning og «*av individets ... Ja, rettigheter og ve og vel*».

Studien har tross dette gjort rede for at det offentlige åpner for autonomi på bakkenivå. Selv om ressursmangel kan virke å synliggjøre og forsterke de vertikale styringsmekanismene, legger det offentlige opp til lokal autonomi i utformingen av kommunale tiltak og for sykehjemmenes egne organiseringer. Gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016), ilegges den lokale ledelsen ved sykehjemmene stort ansvar for kvalitetsutvikling og muligheten til å utforme lokale retningslinjer. Forskriften viser til muligheten for å delegerer arbeid, og lederens ansvar for å inkludere brukerendens erfaringer i utviklingen av kvaliteten ved sykehjemmet. Med dette legger forskriften opp til en form for bakkebyråkratisk påvirkning, hvor de lokale lederne for sykehjem selv får utvikle retningslinjer basert på sykehjemmets erfaringer og tilbakemeldinger fra brukere. I intervjuene svarer lederne på sykehjemmene at de ønsker at de ansatte skal ha autonomi i sitt arbeid, såfremt de handler innen sykehjemmets rammer.

### **6.5.1 Bakkebyråkratisk utgangspunkt**

Med utgangspunkt i bakkebyråkratiske teorier er det en forventning til at kvalitetsarbeidet samt de ansattes kvalitetsforståelse preges av subjektive og sosiale element i møtet mellom ansatt og beboer. Intervju med ansatte viser at de vurderer kvalitet etter egne opplevelser hvor individuell behandling og riktig kompetanse i hverdagsarbeidet er grunnleggende momenter når de vurderer kvalitet i tjenestene. Ansatte på bakkenivå opplever at det er deres eget arbeid som er viktigst for kvaliteten ved sykehjemmet. Betydningen av dette møtepunktet med beboeren gjenspeiles også i brukerendens vektlegging av samhandling og kommunikasjon.

Selv om hierarkiske føringer kan prege organiseringen av kvalitetsarbeidet, viser alle aktørene forståelse for betydningen av bakkebyråkratiske tilnærminger i møte mellom ansatt og beboer.

På tross av dette kommer man stadig tilbake til det faktum at ressursmangel fører til en naturlig innskrenking av de ansattes mulighet til å foreta skjønnsmessige vurderinger i sitt arbeid. Jeg har i oppgaven vist indikatorer på at ressursmangel kan føre til en større grad av standardisering av rutiner, og en naturlig konsekvens av dette kan være at beboerne mister den ønskede autonomien og individuelle pleien.

## **6.6 Oversettelsesprosesser på bakkenivå**

Individuell omsorg presenteres av brukeren som et av flere grunnleggende element i deres kvalitetsforståelse. Aktørens kontekst kan i flere tilfeller virke å ha stor betydning for hvordan de forstår kvalitet. Tidligere har jeg sett at ansatte på bakkenivå anser sitt eget arbeid som viktigst for hvordan kvaliteten blir. Ansatte på ledernivå viser selv at deres eget arbeid har mest betydning for hvordan kvaliteten ved sykehjem blir. Hver gruppes egne opplevelser og kontekst har mye å si for deres forståelse av kvalitetsarbeidet. Basert på translasjonsteori kan man forvente at variasjoner i oversettelsesprosessene for aktørens forståelse av kvalitet kan forklare de forskjellige oppfatningene som denne oppgaven har avdekket. Aktører foretar lokale fortolkninger av ideer for kvalitet som vil preges av oversettelseskompetanse og kontekstualisering. Basert på bakkebyråkratiske teorier blir den faktiske kvalitetspolitikken til i møte mellom ansatt og beboer. Her vil det være aktuelt å diskutere dette møtet med utgangspunkt i hvordan man kan forstå oversettelser for tjenesteyter og for tjenestemottaker.

Sammenlignet med det offentlige har tjenesteyter en mer praktisk og erfaringsbasert forståelse av kvalitet. Både ansatte på leder- og bakkenivå viser til at kvalitet handler om å tilfredsstille individuelle behov, behov man erfarer i arbeidshverdagen. Her vil kvalitet bestemmes etter den enkeltes behov, som må belyses gjennom det praktiske arbeidet med pasienten. Ansatte har et større fokus på den daglige omsorgen som gis til beboerne, hvor muligheten for å ta selvstendige valg i arbeidshverdagen oppleves som betydningsfullt for tjenesteyterne. Dette indikerer at de ansattes oppfatninger av kvalitet preges av de opplevelsene og den konteksten de har i sitt arbeid sammen med tjenestemottakerne. Dersom man anvender translasjonsteori for å forstå de ansattes oppfatninger av kvalitet, kan man forvente at det eksisterer oppskrifter og ideer på kvalitet som de ansatte må tilpasse og omforme i henhold til sin egen

arbeidskontekst.

### **6.6.1 Oversettelseskompetanse og autonomi**

Diskusjonen har allerede vist at bakkebyråkratiske implikasjoner kan virke å ha innvirkning på de ansattes kvalitetsforståelser, men at mangel på tid i arbeidshverdagen fører til et behov for å følge standarder og retningslinjer. Gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) tildeles ledelsen ved sykehjem oversettelseskompetanse for lokale målsetninger om kvaliteten og organisering ved sykehjemmet. Slik kan man forstå en vertikal oversettelseskjede hvor det offentlige stiller med overordnede påbud og retningslinjer som sykehjemmene må handle etter. Samtidig tildeles sykehjemsledelsen oversettelseskompetanse for å organisere kvalitetsarbeidet etter de kvalitetsoppskriftene som finnes, både fra det offentlige og fra omgivelsene rundt. Hvert sykehjem og hver kommune har friheten til å basere sine tiltak på den lokale konteksten de befinner seg i, og må med utgangspunkt i dette kontekstualisere kvalitetsarbeidet etter ytre retningslinjer og forventinger. Staten som øverste ansvarlig for sykehjem skaper overliggende regelverk, påvirket av legitime tendenser i de internasjonale omgivelsene. Videre nedover i den vertikale oversettelseskjeden står kommunene ansvarlig for å organisere sykehjemstjenestene, hvor de lokale lederne har autonomi til å tilrettelegge kvalitetsoppskrifter etter lokale behov.

