



***IPLoS-registrering  
mellom statlige styringsidealer  
og lokale realiteter,  
hvordan varierer praksis  
i kartlegging av omsorgsbehov?***

---

***Kvalitativ intervjuundersøkelse med IPLoS-kontakter i ni kommuner  
i Vest-Agder***

***Av***

***Ingrid Mydland***

***Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi***

***10. november 2011***

***Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap***

***Det samfunnsvitenskapelige fakultet***

***Det medisinsk-odontologiske fakultet***

***Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)***

***Universitetet i Bergen***

## UTSYN

I Nedover-dalen er det farleg glatte bakkar  
med motsett forteikn  
altfor lett å komme på gli  
berre strake vegen, strykande  
her er ingen motstand  
berre fargelaus medvind  
ei makeleg flog  
i ingen himmelretning  
og utan veger

På Oppover-fjellet  
er det alltid ein ny avsats  
å hake seg fast i  
stå der i si fulle høgde  
eit gjennomblåst sekund  
før neste etappe  
utsyn på utsyn opnar seg  
alt er fridom og val  
alt er vilje og veg

Åse Marie Nesse, "Vandrerstjerner" 1992

## Forord

Denne oppgaven avslutter Erfaringsbasert masterstudium i Helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen, etter tre år som deltidsstudent ved siden av jobb som leder og seniorrådgiver i helsesektoren.

Opgaven er basert på en studie innen eget helsefelt i Vest-Agder, med fokus på kartleggingsverktøyet IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) i kommunal omsorgstjeneste. På masterstudiet har det vært fokus på ledelse i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Med mitt faglige utgangspunkt som leder i kommunal sektor, ønsket jeg å se nærmere på kommunehelsetjenesten. Kunnskapssenteret går aktivt ut og oppfordrer til økt forskning innen helse og omsorg på kommunalt nivå, det samme foreslås i dokumenter om samhandlingsreformen og andre innovasjonsutredninger, som for eksempel NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg".

Etter to år som sykepleier i spesialisthelsetjenesten på akuttmottak, kirurgisk poliklinikk og rehabilitering på hhv. Harstad sykehus og Vest-Agder Sentralsykehus (nå Sørlandet sykehus) (1987-1989), har jeg arbeidet som spesialsykepleier og leder på fag- og administrativt nivå i 21 år innenfor kommunehelsetjenesten i Audnedal og Mandal kommune i Vest-Agder. Nå jobber jeg som seniorrådgiver i Helse- og omsorgsavdelingen hos Fylkesmannen i Vest-Agder.

Opgaven hadde ikke blitt slik den er i dag, uten støtte og konstruktive innspill fra kolleger og arbeidsgivere. Takk til Mandal kommune og Fylkeslegen i Vest-Agder for tilrettelegging av tid til gjennomføring av empirisk undersøkelse og oppgaveskriving, samtidig med full jobb.

Jeg vil spesielt takke alle respondentene som viste meg tillit og sa ja til å stille opp på intervju og villig delte av sine erfaringer. Uten dem hadde det ikke blitt noen oppgave.

Førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen ved Universitetet i Agder har vært min veileder. Takk for at du har delt generøst av dine kunnskaper, og utfordret meg til å reflektere både på oppgavetekst og egen læringsprosess. Jeg sitter igjen med kunnskap om tema og skriveprosess, og har etter beste evne forsøkt å gi en metodisk fremstilling av hvordan lokale IPLOS-kontakter opplever likheter og variasjoner i IPLOS-kartlegging.

Til slutt vil jeg takke min nærmeste familie for støtte og oppmuntring! En spesiell takk til min bror Øyvind Mydland og mine studerende døtre Sandra og Christine for nyttige innspill på tema, formuleringer og utforming av oppgaven.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>side 1</b>
1.1 Problemstilling og avgrensing i oppgaven	side 2
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling	side 2
1.3 Struktur i rapporten	side 3
1.4 Valg av IPLOS-kontakt som informanter i undersøkelsen	side 5
1.5 Min bakgrunn og forforståelse	side 5
1.6 Egen arbeidserfaring og lokal kjennskap til fagfeltet	side 6
1.7 Tidligere relevant forskning på IPLOS	side 7
<b>2.0 HVA ER IPLOS ?</b>	<b>side 8</b>
2.1 Behov for individbasert omsorgsstatistikk	side 8
2.2 Nasjonale myndigheters formål med IPLOS- forskriften	side 10
2.3 Forankring av IPLOS i pasientjournalen	side 11
2.4 Innsigelser i oppstarten av IPLOS	side 12
2.5 Kommunal omsorgssektor som arena for IPLOS	side 12
2.6 Brukerdialog og kartlegging i IPLOS	side 13
<b>3.0 TEORETISK REFERANSERAMME</b>	<b>side 15</b>
3.1 Introduksjon	side 15
3.2 Instrumentelt perspektiv	side 16
3.3 Institusjonelt perspektiv – kulturperspektivet	side 18
3.4 Institusjonelt perspektiv – myteperspektivet	side 20
3.4.1 New public management-strømninger og -påvirkning innen helsetjenesten	side 21
3.4.2 Motebegrepet i institusjonelt perspektiv	side 22

<b>4.0 METODE</b>	<b>side 24</b>
4.1 Kvalitativ metode	side 24
4.2 Etikk og kvalitativt forskningsdesign	side 25
4.3 Induktiv metode som utgangspunkt for undersøkelsen	side 26
4.4 Valg av informanter	side 26
4.5 Intervjuguide	side 28
4.6 Gjennomføring av intervjuer	side 29
4.7 Troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet	side 29

<b>5.0 ANALYSE OG DRØFTING</b>	<b>side 32</b>
5.1 Introduksjon	side 32
5.2 Har IPLOS-kontakt fokus på opplæring eller kontroll i kartlegging?	side 33
5.3 Informasjon og brukerdiallog i IPLOS-kartlegging	side 38
5.4 Faglig skjønn, likhetskrav og tallskalering	side 40
5.5 Motstand	side 45
5.6 Bruk av variabel 9 “ikke relevant”	side 48
5.7 Idyllisering eller nøktern vurdering av nødvendig helsehjelp?	side 50
5.8 Hva brukes IPLOS til lokalt?	side 53

<b>6.0 KONKLUSJON</b>	<b>side 57</b>
6.1 Undersøkellesdesign og betydning for prosess og resultat	side 57
6.2 Fikk jeg svar på spørsmålet om helsepersonell ivaretar likhetskravet i kartlegging av omsorgsbehov i IPLOS?	side 58
6.3 Veien videre	side 59

#### **LITTERATURLISTE**

Vedlegg nr. 1: Figur nr. 1: IPLOS-prosessen

Vedlegg nr. 2: Tabell nr. 1: Tabelloversikt på hovedfunn i undersøkelsen

Vedlegg nr. 3: Begrepsavklaringer

Vedlegg nr. 4: Brev til rådmenn og informasjonsbrev til respondenter

Vedlegg nr.5: Intervjuguide



## Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel <b>IPLOS-registrering mellom statlige styringsidealer og lokale realiteter. Hvordan varierer praksis i kartlegging av omsorgsbehov?</b>				
Forfatter Ingrid Mydland				
Forfatterens stilling og arbeidssted : Fylkesmannen i Vest-Agder, Kristiansand Mailadr. <a href="mailto:imy@fmva.no">imy@fmva.no</a>				
Dato for godkjenning av oppgaven 10. november 2011		Veileder Dag Olaf Torjesen		
Antall sider 59	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk og engelsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
<p><b>Bakgrunn:</b> IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er en del av helsepersonells dokumentasjonsplikt på omsorgsbehov og tjenestetilbud til brukere som søker eller mottar kommunale omsorgstjenester. Nasjonalt mål ved innføring av IPLOS-forskrift i 2006, var lik registrering i alle kommuner.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med studien var å undersøke hvordan IPLOS-kontakter opplever at helsepersonell fanger opp omsorgsbehov i IPLOS . Ved å få tak i deres forståelse av likheter og variasjoner i kartleggingen, håper jeg å få bedre innsikt i hvordan standardiserte kartlegginger og målinger fanger opp kunnskap om omsorgsbehov.</p> <p><b>Materiale:</b> Intervju med elleve ansatte i kommunal omsorg som innehar funksjonen IPLOS-kontakt.</p> <p><b>Metode:</b> Kvalitativ metode er valgt som design for problemstillingen, gjennomført som individuelle intervjuer i ni kommuner fordelt på tre regioner i Vest-Agder fylke, i desember og januar 2010-2011. Undersøkelsen er analysert og diskutert i lys av instrumentelt, kultur og myteperspektiv, med bruk av hovedkategorier; organisering, kompetanse på IPLOS og forankring/ledelse i analyse og tolkning av materialet.</p> <p><b>Resultat:</b> Informantene er kategorisert i to hovedgrupper: konsulent og leder. En leder mente IPLOS burde vært obligatorisk i helseutdanninger, så studenter kjenner til dokumentasjonskrav de møter i kommunal praksis. Alle bør ha kunnskap om IPLOS uavhengig om de jobber i stat eller kommune, ikke minst pga. samhandlingsreformen som kommer i 2012. Felles for alle informantene var et syn på at verktøyet i liten grad fanger opp raske behovsendringer som er såpass omfattende at de får innvirkning på skåring i IPLOS. Alle informantene var samstemte i at det ikke foregår idyllisering ved kartlegging i IPLOS. Flere av informantene koblet forståelse av skåringer i IPLOS til profesjonsbasert ”stiavhengighet”, at de i kraft av sin utdanning la ulike perspektiver til grunn for vurdering av brukers omsorgsbehov. En informant brukte også ordet ”generasjonsskifte” om endring i stiavhengigheten relatert til at nyutdannede helsearbeidere tok skåringen lett fordi de var kjent med bruk av data. Lederforankring og kompetanse fremheves som nødvendig, for å oppnå lik forståelse av IPLOS-kartlegging. Lederinvolvering fra administrativt nivå i kommunen var i hovedsak fraværende. Unntaket var kommuner som hadde lagt til rette for systematisk opplæring i bruk av IPLOS som en del av prosjektsatsing på IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) i omsorgssektor.</p> <p><b>Konklusjon:</b> IPLOS fanger opp omsorgsbehov, men funn i undersøkelsen viser at IPLOS-kontakter vurderer større grad av variasjon enn likhet i helsepersonells skalering av omsorgsbehov i IPLOS. Helsepersonell har tatt fatt i oppgaven og ifølge informantene i undersøkelsen blitt flinkere til å skåre i IPLOS, men de skårer ikke likt. Både ledere og konsulenter etterlyser lederforankring og prioritering av tid til tverrfaglige refleksjoner om skåring, og opplæring i bruk av IKT for lokal nytte av verktøyet til styring og ledelse.</p>				
<b>Nøkkelord:</b> IPLOS, helsepersonell, individbasert statistikk, faglig skjønn, organisering, kompetanse, skalering, lederforankring, instrumentelt perspektiv, kultur- og myteperspektiv, kvalitativt design				



**Dissertation submitted for the degree of  
Master in Health Management, Quality Improvement and Health  
Economics in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
<b>IPLOS registration interstate management ideals and local realities, and how varying practices in the assessment of care needs?</b>				
Author Ingrid Mydland				
Author's position and address: Senioadviser, Department of health in General of Vest-Agder, Email: imy@fmva.no				
Date of approval		Supervisor Dag Olaf Torjesen		
10. november 2011				
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
59	Norwegian	Norwegian and English		
<b><u>Summary</u></b>				
<p><b>Background:</b> IPLOS (individual-based care and care statistics) are part of health personnel documentation required for care and services to users who seek or receive local care services. National Target by introducing IPLOS regulations in 2006, was similar registration in all municipalities.</p> <p><b>Purpose:</b> The ambition of the study was to do research on how the IPLOS contacts experience the health personnel's track of the need for care in IPLOS. By attaining their perception of the parallels and variations in the survey, I hope to achieve a better insight in how the standardized surveys and measurements catch up on the knowledge of need of care.</p> <p><b>Material:</b> A qualitative method is the design chosen as the approach of the problem, which is accomplished as individual interviews in nine communities in three regions in the county of Vest-Agder.</p> <p><b>Results:</b> The respondents are categorized into two main groups: consultant and leader. A manager said IPLOS should have been mandatory in elementary education in health sciences, so students know what is required of documentation skills when they come out in public practice. Everyone should have knowledge of IPLOS regardless of whether they work in the state or municipality, not least due the interaction reform coming in 2012. They felt that the tool failed to provide a comprehensive picture of the resource needs of the individual user. Shared by all informants was a view of the tool to a small extent captures rapid demand changes that are so extensive that they will affect the scoring in IPLOS. All informants were consistent in that there is no idyllisering in mapping IPLOS. Managers and consultants believed health professionals struggling to assess the necessary medical care because they wanted to provide more help and care than mapping and resolution allow up to. Several of the informants connected understanding of the scores in IPLOS to professional based path dependency, that in virtue of their education allow different perspectives as the basis for evaluation of user's care needs. One informant used the word "generation" of change in path dependency related to the graduates health workers did not score easily because they were not familiar with the use of data. Leader involvement administrative level in the community was largely absent. The exception was the municipalities that had been made for systematic training in the use of IPLOS as part of project investment in ICT (information and communication technology) in the care sector.</p> <p><b>Conclusion:</b> Health care has taken hold of the task and according to the respondents in the survey were much better at scoring in IPLOS, but the scores are not equal. Both managers and consultants whose role as IPLOS contact, calls for management support and prioritization of time to interdisciplinary reflection on scoring and training in the use of ICT for local benefit of the tool for management and leadership.</p>				





## 1.0 INNLEDNING

Oppgaven handler om individbasert pleie og omsorgsstatistikk (heretter kalt IPLOS). Opplever IPLOS-kontakter at helsepersonell ivaretar likhetskravet ved registrering av individuelle omsorgsbehov, eller finnes det variasjoner i implementering av verktøyet?

Implementering brukt som begrep i denne oppgaven er relatert til implementering og praktisk organisering av IPLOS, kommunal kompetanse på IPLOS, og lederforankring av verktøyet. Hvilke forhold støtter eller hindrer formålet om lik forståelse når helsepersonell kartlegger individuelle omsorgsbehov i IPLOS?

Allerede i mai 2001 besluttet Sosial- og helsedepartementet å innføre «Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk», og IPLOS ble lansert i mars 2006 (FOR 2006:02-17). Formålet var bedre dokumentasjon av behov og etterspørsel på tjenester. Systemet er basert på at tjenesteytere i kommunal omsorgstjeneste registrerer individuelle behov for bistand gjennom skåring av poeng med gitte verdier på en skala fra null til fem og ni (ikke relevant) på 17 spørsmål. Myndighetene har ikke gitt detaljerte retningslinjer om implementeringen på kommunalt nivå, utover anbefalinger gitt i egen veileder. Veileder vektlegger likhetskravet i skåringen, og belyser for eksempel hvordan brukerdialog bør gjennomføres og tverrfaglige vurderinger bør legges til grunn for hvordan de ulike variablene skal tolkes. For mer detaljert informasjon, henvises til veileder.<sup>1</sup> Min interesse for hva som påvirker helsepersonells datafangst i IPLOS, førte til valg av hovedfokus på hvordan omsorgsbehov fanges opp i kartleggingen, og om den er preget av likhet eller variasjoner. Økt forståelse vil forhåpentligvis bidra til mer kunnskap om hvordan top-down implementeringer virker i praksis.

For å få svar på problemstillingen måtte jeg ut og spørre personer i kommunal omsorgstjeneste, som hadde kunnskap om implementering av IPLOS-kartlegging. I oppgaven spørres IPLOS-kontakter i et kvalitativt studiedesign om hvordan de oppfatter status på likheter og variasjoner i kartleggingsarbeidet i IPLOS. Dette presenteres i en form hvor jeg formidler deres beskrivelser, som videre analyseres og fortolkes via

---

<sup>1</sup> [https:// www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00129/IPLOS](https://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00129/IPLOS)

forklaringsmodeller i tre organisasjonsteoretiske perspektiver; instrumentelt og institusjonelt (kultur- og myte-) perspektiv.

## **1.1 Problemstilling og avgrensning i oppgaven**

I Helsedirektoratets veileder IS-1112 (2009:6) heter det at hvis IPLOS-forskriften skal gi viktig og relevant kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestene, må de som registrerer ha en *entydig forståelse av hva som ligger i den enkelte opplysning*. Veilederen skal være et hjelpemiddel for å sikre dette. Min undring er rettet mot hvordan skalering gjennomføres i 430 kommuner, med ulik organisering, kompetanse og registrering blant ulike profesjoner. Jeg vil undersøke om det faktisk er slik at registreringen er basert på en *entydig forståelse* eller om det foreligger variasjoner. Dette munner ut i følgende problemstilling:

***Hvordan varierer praksis blant helsepersonell i kartlegging og registrering av omsorgsbehov og hvordan avviker denne praksisen fra nasjonale føringer for registrering?***

Undersøkelsen har en fastsatt avgrensning i omfang, som en del av erfaringsbasert masterutdanning i Helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen. Gjennomføring av undersøkelsen i ni kommuner i Vest-Agder innebærer også en begrensning i datafangsten, som ikke kan generaliseres direkte til andre kommuner. Målet har heller ikke vært det, men heller å skaffe dypere innsikt og forståelse for hvordan slike nasjonale kartlegginger virker i praksis.

## **1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling**

Problemstillingen er formulert som et spørsmål fordi det finnes lite forskning om hvordan IPLOS-implementering oppleves i praksis. Likheter og variasjoner i IPLOS-kartlegging av omsorgsbehov, kan si noe om hvordan en nasjonal initiert, top-down kartlegging som IPLOS blir implementert. I hvilken grad vurderer IPLOS-kontakter at helsepersonell har en entydig forståelse av kartleggingsarbeidet i IPLOS? Er det organisatoriske, strukturelle, kunnskapsmessige eller kulturelle forhold som bidrar til likhet eller variasjoner?

Krav til synliggjøring som grunnlag for prioriteringer i helsevesenet, har medført økt fokus på målinger og krav til effektiv drift. Dette presser seg frem gjennom nasjonale og

internasjonale reformstrømninger. Det blir presisert i IS-1040 (2006:34) at et slikt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for at politiske beslutninger skal bygge på viten om utviklingen. Viten om utvikling defineres videre som hensyn til behov, tjenesteyting og ressursinnsats. Alle kommunale omsorgsmottakere uavhengig av alder eller fysiske, psykiske eller kognitive bistandsbehov skal kartlegges innenfor samme variabeloppsett og poengskala i IPLOS. Den skal gjøres fortløpende på alle nye henvendelser eller søknader om omsorgstjenester. Det betyr at IPLOS fanger opp fortløpende registrering og produksjon av tjenester i sektoren. Deretter forventes det at måleverktøy skal tilpasses små og store kommunale organisasjoner.