Tidligere har oppgaven vist til det informant 5 beskriver som overstandardisering med sterk toppstyring og lite autonomi i arbeidet. Man kan vurdere om disse overstandardiseringene av rutiner lokalt ved sykehjem kan være basert på den lokale sykehjemsledelsens dårlige oversettelsesarbeid. Desto mer kompleks praksisen som skal oversettes er, desto vanskeligere vil den være å oversette (Røvik, 2019, s. 321). Gjennomgående i denne studien er forståelsen av at kvalitet og hva som er praksis for «god kvalitet», er et svært komplekst og subjektivt aspekt ved sykehjemsomsorgen. Dette kan legge til rette for en forventning av at ledere ved sykehjem møter på lite oversettable ideer for kvalitet. En følge av dette kan være at det velges å standardisere oppgaver på grunn av manglende kompetanse i å oversette hva som bør legges til rette for kvalitet. Likevel deles ikke oppfatningen av overstandardisering av alle de intervjuede. De fleste viser til en forståelse av standardisering av rutiner som en følge av lite ressurser. Det er dermed behov for å ha retningslinjer på de mest pressende arbeidsoppgavene.

For de ansattes del finner jeg at de har mindre autonomi enn ledelsen til å utvikle

kvalitetsarbeidet utover de standarder og retningslinjer som er satt for arbeidet. Likevel avviker deres kvalitetsforståelse fra det man ville forventet å finne basert på sykehjemmenes overliggende standarder og retningslinjer for primæroppgaver. Dette gir grunnlag til å forvente at det finnes en form for oversettelse av ideer også på bakkenivå i sykehjemmene. Basert på oppgavens empiri kan man se at oppskrifter på hva som indikerer god kvalitet ikke stammer kun ovenfra, men fra en horisontal linje av input basert på yrkesmessige erfaringer, samt samspillet mellom ansatte og brukeren. Flere av de ansatte har likevel et realistisk forhold til standardene gitt av sykehjemmet, hvor de aksepterer behovet for satte retningslinjer og standarder i en hverdag preget av ressursmangel. Ressursmangel er således i større grad avgjørende for hvordan tjenesteyterne handler, spesielt i forhold til beboere i brukerkonteksten, samt de ansattes oversettelseskompetanse som preges av deres ståsted mellom beboere og det offentlige. Yrkesutøverne selv viser betydningen av det sosiale samspillet for deres kvalitetsforståelse, men er også en forståelse for standardiseringer i en praksis som preges av mangler på ressurser.

## **6.7 Kvalitetsoppskrifter og brukeren**

Når det kommer til brukeren, kan man studere et relativt ulikt forståelsesgrunnlag for hva de legger i kvalitet. Brukerkonteksten preges av personlige erfaringer, enten som beboer selv, eller som en observatør av sine pårørendes opplevelser. For brukeren er ikke kvalitet ved sykehjem en politikk, retningslinje eller yrkesstandard, men summen av forventninger til egne opplevelser og erfaringer ved sykehjemmet. Til forskjell fra det offentlige og ansatte anser både beboere og pårørende kvalitet i personlige og subjektive termer. Disse omhandler respekt, verdighet, graden av individuell oppmerksomhet og tilpasning av omsorgen til den enkeltes behov og ønsker. Der man kan finne det som kan tolkes som oversettelser av ideer og oppskrifter for eksempel i offentlig politikk, er dette ikke like tydelig hos brukeren. Brukerens opplevelser preges av subjektive erfaringer og «idealistiske» tanker om hva som er god kvalitet ved tjenestene. Translasjonsteorien forutsetter at det finnes ideer og oppskrifter på kvalitet som oversettes i brukerens særegne kontekst. I brukerens perspektiv gir dette grunnlag for å studere om det finnes slike oppskrifter, og om disse påvirker brukerens forståelse av kvalitet. I denne studien er det ikke indikasjoner på at deres forståelse kommer som en følge av oversettelser av oppskrifter på hva kvalitet skal være, da kvalitetsforståelsen i større grad er preget av egne opplevelser og fortolkninger. Likevel kan man anta at deres forståelse kan preges av nyinstitusjonelle implikasjoner, hvor

forventninger og dialoger om hva som er god kvalitet i samfunnet skaper en forutliggende forventning til hva man bør møte i sykehjemsomsorgen.

Jeg tolker derimot at brukeren skaper egne oppskrifter på hva som indikerer god kvalitet i tjenesten. Slik kan man observere en omvendt translasjonsprosess, fra erfaringer hos brukeren til en idé om hva kvalitet skal være. En forventning kan være at disse oppskriftene for kvalitet vil påvirke de ansattes egne forståelser samt det praktiske arbeidet som utføres gjennom brukere og pårørendes opplevelser og tilbakemeldinger til sykehjemmet. Ansatte vektlegger opplevelser i det praktiske arbeidet og samspillet med brukerne i sin forståelse av kvalitet. Basert på fortolkningen av en motsatt translasjonsprosess hvor brukeren selv skaper kvalitetsoppskrifter, kan man forvente at ansatte oppfatter og påvirkes av disse. Dette kan igjen indikere at bakkebyråkratens forståelse av kvalitet og deres daglige kvalitetsarbeid blir formet av det offentlige og sykehjemmets implikasjoner av kvalitetsarbeid gjennom retningslinjer og forventninger, i tillegg til kvalitetsoppskrifter fra brukeren.

## **6.8 Offentlige oversettelsesprosesser**

Oversettelsesprosesser av oppskrifter på kvalitet kan også finnes hos det offentlige. Staten har svært mange innslag til hva som skal indikere kvalitet. Indikasjonene varierer fra abstrakte og overordnede idealer, til spesifikke forventninger for eksempel presentert gjennom kvalitetsindikatorer, samt Verdighetsgarantien (2010) og Kvalitetsforskriften (2003). Gjennom delegering av ansvar tildeler staten den kommunale sektoren oversettelseskompetanse for utforming av kvalitetsarbeid og spesifikke tiltak etter kommunal kontekst. Kommunene kan således oversette oppskrifter for hva som skal ligge til grunn for god kvalitet innen egne rammer. Staten har selv egne overordnede retningslinjer og oppskrifter for hva kvalitet skal være, som oversettes og konkretiseres lengre ned i styringskjeden.

På et internasjonalt plan utvikles det også standarder og definisjoner for kvalitet i helse- og omsorgssektoren. Dette kan tolkes som oppskrifter på kvalitet som ulike nasjoner både kan velge og pålegges å adaptere. Et eksempel på dette ble presentert i oppgavens kontekst, hvor jeg beskrev WHO og OECDs rammeverk for kvalitet, som har svært mange likheter med de norske dimensjonene for kvalitet. Dette indikerer at det finnes oppskrifter for kvalitet på internasjonalt nivå, som den norske stat har adaptert og følger i norsk kontekst gjennom egne definisjoner og tiltak. Det samme kan observeres når det gjelder de nasjonale

kvalitetsindikatorerne. Helsedirektoratet viser selv til at indikatorerne i det norske indikatorsystemet er basert på kvalitetsindikatorerne for ulike helsetjenester utviklet av OECD.