Både Helsedirektoratet, fylkesmenn og kommunale ledere/eiere har forventninger til at kartlegging i IPLOS blir gjennomført i henhold til vedtatte krav i forskrift. De forskjellige fagområder og nivåer i helsetjenesten har ulike målesystemer og verktøy, og det stilles stadig nye krav til samhandling og integrasjon av for eksempel tjenester, informasjon, økonomi og teknologi, jf. samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgslovgivning fra 2012 (St.meld.nr.47, 2008-2009). Min erfaring som leder og rådgiver har gjort at jeg har stilt spørsmål ved hvor stille en så omfattende reform for alle som jobber med brukere i omsorgstjenesten har gått for seg. Er det fordi fokus har vært på nasjonale tall, og kommunene fortsatt er definert å være i implementeringsfasen, eller er det fordi kommunene generelt sett ikke har prioritert å tilrettelegge for kompetanse om IPLOS eller ikke har fokusert på lokal bruk av verktøyet?

### **1.3 Struktur i rapporten**

Oppgaven er delt inn i 6 hovedkapitler.

I kapittel 1 gis en innføring i valg av tema og problemstilling, personlig kontekst og formelle rammer for oppgaven. Jeg har også forklart hvorfor jeg har valgt å spørre IPLOS-kontakter for å få svar på spørsmålet i problemstillingen. Jeg har tatt med en oversikt over relevant forskning som er gjort i tilknytning til tema i oppgaven. Oppgaven er gjennomført som en case-studie på omsorgsfeltet i 9 kommuner. Kapittel 2,3, 5 og 6 presenterer henholdsvis informasjon, teoretiske perspektiver i oppgaven og til slutt presentasjon av funn og konklusjon i undersøkelsen.

Informasjon om IPLOS-forskriften, brukermedvirkning, forankring av verktøyet i journaldokumentasjon samt lokale og nasjonale myndigheters perspektiv på IPLOS, presenteres i kapittel 2. Ulike perspektiv på oppstarten og hva som ble gjenstand for oppmerksomhet, samt rammer for ledelse av kommunal sektor, anser jeg som nyttig introduksjon til tema for leseren.

Kapittel 3 er oppgavens teorikapittel. Jeg presenterer leseren for det instrumentelle og institusjonelle (kultur- og myte-) perspektiv som brukes for å fortolke og belyse problemstillingen i lys av de praktiske funn fra intervjuene i undersøkelsen. Innenfor myteperspektivet trekkes også med en redegjørelse om reformstrømninger de siste tiår (New public management), for å si noe om hvordan disse strømmingene kan påvirke utforming og valg av løsningsstrategier på oppgaver i helsetjenesten.

Jeg har valgt å utlede tre hovedkategorier fra teoretiske perspektiver i undersøkelsen, fordi det passer godt til det jeg skal presentere i kapittel 5. Dette er organisering, kommunal kompetanse på IPLOS og forankring/ledelse.

Metodekapittel 4 beskriver fremgangsmåten for selve undersøkelsen. Først valg av kvalitativt metodisk design, og hvorfor jeg valgte individuelle intervjuer. Deretter hvordan jeg valgte ut aktuelle informanter, forberedelse og gjennomføring av intervjuer. Til slutt i metodekapittelet har jeg tatt med en vurdering av datamaterialets troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet. Jeg bruker disse begrepene fordi de passer bedre i et kvalitativt studiedesign enn begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

Kapittel 5 er empirikapittelet hvor jeg presenterer funn i undersøkelsen og fortolker disse sett med ”konsulenten” og ”leders” øyne relatert til instrumentelt og institusjonelt kultur- og myteperspektiv. Jeg har forsøkt å strukturere funn tematisk, diskuterer og skriver sammendrag underveis på analyse og drøfting, som jeg underbygger endelig konklusjon med i kapittel 6. Før konklusjon diskuteres om valg av flerperspektiv på problemstilling i kapittel 3 var egnet for studiens problemstilling, eller kunne annen teori gitt bedre innsikt? Avslutningsvis konkluderer jeg med om studien har gitt svar på problemstilling, og andre forhold som jeg mener bør nevnes relatert til funn i undersøkelsen. En oversiktstabell på sentrale funn i undersøkelsen ligger som eget vedlegg nr. 2, side X, tabell nr.1: *Tabelloversikt på hovedfunn.*

## **1.4 Valg av IPLOS-kontakt som informanter i undersøkelsen**

Alle kommuner har ifølge Helsedirektoratet, minst en kontaktperson som har en definert rolle for å følge opp arbeidet med IPLOS (FOR:2006). Dette gjør de ved siden av andre roller som leder, prosjektleder, merkantil eller klinisk helsepersonell (for eksempel sykepleier, vernepleier eller ergoterapeut). IPLOS-kontakter ble valgt som informanter fordi jeg vurderte dem som sentrale aktører i prosessen med implementering av verktøyet. De sitter med detaljkunnskap på gjennomføring av kartlegging, og direkte kjennskap til utfordringer i implementering av IPLOS.

## **1.5 Min bakgrunn og forforståelse**

Min faglige bakgrunn er sykepleier med videreutdanning i veiledningspedagogikk, psykisk helsearbeid, ledelse og coaching. Jeg har klinisk erfaring fra akuttmottak og fysikalsk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, samt eldreomsorg og psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten. Jeg har jobbet som faglig og administrativ leder i kommunal helse- og sosialtjeneste i 21 år. Totalt 24 år i helse- og sosialtjenesten. Fra egen erfaring som leder og ansatt i kommunal sektor, var ikke hovedfokus i en travel hverdag på nasjonale kartleggingsundersøkelser. Klinikere ute i praksis var engasjert i hvordan brukeren skulle følges opp faglig forsvarlig innenfor sitt ansvarsområde.

Nå jobber jeg som seniorrådgiver hos Fylkesmannen i Vest-Agder/Helsetilsynet. Gjennom egne erfaringer har jeg reflektert over at kunnskapsbasert praksis og forskning i større grad er relatert til spesialisthelsetjenesten enn kommunal helsetjeneste. Et område jeg ønsket å vite mer var iverksetting av IPLOS, valg av implementeringsløsninger og hvordan dette påvirker vurderinger og kartlegging av omsorgsbehov. Kan denne studien bidra til større forståelse for hva som hemmer og fremmer styring og ledelse på dokumentasjon i omsorgssektor, har jeg oppnådd noe av det som var min motivasjon for å gjennomføre undersøkelsen.

Min egen bakgrunn kan både styrke og hemme hvordan problemstillingen om IPLOS vinkles i oppgaven. Jeg kjenner godt til prioriteringsdilemmaet knyttet til praktiske oppgaver i direkte brukerkontakt versus krav om registreringer, rapporteringer og planarbeid. Intervjuene er gjennomført i fylket hvor jeg bor og jobber, noe som kan hemme respondentenes utsagn. De kan tillegges vekt, eller jeg kan farge, forsterke eller

overhøre det som kommer frem av synspunkter gjennom egen kontekst av forforståelse og førkunnskap om den enkelte kommune.

## **1.6 Egen arbeidserfaring og lokal kjennskap til fagfeltet**

Vest-Agder fylke er nedslagsfelt for gjennomføring av kvalitative intervjuer i undersøkelsen. Dette innebærer visse utfordringer i tillegg til de vanlige utfordringer om forskerens krav til ”ikke-viten” i studier av samfunnsmessige og kulturelle fenomen. I utgangspunktet er det umulig for meg som forsker å gå inn i en intervjusituasjon som nøytral. Det skjer alltid en ”oversettelse” på bakgrunn av den forutforståelse jeg har som forsker, ifølge Tor Halfdan Aase (red.1997:73).

Den subjektive forforståelse hevder han videre, er ingen feilkilde som sperrer for innsikt men en forutsetning for innsikt. For meg ble det ved gjennomføring av intervjuer tydelig at jeg kjente konteksten kommunal sektor godt. Jeg opplevde en trygghet i intervjusituasjonen fordi de visste at jeg hadde kunnskap om IPLOS, selv om jeg ikke hadde detaljert innsikt i verktøyet på intervjutidspunktet. Det kan likevel tenkes at de holdt tilbake informasjon, på grunn av min nye rolle hos fylkesmannen/helsetilsynet. Jeg opplevde bare en gang under intervjuene at det ble henvist til at fylkesmannen bør følge opp hvilke opplysninger statlige myndigheter skal ha, slik at de finnes i IPLOS. Hvis jeg hadde stått fjernt fra mine informanter på erfarings- og kunnskapsgrunnlag, kunne dette vært sett på som et hinder for forståelse. Samtidig er det en fare for å ta ting for gitt når jeg kjenner fagmiljøet. Ved å bruke etablerte teoretiske perspektiver som fortolkningsgrunnlag i undersøkelsen, har jeg skapt et rom mellom meg og materialet som forhåpentligvis styrker troverdigheten. Når jeg i tillegg er åpen om hvordan undersøkelsen metodisk er gjennomført, og samtidig reflekterer over egen kontekst i forhold til informantene jeg undersøker noe om, etterstreber jeg en mest mulig nøytral holdning i valg av informanter, gjennomføring av intervjuer, analyser og fortolkninger.

Det er også en utfordring å skille mellom rollen jeg har som ansatt og rollen som student ved Universitetet i Bergen. Det var nødvendig å presisere rollen som student gjennom informasjons-brev og ved oppstart av intervju. Likevel, jeg har ingen mulighet til å stille meg utenfor den sosiale verden jeg studerer (Jacobsen 2005:230), så det endelige resultatet er det bare jeg som kan stå inne for.

## 1.7 Tidligere relevant forskning på IPLOS

Det foreligger lite forskning på IPLOS, men det er skrevet to masteroppgaver (Sikkeland 2009 Hofstad 2009) som har ulike innfallsvinkler til IPLOS. Sikkeland (2009) bruker ordene ”*klassifiseringens fortiende forutsetninger*” og viser til at ved kategorisering og klassifisering blir egenskapene, eller manglende egenskaper, løsrevet fra individene. Hofstad (2009) tar opp hvordan organisasjon og teknologi påvirker hverandre eller hvordan arbeidstakere påvirkes og påvirker teknologi. En tredje masteroppgave tar for seg det internasjonale ICF<sup>2</sup> verktøyet som IPLOS har tatt inn i deler av i sitt variabeloppsett. Høyem (2007) belyser hvilke begrensninger som ligger i bruk av slike kartleggingsverktøy på ulike virkeligheter i praksis, hvor flere lager sine egne tolkninger og velger pragmatiske løsninger som kanskje ikke samsvarer med generelle betingelser for anvendelse av slik statistikk. Både maktforhold, språkbruk, utøvelse av faglig skjønn og subjektive vurderinger drøftes. Internasjonalt foreligger en dansk rapport som sammenligner ulike kartleggingssystemer i Norden relatert til det danske “Felles sprog“-prosjektet, som kommenterer at IPLOS i Norge er top-down implementert, mens andre land som for eksempel Storbritannia har akkreditert <sup>3</sup> flere typer individuelle kartleggingssystemer (Hansen & Olsen 2005).

Det som for øvrig finnes av rapporter og artikler i Norge er initiert av myndighetene i forarbeider og evalueringsrapporter vedrørende IPLOS fra perioden 1996-2010. Sentrale rapporter her er Ingar Pettersen m.fl. (2007), og Gabrielsen m.fl. (2008) samt et prosjekt ved Alderspsykiatrisk forskningssenter sykehuset Innlandet ved Selbæk og Høgset (2010:17) som vurderte hvor godt IPLOS fanger opp reelle omsorgsbehov. De fant ut at hos eldre med kognitiv svikt er IPLOS ikke tilstrekkelig til å fange opp nødvendig dokumentasjon, og at det kreves kunnskap om kognitiv svikt, nevrologisk svikt og psykiatrisk fagkunnskap for å fange opp behov og ikke minst vite hvilke tilleggstester som må utføres. Høgseth m.fl. har også en pågående undersøkelse relatert til IPLOS som undersøker de samfunnsmessige kostnadene ved demenssykdommer, som skal ferdigstilles i en rapport i 2014.

---

<sup>2</sup> ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health), [www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)

<sup>3</sup> Akkreditering er et begrep som brukes på offentlig anerkjennelse av et system, en standard eller metode/verktøy.

## 2.0 HVA ER IPLOS?

I kapittel 2 redegjøres for hvorfor Helsedepartementet(2006) som det het da, opprettet et nasjonalt individbasert statistikkssystem. Hvorfor kom forskriften, og hvorfor ble kartleggingsverktøyet forankret som en del av journal – og dokumentasjonssystemet? Hvordan har brukerorganisasjonene og kommunal omsorgstjeneste møtt den første nasjonale individbaserte kartlegging i omsorgssektor?

### 2.1 Behov for individbasert omsorgsstatistikk

IPLOS er et nasjonalt register som danner grunnlag for statistikk om pleie- og omsorgssektoren. Bakgrunn for opprettelse av IPLOS, var ifølge Romøren<sup>4</sup> et behov for nasjonal individbasert statistikk på omsorgsfeltet, og daværende Sosial- og helsedepartement satt i 1997 ned en tverrfaglig sammensatt gruppe som utarbeidet forslag til et individuelt statistikkssystem. Helsedirektoratet overtok ansvaret for IPLOS fra januar 2002, og det ble igangsatt prøveprosjekt i 30 kommuner i en periode på 15 måneder i 2002/2003 (Helsedirektoratet 2003:16). Rapporten viser at hvilke omsorgsvariabler som ble valgt i IPLOS, er delvis tilpasset WHO's ICF klassifiseringssystem, samt GERIX og det danske Felles sprog-prosjektet (St.melding nr.34 1999-2000). Økt fokus på kvalitet, handlingsplaner for eldreomsorg og krav til økte kunnskap om en sektor i stadig endring og vekst, gjenspeiles i flere dokumenter fra Helsedepartementet og utgjør hovedargumentene for opprettelse av IPLOS. I veilederen "Fra tro til kunnskap" som ble utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2003, vektlegges at *IPLOS skal bedre beslutningsgrunnlaget for både kommune og stat* (Vedlegg nr. 1 Figur 1. IPLOS- prosessen).

På en landskonferanse om IPLOS I 2008 ([www.helsedir.no/iplos](http://www.helsedir.no/iplos)) var Dagfinn Sundsbør i Helsedepartementet tydelig på behov for modernisering og oppdatert kunnskap om hvilke behov brukere og brukergrupper har og etterspør, samt hvordan kommunene velger å dimensjonere sine tjenester. De rapportene som var før IPLOS var ikke gode

---

<sup>4</sup> Romøren, Tor Inge referer i tlf. samtale 21. oktober 2011 til en artikkel han skrev i Aftenposten i 1997, "Eldreomsorg i blinde" som fikk politisk oppmerksomhet forut for oppstart av arbeidet i daværende Sosial- og helsedepartement på utforming av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk.



nok som informasjons- og beslutningsgrunnlag. IPLOS skulle kobles opp mot kommune-stat-rapportering (KOSTRA), for å få frem pleietyngde/individbasert statistikk. Siden IPLOS har en funksjon som grunnlag for nasjonal statistikk på omsorgsområdet, må kommunene rapportere sine IPLOS-data til Statistisk sentralbyrå, som administrerer databasen og utarbeider den nasjonale statistikken.

Statens helsetilsyn hadde i høringsnotat flere interessante innspill relatert til tema i denne undersøkelsen, blant annet på datakartlegging og personvern hensyn. Stortingsvedtaket om helseregisterloven, som åpnet for pseudonyme helseregistre, var blant annet viktig i denne prosessen, for å etablere et personentydig, men ikke personidentifiserbart register. Begrunnelsen for å fravike prinsippet om samtykke, som helseregisterloven åpnet for, var hensynet til registerets fullstendighet, kvalitet og validitet (Pettersen m.fl. 2007:21). Dette betyr at samtykke kun trer i kraft ved reservasjon mot registrering av spesifiserte diagnoser, som igjen betinger aktiv medvirkning fra brukere i IPLOS-kartleggingen.

Fra før av er det kun reseptregisteret som har pseudonymregister<sup>5</sup> i Norge, så denne typen kartleggingsverktøy var nytt i omsorgssektor fra 2006 (Hofstad 2009). De som skal gjennomføre dette i praksis i kommunal omsorgstjeneste må ha nødvendig kunnskap om hvordan systemet skal gjennomføres. Helsepersonell må skaffe seg kunnskap om variablene i verktøyet og talldefinisjoner på behovsregistrering, som de følger opp systematisk ved registrering av alle brukere som søker og mottar omsorgstjenester. Flere kommuner har lagt om sine tjenester med egne saksbehandlere, blant annet som følge av økte krav til dokumentasjon og rapportering jf. pasientrettighetslov (LOV 1999-07-02 nr.63), myndighetskrav og rapporteringsplikt.

Diskusjonene pågår fortsatt om behovet for detaljstyring og klassifisering av personer som søker helsehjelp. Et annet spørsmål er hvor sammenlignbare resultatene er på nasjonalt nivå.

---

<sup>5</sup> Pseudonymt register betyr at den enkeltes identitet er erstattet med et tilfeldig løpenummer (pseudonym), men likevel individualisert slik at det er mulig å følge enkeltpersoner uten at identiteten røpes. Pseudonymet tildeles av en uavhengig instans (skatteetaten).