Generelt sett er det nødvendig å studere det offentliges oversettelser i lys av deres kontekst som preges av ansvaret de sitter med. Både på kommunalt og statlig nivå sitter det offentlige med ansvaret for sykehjemstjenestene, noe som vil gjøre det naturlig å ha et større fokus på standarder og målbare uttrykk i styringen av en hel sektor. Det offentlige vil oppleve sterke press fra deres omgivelser til å kunne vise resultater av deres kvalitetspolitikk. Her kan man også forestille seg nyinstitusjonelle implikasjoner på omgivelsenes påvirkning på den kvalitetspolitikken som settes til verk. På samme måte som man kan observerer målbare standarder for kvalitet, har brukeren et større fokus på individet basert på deres opplevelser og oppfatningene av å være et individ i et system. Møte mellom ansatt og beboer skaper en felles forståelse av individet i fokus, og de ansattes mål om kvalitet påvirkes også av deres ønske om skjønnsmessige vurderinger i arbeidshverdagen.

## **6.9 Oppsummering av funn**

I dette kapitlet har funn fra de ulike aktørene i kvalitetstriangelet blitt diskutert og sammenlignet med hverandre, og senere blitt sett i kontekst av oppgavens teoretiske rammeverk. Det er benyttet en todelt strategi hvor jeg i første del av kapitlet foretar en empirisk analyse av de ulike funnene og sammenligner endene i kvalitetstriangelet. Jeg har redegjort for at det offentliges kvalitetsbegrep strekker seg over et spekter fra overordnede målsetninger til spesifikke krav og tiltak i sykehjemsomsorgen. Tiltakene for kvalitet har større grad av målrettethet og objektivitet desto mer spesifikke og regulative dokumentene blir, noe som kommer frem av tiltakene i de ulike forskriftene og kvalitetsindikatorerne. Sistnevnte preges i stor grad av det jeg har kalt et helsefaglig fokus på kvalitet, som står som en motsetning til de overordnede målene om individuell pleie. Kvalitetsindikatorenes medisinske fokus skiller seg fra det som i størst grad preger både ansattes og brukerens kvalitetsforståelse; muligheten for å gi og motta subjektiv og individuell omsorg. Jeg har redegjort for hvordan ansatte må forholde seg til overliggende retningslinjer, krav og standardiseringer, men som utover dette skal ha en del autonomi i hverdagen. Denne autonomien reduseres derimot av mangel på bemanning og tid i hverdagen, som fører til at ansatte ikke i ønskelig grad får brukt sin skjønnsutøvelse. Slik oppstår en motsigelse i hvordan det offentlige legger opp til en form for autonomi og bakkestyring innen gitte rammer, men at

autonomien innskrenkes av ressursmangel som forsterker hierarkisk standardisering.

Kapittelets Del 2 inkluderer det teoretiske rammeverket, som brukes for å studere bakgrunnen for- og samspillet mellom de ulike kvalitetsforståelsene (som også er oppgavens case). Jeg finner at hierarkiske tendenser har stor betydning for organiseringen av sykehjemstjenestene, for eksempel gjennom overordnede krav og standardiseringer i arbeidet. Likevel eksisterer den vertikale styringslinjen i et samspill med retningslinjer for autonomi for kommunen, sykehjemsledelsen og de ansatte på bakkenivå. Gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (2016) legger staten opp til at de ansatte skal ha en viss form for autonomi og dermed skal kunne bruke sin skjønnsutøvelse i kvalitetsarbeidet. Således ilegger staten både sykehjem og ansatte en form for oversettelseskompetanse, basert på deres posisjon overfor beboere og kunnskapen dette medbringer.

De ulike funnene kan vise det Røvik (2019) referer til som en form for hierarkisk vertikal oversettelseskjede, hvor ulike internasjonale føringer oversettes til nasjonalt- og videre til kommunalt nivå. Den vertikale oversettelseskjeden ender i ansatte ved sykehjem som må handle innen statlige retningslinjer, kommunale pålegg og sykehjemmenes lokale standardiseringer av arbeid. Av intervjuene med ansatte finner jeg at deres kvalitetsarbeid i stor grad påvirkes av de hierarkiske føringene for arbeidet. Likevel finner jeg at deres kvalitetsoppfatning er preget av horisontale innslag fra brukeren. Både brukeren og ansatte har flere grunnleggende likheter i kvalitetsoppfatningene, som kjennetegnes av betydningen av møtet mellom dem. Dette kan sees i sammenheng med det bakkebyråkratiske perspektivet hvor utfallet av kvalitetspolitikken blir til i møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, som i Figur 2 presenteres i et horisontalt forhold.

Jeg finner ingen indikasjoner på at brukerens kvalitetsforståelse preges av kvalitetsoppskrifter som oversettes i beboernes og de pårørendes kontekst. Med utgangspunkt i translasjonsteori finner jeg derimot indikasjoner på en omvendt translasjonsprosess. Her skapes oppskrifter for god kvalitet etter brukerens opplevelser og formening, og en forventning i denne studien er at oppskriftene igjen påvirker ansattes kvalitetsforståelse. Ansattes kontekst preges av vertikale innslag fra staten, kommunen og sykehjemsledelsen, men da også av brukerens kvalitetsoppskrifter som ansatte oversetter. Slik vurderer jeg at bakkebyråkratiske implikasjoner i samhandling med hierarkiske oversettelser skaper et viktig utgangspunkt for å forstå ansattes kvalitetsforståelse.



## 7.0 Avslutning

I denne masteroppgaven har jeg undersøkt kvalitetsforståelse hos det offentlige, ansatte og brukerenden med det mål om å kunne si noe om samspillet mellom disse. Som jeg har gjort rede for er kvalitet et komplekst og subjektivt begrep som ikke enkelt lar seg definere.

Fenomenets kompleksitet, samt en abduktiv forskningstilnærming, har fremmet et omfattende forskningsdesign som har inkludert ulike former for triangulering av teorier og datamateriale.

I oppgavens siste kapittel vil jeg svare på oppgavens problemstilling, etterfulgt av ulike begrensninger ved studien. Sist vil jeg presentere studiens implikasjoner inkludert forventninger til videre forskning.