## **2.2 Nasjonale myndigheters formål med IPLOS- forskriften**

IPLOS gjelder alle brukere som søker kommunale omsorgstjenester i Norge, og startet opp i mars 2006 på bakgrunn av Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie og omsorgsstatistikk av 17.februar 2006, samt Lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregister og behandling av helseopplysninger. I mange tilfeller er det nødvendig å innhente ytterligere informasjon for å imøtekomme søker/tjenestemottakers bistandsbehov, så IPLOS er formelt definert som et *minimumskrav* på registrering av bistandsbehov for brukere av kommunale omsorgstjenester. Gjennom et større ansvar for velferd- og helsetjenester i kommunesektoren, har det parallelt blitt satt større krav til dokumentasjon og måling av resultater og hvilke prioriteringer som gjøres sammen med økonomisk vurdering på effektivitet (Vabø 2007). IPLOS rapporteres årlig, og inneholder brukers behov for bistand på 17 ulike områder, samt 21 tjenestetyper –fra hjemmehjelp til sykehjem, matombringning til trygghetsalarm. IPLOS-veileder (IS-1112) for saksbehandlere og tjenesteytere i kommunene, samt informasjonsbrosjyre til alle som søker eller mottar tjenester (IS-1441), ble revidert og publisert i mars 2009 (IS-1848). IPLOS e-læring ble også oppgradert i henhold til endret innholdsstandard. Implementering av ny versjon startet i kommunene i august 2009, og data fra 2010 ble derfor basert på ny versjon (Delrapport 2,Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, oktober 2010)

### **Det betyr at kommunen kan registrere opplysninger om følgende forhold basert på samtale og dialog med bruker:**

- *Opplysninger om bolig og hushold og om personen får privat ikke betalt hjelp.*
- *Behov for assistert kommunikasjon*
- *Personens funksjonsevne i dagliglivets aktiviteter og andre opplysninger om helsetilstand og sykdom (herunder diagnose) som er relevante og nødvendige for å vurdere tjenestebehovet. (Bruker kan reservere seg mot diagnoseregistrering, og ikke alle diagnoser skal registreres i IPLOS.)*
- *Om pasienten er vurdert av lege de siste 12 måneder*
- *Om og eventuelt når pasienten er vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder*
- *Opplysninger om vedtak eller beslutninger om tjenester, herunder avslag på pleie og omsorgstjenester*

- *Melding om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner og vedtak om bruk av tvang og makt*
- *Døgnopphold i institusjoner under spesialisthelsetjenesten*
- *Opplysninger om individuell plan*

### **2.3 Forankring av IPLOS i pasientjournalen**

IPLOS er forankret som er en del av pasientjournalen, som blir sett på som det mest sentrale informasjons- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell i den daglige pasientbehandlingen (Sosial- og Helsedepartementet 1997). Alle som yter selvstendig helsehjelp som følge av helsepersonelloven som trådte i kraft i 2001, er pliktig til å dokumentere sitt arbeid, og journalen er derfor også et juridisk dokument. Elektronisk journal gjør det mulig å hente ut statistikk fra IPLOS om løpende lokal etterspørsel på omsorgsbehov, og dekningsgrad på ulike tjenester for ulike individer og grupper.

IPLOS lokalt er en del av dokumentasjonen om brukers behov som tjenestene må innhente for å kunne fatte vedtak og yte tjenester. Kvalitetsforskriften (2003) gir en oversikt over hvilke behovsområder som skal ha skriftlige prosedyrer for hvordan tjenestene skal utøves. Kommunal omsorgssektor anvender stort sett ett av tre ulike fagsystemer for dokumentasjon og administrasjon av omsorgsbehov- og tjenestetildeling. Avhengig av type fagprogram kommunen har, stiller det spesifikke kunnskapskrav til registrering og dokumentasjonsutforming på individ og systemnivå, praktisk og teknisk. Dette kan ha betydning for hvordan forankring og implementering blir gjennomført og fordelt i omsorgstjenesten, avhengig av hvem som innehar kompetanse på fag, dokumentasjon og IKT-system. Så lenge IPLOS er en del av et skjermet pasientfagprogram, vil ikke ledere på overordnet nivå involveres i daglig bruk av verktøyet. Funksjonen til journalen vil bli *”utvidet fra å være kjernen i forholdet mellom pasienten og helsepersonellet, til å bli hovedhjulet i helsetjenestens styrings og virksomhetssystemer”* som Grimsmo og Brosveet (2002:14) uttrykker det.

## 2.4 Innsigelser i oppstarten av IPLOS

Målet med IPLOS var en forbedret styringsinformasjon. Både Statens helsetilsyn og Datatilsynet var bekymret for kvaliteten på IPLOS-dataene, og hensynet til personvern. Det ble uttrykt skepsis til at systemet baserer seg på innsamlede data basert på faglig skjønn hos fagfolkene, og ikke på objektive målbare data. De stiller også spørsmål vedrørende videre opplæring jamfør den som ble gitt i oppstarten av prosjektet.

Datatilsynet var bekymret for at forskriften ville fravike helseregisterlovens hovedregel om samtykke for registrering av opplysninger (Grimsmo og Brosveet 2002:28). Evalueringsrapporten (Pettersen m.fl. 2007) viser til intervju med to kommuner; Drammen (prøvekommune) og Øvre Eiker. Kommunene rapporterer at dette er et ressurskrevende system, og at det er langt frem til IPLOS kan anvendes som et internt styringssystem. De opplevde ikke brukermedvirkning som et tema, bortsett fra samtykke fra enkeltbrukere. Begge kommunene er tydelige på at IPLOS ikke har lyktes i forankring hos medarbeidere som til daglig opererer IPLOS, ei heller hos kommuneledelsen. I kommunene ble IPLOS- prosjektet forankret hos pleie- og omsorgsfaglig ledelse, men Helsedirektoratet har i ettertid sett behovet for en sterkere forankring hos den administrative ledelsen i kommunene.

## 2.5 Kommunal omsorgssektor som arena for IPLOS

Norge har 430 kommuner som varierer i innbyggertall fra 200 til over en million.<sup>6</sup> Kommunene er både et redskap for statlig styring og en arena for lokal myndighetsutøvelse. De tre systemene i kommunal sektor; politisk, administrativt og faglig har ofte etablert hver sine maktstrukturer og nettverk. (Torsteinson: 2006). Menneskene som jobber der er underlagt den samme ledelse og skal forvalte ulike tjenester på vegne av innbyggerne, og inngår også i den samme økonomien totalt sett (Arntzen 2007:19)

---

<sup>6</sup> Wikipeda 14. september 2011

.Kommunal omsorgstjeneste er primært regulert i Lov om kommunale helsetjenester(1982-11-19 NR.66) og Lov om sosiale tjenester (1991-12-13-81). Det betyr at hver kommune skal stille til rådighet definerte tjenester som for eksempel hjemmesykepleie, jordmortjeneste, legetjenester, støttekontakter og omsorgslønn (Øgar og Hovland 2004). Kommunale budsjetter for 2012 er på 111 milliarder, hvorav 70 % er innenfor helsetjenester<sup>7</sup>.

Kommunenes sentralforbund (KS) har spilt inn hvilke krav som stilles til nøyaktighet og kompetanse i kommunene for at IPLOS som system skal lykkes. Dette tas med for å vise at implementeringen kan farges av ulike aktører og organisasjonsmodeller baser på implementering i et mangfold av store, mellomstore og små kommuner.

Kommunene som er representert i oppgaven hører til innenfor Vest-Agder fylke, og fordeler seg på små, mellomstore og store kommuner. IPLOS-kontakter i undersøkelsen kommer fra alle tre regionene i fylket: Lister (Flekkefjord, Sirdal, Kvinesdal, Hægebostad, Lyngdal, Farsund), Lindesnes(Mandal, Lindesnes, Audnedal, Marnardal og Åseral) og Knutepunkt Sørlandet (Kristiansand, Songdalen, Vennessla, Søgne og Lillesand fra Aust-Agder). Kommunene er lokaldemokrati i praksis, gjennom politisk styring. På den annen side er kommunal sektor, her relatert til helse og omsorgssektor gjennomregulert via lover, forskrifter og en rekke anbefalinger gitt gjennom rundskriv og veiledere.

Innbyggertallet varierer samtidig stort mellom kommunene i Vest-Agder fra ca.80.000 i Kristiansand til 980 i Åseral, og består av både kyst og innlandskommuner. Helse og omsorgstjenesten er organisert forskjellig i kommunene og tilpasset lokale forhold.

---

<sup>7</sup> Foredragsnotat ved avdelingsleder Kristin Mehre, Helsedirektoratet 18.10.2011

## 2. 6 Brukerdialog og kartlegging i IPLOS

Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp som er vektlagt i helse- og sosialtjenesten. Dette er nedfelt i pasientrettighetsloven kapittel 3 og i sosialtjenesteloven § 8-4.

*”Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker”  
(IS-1201:13)*

Veilederen (IPLOS- 1112 Helsedirektoratet 2009) for utfylling av IPLOS er tydelig på at grunnlaget for IPLOS-kartlegging skal baseres på aktiv dialog med bruker. Likevel er forskriften åpen for ulike løsninger. Kriteriet i IPLOS-forskriftens § 6-1 er at den skal gis i en forståelig form.