### 7.1 Svar på problemstillingen

I diskusjonens siste delkapittel har jeg forsøkt å gi en oppsummering hvor samspillet mellom de ulike aktørene og det teoretiske rammeverket står i fokus. I dette delkapittelet vil jeg derfor ha et større fokus på de empiriske funnene som kreves for å svare på oppgavens problemstilling:

*Hva mener det offentlige, ansatte og beboere indikerer kvalitet ved sykehjem, og hvilke avvik, uklarheter eller motsigelser finnes i disse oppfatningene?*

Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg redegjort for tredelingen av relevante aktørers kvalitetsforståelse, og med hjelp av det teoretiske rammeverket forsøkt å gjøre rede for bakenforliggende prosesser for disse. Tidligere forskningsstudier viser at brukerenden beskriver de ansatte ved sykehjem som betydningsfulle for deres vurdering av kvalitet. God kommunikasjon, respekt og individuell tilpasning er essensielle element som går igjen i brukerendens operasjonalisering av kvalitet. I oppgavens teoretiske diskusjon kommer jeg frem til at disse forståelsene av kvalitet ikke eksisterer som en følge av oversettelse av oppskrifter, men heller fører til en motsatt translasjonsprosess. Jeg finner flere likheter med brukerendens kvalitetsforståelse og den hos ansatte, og har sett dette i sammenheng med bakkebyråkratiske tendenser. Å kunne dekke individuelle behov beskrives av samtlige informanter som et hovedpunkt for hva som er viktig for å gi god kvalitet i arbeidet. Basert på bakkebyråkratiske implikasjoner finner jeg at kvalitetsforståelsens likhet med brukerendens kvalitetsforståelse, kommer som en følge av betydningen av møtet mellom tjenestegiver og tjenestemottaker. Fra de ansattes side er muligheten for skjønnsutøvelse viktig for å kunne utføre kvalitetsarbeidet, men denne muligheten blir innskrenket som en følge av lite ressurser. Ansatte gir likevel uttrykk for en forståelse av behovet for standardisering.

Jeg finner at det offentlige uttrykker et svært bredt kvalitetsspekter gjennom ulike styringsdokumenter. Respekt i alderdommen, personsentrert tilnærming og selvbestemmelsesrett er alle elementer som i likhet med brukeren presenteres av det offentlige. På tross av dette finner jeg en motsigelse i at det offentlige legger opp til mer målbare og medisinske standarder for kvalitet gjennom de nasjonale kvalitetsindikatorerne, som får stor betydning for kvalitetsarbeidet i offentlig sektor. I Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring (2016) åpner lovverket for skjønnsutøvelse i kvalitetsarbeidet på bakkenivå. Jeg finner likevel at en følge av begrensede ressurser er at de ansatte ikke får mulighet til å utføre oppgaver utover de mest pressende måloppgavene, noe som fremstår som en motsigelse i kvalitetsarbeidet.

## **7.2 Begrensninger med studien**

Selv om jeg i denne studien ønsker å redegjøre for kvalitetsforståelse hos ulike aktører i den norske sykehjemstjenesten, er det nødvendig å erkjenne studiens begrensninger. Kvalitet er i seg selv et svært komplekst tema, som vil kreve grundige gjennomganger for å belyses. I seg selv er materialet jeg har tatt for meg svært komplekst, og studiet av en aktørs kvalitetsforståelse kunne antageligvis alene vært nok å ta for seg i en masteroppgave. Slik må det kunne sies at problemstillingen legger opp til en ambisiøs forskningsstudie med et mål om å redegjøre for kvalitetsforståelse hos de alle tre aktørene. I tillegg er det viktig å belyse at når jeg har foretatt en teoretisk diskusjon basert på oppgavens empiriske hovedtrekk og mønstre, vil noe av kompleksiteten og nyansene i materialet forsvinne. I oppgavens diskusjonskapittel vil jeg ikke kunne inkludere alt av empiri, og dermed har empiriens oppsummeringer vært avgjørende for den kommende diskusjonen. På tross av materialets kompleksitet har jeg således valgt å studere samspillet mellom de tre aktørenes kvalitetsforståelser i håp om å vise et større bilde ved hjelp av det teoretiske rammeverket.

Et annet essensielt moment med studien er valg av data og datainnhenting. Ettersom kvalitet er et subjektivt begrep, forventer jeg at ulike typer data vil kunne gi forskjellige typer svar. Dette ville for eksempel kunne vært utslagsgivende ved datainnsamling fra det offentlige, hvor et alternativ ville vært å intervju politikere eller ansatte i Helsedirektoratet. Det samme gjelder for brukeren, hvor de ulike funnene kunne variert dersom jeg foretok intervjuer av beboere eller pårørende ved sykehjem. I oppgavens metodekapittel har jeg tross dette allerede

argumentert for disse valgene, men det er viktig å få frem at i en studie av svært subjektive og komplekse oppfatninger kan valg av data være avgjørende for hvilke svar man innhenter.

Med grunnlag i et kvalitativt datamateriale er det ikke mulig å foreta noen form for generalisering utover denne studien, og heller ikke generalisering til teori vil være mulig basert på denne studien alene. Likevel vil det være mulig å definere visse implikasjoner basert på de ulike funnene, som kan anses som et steg *mot* teoribygging. De ulike funnene kan dermed likevel være relevant for andre studier, og oppgavens siste delkapittel vil gjøre rede for nettopp dette.

### **7.3 Studiens implikasjoner og videre forskning**

Studien fremhever betydningen av møtepunktet mellom ansatte og beboere, hvor respekt, medmenneskelighet og kommunikasjon spiller en avgjørende rolle i oppfatningen av kvalitet. Etersom jeg har utført en teoretisk informert studie kan jeg sette funn i teoretisk kontekst som kan være relevant for andre. I denne studien har jeg funnet at det fysiske møtet mellom ansatte og beboere i sykehjemstjenesten vil ha betydning for begge kvalitetsforståelse. Dette impliserer en bakkebyråkratisk undertone for aktørenes kvalitetsforståelse. Disse funnene kan også antagelig være overførbare i andre kontekster hvor møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er preget av samme avhengighetsforhold fra mottakerens side.

Mens jeg finner at det offentlige kvalitetsforståelse påvirkes av kvalitetsoppskrifter i deres omgivelser, finner jeg ingen indikasjon på dette fra brukeren av kvalitetstriangelet. Her vurderer jeg heller en omvendt translasjonsprosess hvor oppskrifter skapes basert på brukerens opplevelser, og som videre blir kommunisert til og påvirker ansatte. Dette fenomenet ville vært et interessant standpunkt for videre forskning, med en slik prosess i hovedfokus. Her ville det også vært interessant å inkludere alle aktørene i kvalitetstriangelet, for å studere hvordan oppskriftene spres til ansatte og videre opp til det offentlige.

I intervju med de ansatte blir ressursmangel til stadighet omtalt, og ressurser anses som begrensende for kvaliteten som tilbys ved sykehjemmene. Dette blir sett i sammenheng med overstandardisering samt begrenning av skjønnsutøvelse og autonomi i kvalitetsarbeidet ved sykehjemmene. Et interessant moment med ressursproblemet i sykehjemstjenesten kan være å ta ressursdiskusjonen videre fra et statsvitenskapelig hold, fremfor rent økonomisk.

Mine funn tyder på at de ulike kvalitetsforståelsene preges av komplekse samspill, der både hierarkisk implementeringsteori, translasjonsteori og bakkebyråkrati på ulike og intrikate måter, kan fungere som forklarende teorier. Hver aktør i kvalitetstriangelet eksisterer i sin egen kontekst, noe som vil ha betydning for deres subjektive forståelse av kvalitet. I sykehjemstjenestene møter man mennesker i deres siste fase av livet, og dermed bør kvalitet i disse tjenestene alltid være et mål å strekke seg etter. I dag eksisterer det mengder av forskning på kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, men likevel finnes det kunnskapshull på disse feltene. Standarden for kvalitet er i stadig endring, og ved å forplikte oss til å forstå og forbedre kvalitet i eldreomsorgen tror jeg samfunnet kan skape en fremtid tilrettelagt for den kommende eldrebølgen.

## Litteraturliste

- Aasbrenn, K. (2010) *Tjenester som treffer: Betyr brukerorientering og kvalitet noe annet i offentlig sektor?*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, I. mfl. (2021) Talking about quality: how 'quality' is conceptualized in nursing homes and homecare, *BMC Health Services Research*, 21(104), s. 1-12. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06104-0>
- Andersen, S.S. (2013) *Casestudier: Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aursand, P. (2023) *Eldrebølgen skaper stor usikkerhet for helsesektoren*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/eldrebolgen-skaper-stor-usikkerhet-for-helsesektoren> (Hentet: 21.05.24).
- Bedrekommune (u.å.) *Hva er Bedrekommune?*. Tilgjengelig fra: <https://bedrekommune.no/hva-er-bedrekommune> (Hentet: 05.05.24).
- Bergen kommune (2021) *Omsorg med kunnskap – Plan for helsesinstitusjoner og boliger med heldøgnbemanning i Bergen kommune 2016-2030*. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/api/rest/filer/V685241> (Hentet: 22.04.24).
- Bergen kommune (2023) *Justerer kursen for fremtidens eldreomsorg*. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/planer-i-kommunen/informasjon-om-den-enkelte-plan/byradsavd-for-eldre-helse-og-omsorg/justerer-kursen-for-fremtidens-eldreomsorg> (Hentet: 22.04.24).
- Bergen kommune (2024) *Om Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest*. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/kunnskapskommunen/om-kunnskapskommunen> (Hentet 15.05.24).
- Brevik, I. mfl. (2016) *Hjemme, borte eller uavgjort? Kvalitet og effektivitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Fafo-rapport 2016:06. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/images/pub/2016/20568.pdf>

- Bukve, O. (2021) *Forstå, forklare, forandre: Om design av samfunnsvitskaplege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bukve, O. og Kvåle, G. (2014) Eit lokalt helse- og velferdssystem under press, i Bukve, O. og Kvåle, G. (red.) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 11-23.
- Callon, M. (1984) Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay, *The Sociological Review*, 32(1), s. 196-233. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x>
- Christensen, T. mfl. (2017) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Czarniawska, B. og Joerges, B. (1996) Travels of Ideas, i Czarniawska, B. og Sevón, G. (red.) *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter, s. 13-48.
- Deloitte (2023) *Forvaltningsrevisjon av kvalitet i tjenesteytingen ved to sykehjem*. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/api/rest/filer/V26390031> (Hentet: 22.04.24).
- DiMaggio, P.J. og Powell, W.W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review*, 48(2), s. 147-160. Doi: <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Djupvik, A.R. og Eikås, M. (2016) *Organisert velferd: Organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Forbrukerrådet (2018) *Kommunene ikke interessert nok i de eldres mening*. Tilgjengelig fra: <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/kommunene-ikke-interessert-nok-i-de-eldres-mening/> (Hentet: 05.05.24).
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. *Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Førland, O. (2023) *Sykehjem*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykehjem> (Hentet: 29.05.24).

Førland, O. og Hatland, A. (2023) *Eldreomsorg*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/eldreomsorg> (Hentet: 13.11.23).

Gerring, J. (2017) *Case Study Research: Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.

Grønmo, S. (2016) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hagen, T.P. og Kaarbøe, O.M. (2006) The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals, *Health Policy*, 76(3), s. 320-333. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.06.014>

Harris-Wehling, J. (1990) Defining Quality of Care, i Lohr, K.N. (red.) *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington D.C.: National Academy Press, s. 116-139.

Helsedirektoratet (2018a) *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: Veileder til lov og forskrift*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet: 09.05.24).

Helsedirektoratet (2018b) *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf) (Hentet: 15.04.24).

Helsedirektoratet (2022) *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer> (Hentet 06.05.24).

Helsedirektoratet (2023a) *Kvalitetsindikatorbeskrivelse: Enerom med eget bad og WC*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og->

[omsorgstjenester/enerom-med-eget-bad-og-wc/Enerom%20med%20eget%20bad%20og%20WC%20-2.0%20mars%202017.pdf/\\_/attachment/inline/78967fda-5e74-4725-a1fa-c0a8e2e26771:c87f36a37b844a452d94e9de6ff6748ced5a6ade/Enerom%20med%20eget%20bad%20og%20WC%20-2.0%20mars%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/enerom-med-eget-bad-og-wc/Enerom%20med%20eget%20bad%20og%20WC%20-2.0%20mars%202017.pdf/_/attachment/inline/78967fda-5e74-4725-a1fa-c0a8e2e26771:c87f36a37b844a452d94e9de6ff6748ced5a6ade/Enerom%20med%20eget%20bad%20og%20WC%20-2.0%20mars%202017.pdf) (Hentet: 26.02.24).

Helsedirektoratet (2023b) *Kvalitetsindikatorbeskrivelse: Fagutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.* Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Fagutdanning%20i%20de%20%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20-2.0%20mars%202017.pdf/\\_/attachment/inline/7ca0f206-3c2d-4c21-b347-66b464d8fcbc:23d9cdae09dc5dc93e16a5d90a8a64402ced4de0/Fagutdanning%20i%20de%20%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20-2.0%20mars%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Fagutdanning%20i%20de%20%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20-2.0%20mars%202017.pdf/_/attachment/inline/7ca0f206-3c2d-4c21-b347-66b464d8fcbc:23d9cdae09dc5dc93e16a5d90a8a64402ced4de0/Fagutdanning%20i%20de%20%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20-2.0%20mars%202017.pdf) (Hentet: 26.02.24).