Evalueringsrapporten (Pettersen m.fl. 2007) legger til grunn intervjuer med ulike brukerorganisasjoner. De var aktive i 2006 da det var mye debatt i media om IPLOS, bla. en demonstrasjon foran Stortinget 21. august 2006 hvor en av parolene var: ”IPLOS er tvangs-registrering av avvik!” og ”STOPP IPLOS!”. Intervjuene i evalueringen fikk frem at bruker-organisasjonene selv kanskje ikke hadde skjønnet hvor mange brukere som ble berørt av forskriften, og at de derfor ikke hadde engasjert seg nok. Det var også mange som ikke skjønnte hensikten med flere av opplysningene som skulle registreres i IPLOS. Forankring i brukerorganisasjonene var relatert til at FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon) var med i rådgivende gruppe i prøveprosjektet, samt høringsrunder. Helsedirektoratet erkjenner svakheter med IPLOS, og endret blant annet formuleringer i Veilederen om IPLOS. Det ble også tatt inn en ny variabel om behov for bistand til samfunnsdeltakelse. (Hofstad 2009:28)

## **3.0 TEORETISK REFERANSERAMME**

### **3.1 Introduksjon**

Hvilke teoretiske perspektiver som benyttes vil ha betydning for hva man ser og hvordan man kan kaste lys over et fenomen og fortolke data. Her har jeg valgt å bruke tre perspektiver (instrumentelt, kultur- og myteperspektiv) som fortolkningsgrunnlag i oppgaven. I og med at undersøkelsen er empirisk orientert, velger jeg å la det instrumentelle og institusjonelle kultur- og myteperspektivet utfylle hverandre istedenfor å se på dem som konkurrerende størrelser. Det vil si at jeg har valgt en såkalt utfyllende strategi for teoribruk (Rones 1997:103)

Enkelte steder i analysedelen har jeg samtidig valgt å trekke inn supplerende perspektiver fra transparens- og læringsteori der dette kan komplettere forståelsen av de fenomener jeg undersøker, det vil si tema som opplæring og rapportering som analyseres i kapittel 5. Jeg gir derfor innledningsvis en kort introduksjon om transparensteori og læringsteori anvendt i oppgaven.

#### **Transparens-teori:**

Dokumentasjon av brukerbehov og økte kostnader gir ofte etterspørsel etter mer sammenlignbare og transparente tjenester. Når kunnskap om brukere og tjenester samkjøres og transformeres via rapporter til distanserte beslutningstakere, som handler på basis av dette på avstand -"ledning på distans"- så oversettes kunnskapen ifølge Blomgren og Sahlin-Anderson (2006:51). Det betyr at kunnskapsbasis for ledelse og styring skapes gjennom de kanaler, instrumenter og observasjoner som utvikles. Kunnskapen er altså ikke uavhengig av måten den samles inn på eller hvordan den formidles videre. Helsesektoren er tradisjonelt en kompetansemessig "bottomtung" organisasjon med sterke profesjoner. Når kunnskapen skjer gjennom innsamling, sammenstilling i nye former og deretter gir nye kunnskapsbilder, kan det bli et potensial for å endre, forandre og påvirke styrkeforhold i helsevesenets nettverk (Blomgren og Sahlin-Andersson 2006). Hvordan data vil bli brukt, er heller ikke alltid bevisst eller synlig hos den som registrerer.

NPM (New public management) med økt fokus på prestasjoner, ressursbruk og kvasimarkeder, bestiller- utfører- modeller med mer, driver frem behov for sammenligninger, målinger, revisjon og tilsyn, det vil si økt behov for transparens. Dette var først økonomenes teknologier, men har gjennom NPM og større helseøkonomisk bevissthet blitt en integrert del av det helseprofesjonelle, faglige program. For eksempel gjennom bruk av kartlegginger av omsorgsbehov i klinisk praksis eller brukerundersøkelser (Leavay og Waks 2006:35).

### Læringsteoretisk perspektiv:

Dreyfus & Dreyfus (1988) fem trinns læreprosess\_fra novise til avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og til slutt ekspert, kan belyse mer detaljert hvorfor læring og implementeringsprosesser foregår over tid og ofte etappevis, relatert til ansattes gradvise mestring og trygghet på nye oppgaver. Jeg har valgt å trekke inn dette perspektivet i forståelse av hvilke metoder ledere og ansatte tar i bruk eller ikke tar i bruk, ved implementering av nye oppgaver og ukjent verktøy. Helsesektoren har tradisjon for taus kunnskap. Læringsteoriene til Dreyfus & Dreyfus kan belyse hvordan erfaringsbasert kunnskap og handlingsstrategier kan forstås, og gjøre en forskjell i profesjonell yrkesutøvelse i forhold til mer ”mekanisk” manualbaserte former for læring og praksis.

## **3.2 Instrumentelt perspektiv**

”Når instrumentet er valgt, gir resultatet i form av prosesser og effekter seg selv”, (Torsteinson, 2006:32). Sitatet beskriver kjernelogikken i instrumentell teori, som tilsier at en finner verktøy som gir en høyere grad av måloppnåelse etter at målene er spesifisert og standarden tatt i bruk. Nye oppgaver i kommunen blir ofte introdusert og forstått gjennom en instrumentell tankegang, med mål og midler for eksempel i virksomhetsplaner på overordnet nivå, for å oppnå best mulig koordinert og effektiv drift.

I et instrumentelt perspektiv blir offentlige organisasjoner sett på som verktøy for å utføre politiske beslutninger og deres personell er rasjonelle og velger en bestemt organisasjonsoppskrift (handlinger, alternativer og verktøy), som de mener er mest



hensiktsmessig for å oppnå ønskede konsekvenser. I denne undersøkelsen økt kunnskap om blant annet individuelle omsorgsbehov hos brukere. Endringer forklart i det instrumentelle perspektivet vil for eksempel skje som en rasjonell tilpasning til nye mål og styringssignaler eller skiftende ytre krav. Lederes kontroll og analytisk rasjonell kalkulasjon vil stå sentralt.

I en forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet til Christensen m.fl. (2009) tas det også høyde for interessehevding, kompromisser og forhandlinger mellom aktører. Styring ovenfra er basert på økonomisk rasjonalitet og krav om resultatoppnåelse, hvor handlinger og valg av alternative beslutninger i stor grad begrunnes ut fra antatte konsekvenser, "logic of consequences" jf. March og Olsen (1995) Når det gjelder IPLOS, er fokuset på mål og middeltenkning tydelig gjennom bruk av forskrift som metode, og top- down innføring av kartleggingsverktøyet på kommunalt forvaltningsnivå. Man har lokalisert et problemområde (for sammenlikninger og registrering av ressursbruk og tjenestebehov) og implementerer et verktøy. Organisasjonen får en "medisin" som vil ha en forventet positiv konsekvens når en implementerer denne standarden satt opp imot den konkrete målformuleringen (forskriftens formål). En kan se mange metaforiske likheter mellom denne organisatoriske mål middel logikken og legens diagnostisering og medisinfor skrivelsen slik vi kjenner den fra medisins verden.(Røvik 1992).

Med et instrumentelt utgangspunkt burde innføring av IPLOS ha medført mer strømlinjeformet matchende tjenestetilbud til brukernes behov. En kan også kanskje finne IPLOS- kontakter som opplever reell skåring relatert til omsorgsbehov, og at de kan si noe om hvilke sentrale føringer de evaluerer og begrunner dette i forhold til? I et instrumentelt perspektiv vil en kunne forvente å finne likheter i skåring på samme variabel i verktøyet fra ulike fagpersoner på samme bruker, og tjenestetilbud i tråd med brukers preferanser. Implementering av IPLOS er en planlagt, innovativ endring som organisasjonen må tilpasse seg som et juridisk krav fra omgivelsene (Helsedirektoratet). Hvis kravet i IPLOS- veileder om lik registrering er reelt, vil det være spennende å sjekke ut hva informantene sier om hvordan data anvendes lokalt. Opplever de for eksempel utfordringer lokalt på registrering relatert til faglig skjønn, opplæring og evaluering av tall på brukers mestringsevne og omsorgsbehov, før innsending av tall til SSB?

Fremmer verktøyet bedre måloppnåelse, det vil si er tjenestene tilpasset brukers omsorgsbehov? Hvis IPLOS fungerer etter hensikten, vil det på nasjonalt nivå foreligge kunnskap om omsorgsfeltet som er overførbare som styringsgrunnlag faglig, administrativt og politisk. På lokalt plan vil man kunne se maksimal effektivitet, relatert til at den hjelpen som gis er tilpasset brukers omsorgsbehov etter en detaljert kartlegging.

### **3.3 Institusjonelt perspektiv – kulturperspektivet**

Det institusjonelle kulturperspektiv vektlegger at organisasjonen har egne institusjonelle regler, verdier og normer. Disse styrer handlinger og påvirker hvordan en top- down implementering av IPLOS- forskriften gjennomføres og blir håndtert lokalt i kommunene og blant profesjonelle. Innføring av et nytt registreringssystem som IPLOS vil da bli påvirket av organisasjonskultur og lokale praksiser. Christensen m.fl.(2009:95) stiller spørsmål når og under hvilke betingelser organisasjonskulturen hemmer eller fremmer implementering av formelle strukturer?

Med bakgrunn i denne undersøkelsens tema, kan registrering av omsorgsbehov blir påvirket lokalt av kompetanse, organisering, verdier og holdninger som gjør at registreringsverktøyet IPLOS møter motstand når det blir forsøkt implementert. Hvor gode, og hvilke begrunnelser man bruker, blir ofte avgjørende for om man lykkes med å “plante” en ide.

Kulturelt perspektiv fremhever den uformelle og sosiale dimensjonen ved organisasjoner (Lian 2007:167). Organisasjoner oppfattes her som komplekse, verdibærende og robuste institusjoner som vanligvis motsetter seg endringer som er initiert utenfra. IPLOS er en typisk top-down implementering fra nasjonalt nivå som ikke ansatte uten videre ute i kommunal omsorgstjeneste identifiserer seg med. Perspektivet fokuserer på interne verdier og normer i organisasjonen, og ser på organisasjoner som mer robuste og trege slik at endringer vil skje som mer gradvise tilpasninger, eller gjennom lange stabile perioder avløst av radikale brudd. De institusjonelle faktorene er ifølge Selznick, de uformelle normer og verdier som påvirker menneskene og organisasjonene, i tillegg til de formelle. På den måten blir

organisasjonen ”infused with values” (Selznick 1957:19) Retningen er blitt kritisert for et ”oversosialisert” menneskesyn og deterministisk samfunnssyn (Lian 2007), mens motsatt fremholdes at mennesket er et fortolkende vesen som fritt velger sine handlinger på basis av sine egne situasjonsdefinisjoner.