Helsedirektoratet (2023c) *Kvalitetsindikatorbeskrivelse: Legetimer per beboer i sykehjem.*

Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legetimer-per-beboer-i-sykehjem/Legetimer%20for%20beboer%20i%20sykehjem%20-2.0%20mars%202017.pdf/\\_/attachment/inline/822548e1-81fb-4c78-a9f0-2d83c0241143:39913945fe5f22cflc8814c9b216f7a576f79849/Legetimer%20for%20beboer%20i%20sykehjem%20-2.0%20mars%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legetimer-per-beboer-i-sykehjem/Legetimer%20for%20beboer%20i%20sykehjem%20-2.0%20mars%202017.pdf/_/attachment/inline/822548e1-81fb-4c78-a9f0-2d83c0241143:39913945fe5f22cflc8814c9b216f7a576f79849/Legetimer%20for%20beboer%20i%20sykehjem%20-2.0%20mars%202017.pdf) (Hentet: 26.02.24).

Helsedirektoratet (2023d) *Kvalitetsindikatordefinisjon: Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder.* Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Sykehjemsbeboere%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20m%C3%A5neder/Beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20mnd\\_juni2019..pdf/\\_/attachment/inline/5b7e615a-7888-447c-81e2-dad2a204f18e:d452aad1c11deb138760bf0c35a8152ae47a4124/Beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20mnd\\_juni2019..pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Sykehjemsbeboere%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20m%C3%A5neder/Beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20mnd_juni2019..pdf/_/attachment/inline/5b7e615a-7888-447c-81e2-dad2a204f18e:d452aad1c11deb138760bf0c35a8152ae47a4124/Beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20mnd_juni2019..pdf) (Hentet: 26.02.24).

Helsedirektoratet (2023e) *Kvalitetsindikatordefinisjon: Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder.* Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12->



[m%C3%A5neder/Beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20vurdert%20av%20tannhelsepersonell%20siste%2012%20mn\\_juni2019..pdf/attachment/inline/817ff884-14dc-4c61-9b2f-664a5f64c7dc:959757b065f44f1253a3e5fbb512aa8885834ece/Beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20vurdert%20av%20tannhelsepersonell%20siste%2012%20mn\\_juni2019..pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem/Legemiddelgjennomgang%20hos%20beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20vurdert%20av%20tannhelsepersonell%20siste%2012%20mn_juni2019..pdf) (Hentet: 26.02.24).

Helsedirektoratet (2023f) *Kvalitetsindikatordefinisjon: Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem/Legemiddelgjennomgang%20hos%20beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20v%204.0%20okt%202022.pdf/attachment/inline/84a38ebb-7f10-4a34-bd82-a2295a678dd1:ada914e1b69881c5414a071c3afd0691dd798ba4/Legemiddelgjennomgang%20hos%20beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20v%204.0%20okt%202022.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem/Legemiddelgjennomgang%20hos%20beboere%20p%C3%A5%20sykehjem%20v%204.0%20okt%202022.pdf) (Hentet: 26.02.24).

Helsedirektoratet (2023g) *Kvalitetsindikatordefinisjon: Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på langtidsopphold i institusjon*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem/Oppf%C3%B8lgning%20av%20ern%C3%A6ring%20hos%20beboere%20p%C3%A5%20sykehjem.pdf/attachment/inline/f9e8395a-eea7-4929-bd1a-a4f797b0b5ff:7144be5bb1b37a2d682dddc2f9d2a7492628940d/Oppf%C3%B8lgning%20av%20ern%C3%A6ring%20hos%20beboere%20p%C3%A5%20sykehjem.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem/Oppf%C3%B8lgning%20av%20ern%C3%A6ring%20hos%20beboere%20p%C3%A5%20sykehjem.pdf) (Hentet: 26.02.24).

Helsedirektoratet (2023h) *Nasjonal kvalitetsindikatorsystem (NKI) – årsrapport 2022*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-nki-arsrapport-2022> (Hentet: 22.09.23).

Helsedirektoratet (2024) *Sluttevalueringen av Leve hele livet-reformen er klar*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/sluttevalueringen-av-leve-hele-livet-reformen-er-klar> (Hentet: 22.04.24).

Helsedirektoratet (u.å.) *Kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester> (Hentet: 31.05.24).

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Hoen, B.T. og Abrahamsen, D.R. (2023) *Sykehjem og hjemmestjenesten i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykehjem-og-hjemmetjenesten-i-norge> (Hentet: 18.10.23).

Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.

I trygge hender (u.å.) *Redusere pasientskader*. Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader> (Hentet: 07.03.24).

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2019) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kajonius P.J. og Kazemi, A. (2016) Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care, *Health and Social Care in the Community*, 24(6), s. 699-707. Doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.12230>

Kazemi, A. og Kajonius, P. (2017) Variations in user-oriented elderly care: a multilevel approach, *International Journal of Quality and Service Sciences*, 9(2), s. 138-147. Doi: <https://doi.org/10.1108/IJQSS-06-2016-0045>

Knill, C. og Tosun, J. (2012) *Public Policy: A New Introduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillian.

Kommunal Rapport (2023) *Få sykehjem gjennomfører brukerundersøkelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.kommunal-rapport.no/nyheter/fa-sykehjem-gjennomforer-brukerundersokelse/149683/> (Hentet: 05.05.24).

KS (2021) *Hva er Leve hele livet?*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/leve-hele-livet/leve-hele-livet--en-satsing-for-eldre/> (Hentet: 22.04.24).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, *Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*.

- Lanestedt, G. (2023) Brukerorientering i offentlig sektor – reelle ambisjoner eller tomt prat?, *Stat & Styling*, 33(2), s. 22-27. Doi: <https://doi.org/10.18261/stat.33.2.5>
- Latour, B (1984) The Power of Association, *The sociological Review*, 32(1), s. 264-280. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00115.x>
- Lipsky, M (2010) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*.
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester*.
- Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*.
- Meld. St. 12 (2011-2012). *Stat og kommune – styring og samspel*.
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*.
- Mosadeghrad, A.M. (2013) Healthcare service quality: towards a broad definition, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), s. 203-219. Doi: <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
- Mosadeghrad, A.M. (2014) Factors influencing healthcare service quality, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 3(2), s. 77-89. Doi: <https://doi.org/10.15171%2Fijhpm.2014.65>
- NOU 2023: 9. *Generalistkommunesystemet: Likt ansvar – ulike forutsetninger*.
- Norvalls, H.B. (2011) *Kvalitet i omsorg - En casestudie av personellens vurdering av kvalitet, utførelse og rammebetingelser i en kommunal hjemmetjeneste*. Masteravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: <https://bora.uib.no/bora-xmloi/handle/1956/7352> (Hentet: 20.11.23).

Nylenna, M. mfl. (2015) What is Good Quality of Health, *Professions and Professionalism*, 5(1), s. 1-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.7577/pp.909>

OECD (u.å.a) *About*. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd.org/about/> (Hentet: 22.09.23).

OECD (u.å.b) *Healthcare Quality and Outcomes Indicators*. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd.org/health/health-care-quality-outcomes-indicators.htm> (Hentet 22.09.23).

Olsen, R.M. mfl. (2021) *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Rapportserie nr. 01/2023. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/3049970/Ufullstendig%20helse-%20og%20omsorgshjelp.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Hentet: 27.11.23).

Pasient- og brukerrettighetsloven, *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

Pressman, J.L. og Wildavsky, A. (1984) *Implementation*. Berkeley: University of California Press.

Rapley, T. (2004) Interviews, i Seale, C, Gobo, G, Gubriu, J.G. og Silverman, D. (red.) *Qualitative Research Practice*. London: Sage Publications, s. 15-33.

Regjeringen (2022a) *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/> (Hentet: 08.02.24).

Regjeringen (2022b) *Omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/> (Hentet: 02.11.23).

Regjeringen (u.å.) *Helse og omsorg*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/id917/> (Hentet: 02.11.23).

Reeves, C.A. og Bednar, D.A. (1994) Defining Quality: Alternatives and Implications, *The Academy of Management Review*, 19(3), s. 419-445. Doi: <https://doi.org/10.2307/258934>

- Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, R. (2004) *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røvik, K.A. (2019) *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Selznick, P. (1957) *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation*. Evanston, Ill: Row, Peterson.
- Slagsvold, B. (1995) *Mål eller mening: Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Doktoravhandling. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Slagsvold, B. (1999) Kvalitet og kontekst, i Thorsen, K. og Wærness, K. (red.) *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, s. 105-126.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) ... *Og bedre skal det bli: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: Til deg som leder og utøver*. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/\\_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf) (Hentet: 19.04.24).
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov 02. juli 1999 nr. 61 om spesialhelsetjenesten m.m.*
- Strand, B.H. mfl. (2021) *Demens*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=> (Hentet: 18.10.23).

- Toshkov, D. (2016) *Research Design in Political Science*. London: Red Globe Press.
- Ugreninov, E. mfl. (2017) *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv*. NOVA Rapport 7/17. OsloMet: NOVA. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5118> (Hentet: 25.04.24).
- Vabø, M. (2014a). Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk, i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 29-46.
- Vabø, M. (2014b). Dilemmaer i velferdens organisering, i Vabø, M. og Vabo, S. I. (red.) *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 11-28.
- van Thiel, S. (2022) *Research Methods in Public Administration and Public Management: An Introduction*. London: Routledge.
- Verdighetsgarantiforskriften, *Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg*.
- Vinsnes, A.G. mfl. (2012) Quality of care in Norwegian nursing homes – typology of family perceptions, *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), s. 243-254. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03857.x>
- Weheba, G, Cure, L. og Toy, S. (2020) Perceived dimensions of healthcare quality in published research, *International Journal of Healthcare Management*, 13(1), s. 357-364. Doi: <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1548156>
- World Health Organization (u.å.) *Quality of care*. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1) (Hentet: 21.09.23).
- Yin, R.K. (2018) *Case study research and applications: Design and methods*. Los Angeles: Sage Publications.
- Zeiner, H.H. mfl. (2024) *Mellom eksperimentell implementering og politisk styring: Sluttrapport fra evalueringen av Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. NIBR-rapport 2024:3. OsloMet: NIBR. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3124732> (Hentet: 22.04.24).

## Vedlegg 1 – Epost til private sykehjem

Hei, [REDACTED]

Mitt navn er Sunniva Marie Sæther. Jeg er student ved Universitetet i Bergen, og jeg arbeider for tiden med en mastergrad innenfor administrasjon og organisasjonsvitenskap. Min masteroppgave omhandler forståelsen av kvalitet hos det offentlige, ansatte og hos beboere ved sykehjem i Bergen kommune. Hovedmålet med studien er å sammenligne likheter og ulikheter i de ulike aktørenes oppfatninger av hva som indikerer god kvalitet i sykehjemspleien.

Studien legger opp til å gjennomføre semistrukturerte intervju som en del av datagrunnlaget for oppgaven. På bakgrunn av dette ønsker jeg å intervju en eller to fulltidsansatte helsefagarbeidere som jobber tett på beboere ved [REDACTED], og gjerne en avdelingsleder eller leder for sykehjemmet. Selve sykehjemmet vil anonymiseres og kun omtales som et privat sykehjem i Bergen. Intervjuobjektene vil anonymiseres foruten arbeidsstilling.

Jeg henvender meg til dere for å informere om prosjektet og høre om dette er gjennomførbart, samt om jeg kan settes i kontakt med mulige intervjuobjekter. Dersom dere ønsker mer informasjon om prosjektet kan dere ta direkte kontakt med meg på epost [REDACTED] eller på telefon [REDACTED]. Prosjektet er meldt til UiBs personvernombudstjeneste RETTE, og blir veiledet av professor Simon Neby ved UiB.

Vennlig hilsen,  
Sunniva Marie Sæther

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Kvalitetstriangelet - Staten, ansatte og beboere ved sykehjem»

#### Formål

Hovedformålet med studien er å studere forståelsen av kvalitet hos det offentlige, ansatte og hos beboere ved sykehjem. På bakgrunn av dette vil studien sammenligne hva det offentlige mener indikerer kvalitet, opp imot de personlige oppfatningene til de som faktisk utfører og strukturerer, samt mottar kvalitetsarbeidet.

Problemstillingen er:

*Hva mener det offentlige, ansatte og beboere indikerer kvalitet ved sykehjem, og hvilke avvik, uklarheter eller motsigelser finnes i disse oppfatningene?*

Prosjektet er en masteroppgave. Masteroppgaven er tilknyttet forskergruppen *Governing Global Challenges* ved Institutt for politikk og forvaltning ved Universitetet i Bergen.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du arbeider ved et privatideelt sykehjem i Bergen.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju. Intervjuet vil vare inntil 1 time. Intervjuet er semi-strukturert og spørsmålene handler om din og sykehjemmets kvalitetsforståelse.

Dersom du samtykker vil det bli tatt lydopptak av intervjuet.



## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du trekke tilbake samtykket når som helst uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Alt av personopplysninger vil bli behandlet varsomt, og navn vil ikke bli oppgitt.

Sunniva Marie Sæther (masterstudent), og professor Simon Neby vil ha tilgang til opplysningene som blir registrert så lenge prosjektet er aktivt.