Christensen m.fl. (2009: 37) beskriver også organisasjonskultur som uformelle normer og verdier som oppstår i en organisasjon og blir viktig for den faktiske atferden til og aktiviteten til den formelle organisasjonen. I kontrast til en instrumentell konsekvenslogikk med mål gitt av overordnede ledere og utført gjennom formell struktur, blir en i et kulturelt perspektiv handlende utfra mål utviklet i en prosess. Normer, verdier og identiteter utvikles gradvis, og organisasjonsmedlemmer blir indoktrinert i organisasjonskulturen gjennom aktiv eller passiv sosialisering. Det kan for eksempel skje gjennom praktisk opplæring i prosedyrer og oppfatninger om akseptabel oppførsel, kleskoder og prioritering av tid til brukerdialog. Begrepet *stivhengighet* anvendes om normer og verdier som har satt permanente spor over lang tid, gjerne som et ”fødselsmerke” fra organisasjonens oppstartsår. Hvem som dokumenterer i pasientjournal kan for eksempel være knyttet til en yrkesgruppe, mens nye krav om dokumentasjon fra alle som utøver helsearbeid kan utfordre slike rutiner for arbeidsdeling. Hvem som får tildelt roller i nye oppgaver, kan være preget av både formelle men også uformelle verdier og holdninger. Forhold som kan virke inn er for eksempel tradisjoner, uformelle lederes synspunkter og personlige egenskaper. Hvorfor er for eksempel rollen som IPLOS-kontakt knyttet til fagledernivå i noen kommuner, mens andre kommuner har delegert oppgaven videre til stab og ulike yrkesgrupper?

En antakelse i denne undersøkelsen er at vurdering av behov og tiltak vil variere etter kulturelle forhold i kommunen og forventninger som er formet gjennom flere år. I det kulturelle perspektivet forventes det at institusjonelle faktorer kan skape hindringer for endring i arbeidsoppgaver eller pragmatiske løsninger tilpasset lokale forhold.

Strand (2007:198) tar opp at kultur også kan være glasur. Det som i dagligtale presenteres som kultur, kan være ytre uttrykk som ikke nødvendigvis har forankring i organisasjonen som sådan. Det følger med som en refleks av hvordan de profesjonelle i samarbeid utfører yrket sitt, ifølge Strand. Det å være profesjonell fordrer både en fagkunnskap og en medmenneskelighet forent i en felles grunnerfaring, som krever å se

med ”hjertets øye”, som Martinsen kaller det (2000:12). Relatert til IPLOS betyr det at observasjonene og dialogen mellom ansatt og bruker, påvirkes av subjektive forhold. Relatert til det institusjonelle kulturelle perspektivet, vil da lokale faglige prosedyrer som sier noe om en har aksept til å sette seg ned og spise sammen med en hjemmeboende eldre med nedsatt appetitt, eller om en setter frem maten og drar videre, kunne påvirke hvordan en vurderer det bruker forteller om egenmestring og behov for omsorg. Er det kultur for å tenke forebygging, eller forsvinner det bak andre mål som for eksempel effektiv og rask gjennomføring av besøksliste??

### **3.4. Institusjonelt perspektiv- myteperspektivet**

Dette perspektivet fokuserer på normer og verdier som finnes i organisasjonens omgivelser. Myter kan spre seg raskt mellom organisasjoner gjennom imitasjon, men det er ikke sikkert at de gjenspeiles i faktiske aktiviteter i organisasjonen, og kan derfor bære preg av ”*windows- dressing*” (Christensen 2006:218) Hvis en organisasjon opererer både med window- dressing og en annen reell organisasjonsstruktur, kalles det dekobling.

Dekobling vil si at struktur og metode tilpasser seg de institusjonelle omgivelsene slik at de utad ser ut som en tilpasning mens produksjonssystemet i organisasjonen samtidig gjør det som skaper den beste produksjonen og lar så strukturer og metoder leve sitt eget liv(Myhre 2004). Hvis en for eksempel etterspør IPLOS-registrering på en pasient, kan den fremstå som utført i dialog med brukeren, men spør du bruker kjenner ikke vedkommende til skåringsresultatene. Et annet eksempel kan være at det finnes rutiner for informasjon og brosjyreutdeling til brukere, men de blir ikke systematisk delt ut i praksis. Det blir ikke nødvendigvis feilvurdering, men det subjektive faglige skjønn innebærer i seg selv en mulighet for at noen oppfatninger kan ”sette seg” mer og dermed underbygge enkelte oppfatninger mer enn andre relatert til det institusjonelle perspektiv. Nedprioritering av dokumentasjonsoppgaver versus pleieoppgaver i praksis kan være et eksempel på dette, selv om det står oppført i virksomhetsplaner at dette skal prioriteres. Hvis det eksisterer holdninger om at slike oppgaver forholder vi oss ikke til, vil det være vanskelig for en ansatt å kaste seg over oppgaven med iver og glød uten støtte fra kolleger eller ledelse. Hvis implementering av IPLOS, tres på gammel

arbeidsstruktur uten ledere som legger til rette for praktisk gjennomføring og anerkjennelse av arbeidet, kan ofte mangel på tid bli brukt som forklaring på mangel på oppfølging av nye oppgaver. Det er disse sosialt konstruerte normene og ideene i omgivelsene begrepet ”myter” referer til ifølge Christensen m.fl.(2007:57)

### **3.4.1 New public management-strømninger og påvirkning innen helsetjenesten**

Pålegg fra nasjonale myndigheter innen helsetjenesten er ikke bare basert på faglige standarder, men nasjonale standarder kan også reflektere internasjonale strømninger innen helseøkonomi og New public management (NPM). NPM er ikke en teori, men en fellesbetegnelse på en serie reformer som startet på 1980-tallet som en reformbølge internasjonalt i offentlig sektor, som fikk gjennomslag i Norge med Bondevik II-regjeringen og Victor Normans forvaltningspolitiske program (Christensen 2006:216). NPM har hentet inspirasjon fra privat sektor med mer fokus på brukere, effektivitet, resultat, managementorientering<sup>8</sup>, prestasjoner og bemyndigelse av ledere. Det legges mindre vekt på regler, prosess og ulike interne hensyn. Lægreid, Roness og Rubeckson (2006:9) tar opp forholdet mellom faglig autonomi og hierarkisk kontroll, og bruker begrepet ”let the managers manage”.

Helse- og omsorgssektoren har tatt i bruk en rekke New Public Management- inspirerte modeller for bedre styring og organisering (Vabø 2007). Parallelt med større bruk av økonomiske styringsverktøy har det vært et økende faglig fokus på økt profesjonalisering og spesialisering innen ulike avdelinger (Hoff og Holving 2003). Foreløpig er ikke IPLOS koblet direkte til økonomiske incentiver, men et av formålene er bedre tilpassede tjenester og mer effektiv drift gjennom mål- og ressursstyring. Brevik (2010) beskrev hvordan hjemmetjenesten har endret seg som følge av nasjonale reformer i kombinasjon med nye brukergrupper, og mer avansert omsorg ute i hjemmene. Det New public management -inspirerte styringsspråket kan ifølge Vabø (2007) generere nye handlingsbetingelser. Hun viser til hvordan såkalte ”wicked problems”(Rittel og Webber 1973), vanskelig kan løses på entydige og standardiserte måter. Internasjonale erfaringer tilsier at bruk av markedsmekanismer i styring,

---

<sup>8</sup> Managementorientering; kan beskrives som en ledelsestro orientering.  
Torodd Strand (2010:14)

organisering og finansiering av offentlige helsetjenester på langt nær har hatt de gunstige effektene som ble forespeilet av deres pådrivere. Ikke minst har det vist seg å bidra til vekst i målings- og rapporteringsarbeid, tilsyn og administrative staber (Pollitt & Bouckard 2000).

Det mest slående, skriver Lian (2007) er hvor få målbare endringer som kan spores, og Hofstad skriver i sin masteroppgave (2009), at ansatte ikke kobler organisasjonsendringer eller reformstrømninger til innføringen av IPLOS. IPLOS kan ses på som en del av slike strømninger, som har integrert deler av oppsettet i det internasjonale ICF-kartleggingssystemet<sup>9</sup>, hvor Høyem (2007) skriver at lokale tilpasninger av kartlegging og klassifisering innebærer en forenklet bruk av verktøyet som ikke samsvarer med forutsetningene for denne typen statistikk.