Selve sykehjemmene vil anonymiseres og kun omtales som et privat sykehjem i Bergen, og du som intervjuobjekt vil anonymiseres foruten stillingstittel.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene blir kun bevart til prosjektet er avsluttet/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 3. juni 2024. Opptakene vil bli slettet.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Prosjektet er meldt til UiBs personvernombudstjeneste RETTE.

Med vennlig hilsen,

Sunniva Marie Sæther

Masterstudent ved Universitetet i Bergen.

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Kvalitetstriangelet - Staten, ansatte og beboere ved sykehjem, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 – Intervjuguide

### Intervjuguide

Spørsmål

Nøkkelord/oppfølging

#### **Bakgrunnsinformasjon**

Kan du fortelle litt om bakgrunnen din her ved sykehjemmet?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvilken rolle har du?</li><li>- Hvor lenge har du arbeidet her?</li><li>- Jobbet ved andre sykehjem tidligere?</li></ul>
Hvis du skulle beskrive arbeidshverdagen din, hva ville du lagt vekt på?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansvar</li><li>- Pleie</li><li>- Mengde pasienter</li><li>- Møter</li><li>- Kurs</li><li>- Aktiviteter</li></ul>
Hvordan opplever du typisk arbeidshverdagen din?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Stressende</li><li>- Tilfredsstillende</li><li>- Rolig</li><li>- Gjennomførbar</li><li>- Presset</li></ul>
Fra en pasients perspektiv, hva gjør du for dem i løpet av en vanlig arbeidsdag?	
Ser arbeidshverdagene ofte like ut eller er de preget av uforutsigbarhet?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Standardiserte oppgaver?</li></ul>
Er det noen typiske stressfaktorer som går igjen i arbeidshverdagen din?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Med pasienter</li><li>- Med kollegaer</li><li>- Tidsmessig</li><li>- Arbeidsmengde</li></ul>

#### **Grunntanker om kvalitet i arbeid**

Kan du fortelle litt om kvalitetsutvikling ved sykehjemmet, og din rolle i dette?	
Hvem føler du har mest å si for hvordan kvaliteten ved sykehjem er?	
Hva er dine personlige oppfatninger av hva som utgjør kvalitet ved sykehjemsomsorg for beboere?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hva betyr kvalitet for deg i sykehjemsomsorgen?</li></ul>

Hvor tror du tankene dine om kvalitet i sykehjemsomsorgen kommer/stammer fra?	- Yrkesetikk, erfaringer, leste retningslinjer?
Føler du at du selv får gitt kvalitetsstandarden du har beskrevet?	- Hvis ja: Hva gir deg mulighet til det - Hvis nei: Hvorfor ikke
Føler du at du har nok ressurser til å utføre ønskelig kvalitetsarbeid for beboerne du jobber med?	- Ressurser som tid, kapasitet, fysiske midler (mat, møbler)
Føler du at du har mulighet til å foreta skjønnsmessige vurderinger i arbeidet ditt?	- Hvis nei ikke mulighet: Tror du at det ville forbedret kvaliteten? - Hvis ja: Føler du dette bidrar til bedre pasientomsorg?

### Kvalitetsstandarder i sykehjemmet

Har sykehjemmet egne definerte kvalitetsstandarder/mål/retningslinjer for arbeidet som gjøres i hverdagen?	- Er disse i utvikling, får dere være med å utvikle disse?
Hvordan ser kvalitetsstandardene ut i det praktiske arbeidet?	- Hvilke arbeidsoppgaver?
Hvor ofte er du med i møter om kvalitetsarbeidet på sykehjemmet?	- Er dette møter som en form for rapportering eller for utvikling? - Hvem er med?
På hvilke måter har du mulighet til å bidra til beslutningstaking knyttet til pasientomsorg og kvalitetsstandarder?	
Er det noe som kunne gjort det enklere å etterfølge standardene?	- Arbeidskraft? - Omformulering?

**Statlige/kommunale standarder:**

Er kommunale eller statlige standarder/mål for kvalitet i helsetjenestene «synlig» i din arbeidshverdag?	- Hvordan videre- kommuniseres disse?
Hvor aktivt «brukes»/følges statlige mål og retningslinjer i hverdagen?	

**Mulighet for tolkning/tilpasning:**

Legges det til rette for at man kan gjøre egne <b>fortolkninger</b> av kvalitetsstandarder/retningslinjer?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvis nei: Skjer det likevel?</li><li>- Hvorfor er dette evt. viktig?</li><li>- Hvorfor er dette evt. nødvendig?</li></ul>
I hvilken grad har du <b>friheten til å tilpasse</b> (eller endre) standarder/prosedyrer for å bedre møte beboernes behov?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eksempler hvor fleksibilitet har ført til forbedringer i drift eller omsorg?</li></ul>
Opplever du at det er et behov for at du selv må tolke nasjonale eller sykehjemets kvalitetsstandarder?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvis ikke: Føler du det skjer en fortolkning en annen plass, i så fall hvem foretar den?</li></ul>
På hvilke måter klarer du å tilpasse standarder/retningslinjer i møte med de individuelle behovene til beboerne ved sykehjemmet?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan balanserer du behovet for å følge nasjonale retningslinjer med behovet for tilpasning etter lokale forhold?</li></ul>
Hvor viktig er beboernes/ de pårørendes tilbakemeldinger for kvalitetsarbeidet/utviklingen?	

**Utfordringer/motstridig:**

Har du opplevd utfordringer med implementering av nye påbud/prosedyrer (fra det offentlige eller ledelsen) som påvirker ditt kvalitetsarbeid?	
---	--

Har du et eller flere eksempler på en retningslinje (policy) som krevde mye tilpasning for å fungere effektivt i din arbeidshverdag?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- For eksempel retningslinjer som kan virke motstridende?</li> <li>- Hvordan håndtere dette?</li> </ul>
Er det situasjoner der det har vært vanskelig å balansere skjønn med organisatoriske retningslinjer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I så fall, hvorfor?</li> <li>- Er det noen ganger vanskelig å tilpasse seg bredere retningslinjer til individuelle situasjoner?</li> </ul>
Er det områder innen sykehjemsomsorgen hvor du mener teori og praksis ikke alltid stemmer overens?	

### Avsluttende spørsmål

Har du noen tanker om hvordan sykehjemmet kan forbedre sitt kvalitetsarbeid, basert på dine daglige erfaringer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Som staten kan hjelpe med</li> <li>- Som ledelsen kan hjelpe med</li> <li>- Rutiner som kan legges om</li> <li>- Som personalet kan legge om</li> </ul>
Er det noe du har tenkt på under intervjuet som du ønsker å legge til?	
Er det noen andre du tenker jeg burde snakke med, eller dokumenter jeg burde lese?	