### **3.4.2 Motebegrepet i institusjonelt perspektiv**

*Mote* er et alternativt begrep for myte. Nye organisasjonsideer og trender kan øke i popularitet og bli moteriktige, som for eksempel å kunne fremlegge statistikk om resultater for å legitimere ”produksjonen”. Rekruttering av yngre helsepersonell som har nye vyer for eldreomsorg og kunnskap om data utfordrer kommunal omsorg på nytenkning. Det kan skape press på organisasjoner til å implementere disse i myteperspektivet ”moteriktige ideene”, for å unngå å bli stemplet som gammelmodige. Organisasjonen må forsøke å kommunisere til omgivelsene at de har tatt til seg de rådende normene selv om det kan føre til at organisasjonens kjerneaktiviteter utføres mindre effektivt enn normalt. De må ta hensyn til normer, verdier, moter, regler og meninger om hva som er rasjonelt, anstendig og tilstrekkelig i organisasjonens omgivelser. Motstand kan komme til uttrykk som unngåelse, tilpasning, kompromiss, utfordring eller manipulering (Oliver 1991). Lian fremholder i en undersøkelse (2007), at hun fikk frem *like* svar. Profesjoner i helsevesenet har gjennom lang utdanning og felles sosialisering via kurs og fagforeninger tatt inn samme perspektiv innenfor den konstitusjonelle kontekst de arbeider i. Makroorganisasjoner i form av profesjoner, utdanningsinstitusjoner knyttet til helseprofesjonene, nasjonale og internasjonale

---

<sup>9</sup> ICF: The international Classification of Functioning Disability and Health. WHO .

organisasjoner har innflytelse på hvordan helseorganisasjonen organiserer seg for å oppnå legitimitet.

Problemstilling og teoretisk forankring i oppgaven er basert på antakelsen om at helsevesenet har både interne kulturelle-, moter- og mytepregede forhold , som vil kunne påvirke hvordan en forskrift om IPLOS blir implementert og komme til anvendelse i daglig praksis. Dette kan legge føringer på hvordan den enkelte ansatte anvender sitt faglige skjønn og oversetter omsorgsbehov via tallvariabler i IPLOS, og videre hvordan dette følges opp av IPLOS-kontakter og ledere. Faglig skjønn er definert av flere, jamfør Kjellevold (2010:24). For at det skal være kvalitet på skjønnen, slik at det kan kalles faglig, må visse forutsetninger ligge til grunn. For eksempel gjelder det fagspesifikke kriterier, engasjement eller empati, klokskap og praktisk dømmekraft (phronesis).

## 4.0 METODE

Problemstillingen etterspør om helsepersonell ivaretar likhetskravet i kartlegging av omsorgsbehov i IPLOS, og da må metoden som anvendes være i stand til å gi svar på hvordan helsepersonell kartlegger og ivaretar likhetskravet i IPLOS. Oppgavens problemstilling søker ikke etter *forekomst og sammenhenger mellom disse* som er vanlig i kvantitativ metode, men heller økt forståelse for likheter og variasjoner i kartlegging av brukerinformasjon i IPLOS. All samfunnsvitenskapelig metode har som mål å bidra til en bedre forståelse av det samfunn vi lever i, ved at man ser på hvordan enkelte mennesker grupper og institusjoner handler og samhandler innenfor sine rammer, ifølge Holme og Solvang (1998).

### 4.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode betyr kort sagt data som er samlet inn i form av ord eller observasjon og ikke i form av tall (Jacobsen 2000). Metoden er intensiv, den går i dybden på et fåtall enheter. Kvalitative metoder er fleksibel og kan sammenlignes med en runddans - mellom teori, metode og data ettersom man oppdager ting underveis (Ryen 2002). Denne prosessen fører til at jeg i forskerrollen stadig står overfor valg, både praktiske og teoretiske.

Problemstillingen belyser et styrings- og ledelsestema som i utgangspunktet kan belyses fra flere hold. Temaet kunne vært operasjonalisert gjennom deduktivt design med spørreundersøkelser basert på standardiserte svar om erfaringer med implementeringen av IPLOS. Mitt ønske var å få innsikt i hvordan helsepersonell med ansvar for implementeringen av IPLOS vurderer likhetskrav og eventuelle variasjoner i kartlegging av omsorgsbehov. En viktig målsetting med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. I tillegg er kvalitativ forskning induktiv ved at den genererer hypoteser på grunnlag av empiriske funn, og er derfor også velegnet til å utvikle ny teori.(Myhre 2004:13)

Tolkningene som utføres for å komme frem til denne forståelsen av det sosiale, har særlig stor betydning i kvalitativ forskning. Den kan ikke løsrives fra forskeren. Derfor



bør prosessene som fører frem til resultatene, ifølge Thagaard ( 2009 :11) bli tydeliggjort og eksplisitt for å oppnå gyldighet i troverdige og overførbare resultater. Jeg forsøker derfor å tilstrebe gjennomsiktighet i hele prosessen ved å være tydelig og detaljert i min beskrivelse av hvordan oppgaven har blitt til. Helt fra valg av problemstilling til analyse og tolkning av data.

Jeg har underveis stilt meg spørsmål om problemstillingen er dekkende eller vil det være bedre å endre den? Har jeg intervjuet nok og er det de rette personene? Skulle jeg valgt andre kategorier? Er det noe jeg overser? Er det jeg gjør i det hele tatt nyttig for noen? Disse spørsmålene er en del av selve forskningsprosessen. I denne prosessen har jeg også kjent på mangel på skrivelyst, men har ikke gitt opp, og har isteden gått tilbake til problemstillingen og i tråd med tema og problemformulering justert detaljer og presisert hva jeg leter etter.

Kvalitativ metode gir en kompleks informasjonsmengde, og det er vanskelig å vite hva som er vesentlig. Jeg strevde med avgrensning av problemstilling og valg av teori, kanskje mest fordi jeg i utgangspunktet ville se på så mye! I ettertid ser jeg at denne ”drøvtyggeprosessen” med vurderinger av teoretiske perspektiver, tema- og kategorivalg vurdert mot empiri var nødvendig for å kna det hele sammen til en logisk prosess.

## **4.2 Etikk og kvalitativt forskningsdesign**

Etisk refleksjon og vurdering av troverdighet ble viktig å ha i bakhodet ved gjennomføring av intervjuer om en persons opplevelser i et kvalitativt forskningsdesign. Generelt innen forskning er det enighet om at samtykke, konfidensialitet og tillit er viktige etiske aspekter (Ryen 2002). Jeg kjente underveis på egen motstand mot å splitte opp data fra intervjuene, kategorisere funn og deretter trekke det hele sammen igjen, relater til informantgruppering og kategorier fra teoretisk valgte perspektiver (instrumentelt, kultur- og myteperspektiv) i undersøkelsen. Dette har nok påvirket hvordan jeg har lagt opp formen i analysen, hvor jeg først trekker frem sentrale funn i undersøkelsen og deretter analyserer og fortolker.

Det ble etisk refleksjon på egen skriving. Hvordan jeg som forsker i kvalitativ design deltar med egen forforståelse og formidling av den andres perspektiver, jf. punkt 1.5 om egen forforståelse og bakgrunn.

Lojalitet mot informantene er ivaretatt ved å gjengi sitater nærmest ordrett, bare korrigert for anonymisering og representativitet for det vedkommende har sagt. I tillegg har jeg gruppert informanter og kategorisert intervjumaterialet i analysen. Oppgavens problemstilling og forskningsdesign ble lagt frem for NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) og godkjent høsten 2010. Det ble gitt skriftlig informasjon og innhentet skriftlig samtykke fra rådmann og informantene før gjennomføring av intervju. Konfidensialitet ble ivaretatt gjennom anonymisering av navn til intervjunummer på opptak og ved transkripsjon.

### **4.3 Induktiv metode som utgangspunkt for undersøkelsen**

Gjennom å intervju ansatte som står sentralt i dette arbeidet, håper jeg å få sonderet terrenget mer inngående som jeg oppfatter som ganske ukjent. Dette gjør jeg gjennom å anvende et induktivt design, det vil si hvor jeg leter etter nyanser og dybdeinformasjon som deretter belyses i forhold til teoretiske perspektiver som sier noe om organisasjons mål-middeltenkning og myte- og kulturelle forhold. Når jeg snakker om IPLOS med kollegaer i helsevesenet på ulike nivåer, får jeg en opplevelse av at veldig få kjenner til hva dette er. Sikkeland (2009) beskriver den samme opplevelsen i sin masteroppgave. Undersøkelsen vil derfor, fordi den er foretatt innenfor kommunal sektor relatert til en fem år gammel forskrift nærmest stå som en beskrivende, eksplorativ (hvordan?) studie. Undersøkelsen er eksplorativ i den forstand at her må jeg være åpen for det respondentene kommer frem med.

#### 4.4 Valg av informanter

Det er mange ansatte som forholder seg til IPLOS-forskriften i en kommune (sykepleiere, ledere, økonomer, IKT-ansvarlige for fagsystemer m.fl.), men jeg har valgt å ta utgangspunkt i rollen som IPLOS-kontakt. De har en sentral rolle i dette arbeidet, men har ikke nødvendigvis lik kompetanse, erfaring eller plassering i organisasjonen. De kan gi mye informasjon om hvem som deltar i prosessen med kartlegging av IPLOS. Gjennom bruk av informantintervju kan jeg få IPLOS-kontakters mening, synspunkter og inntrykk om tema (Repstad 1998)

Hofstad (2009) gjennomførte sin studie om IPLOS i en teknologikontekst, og sier at hvis en skulle gjort flere studier, burde flere kommuner vært involvert. Han gjennomførte sin undersøkelse i Trondheim, som er en stor kommune og som han beskriver ligger langt fremme i bruk av IPLOS. Dette gjorde meg nysgjerrig på hvordan et utvalg av kommuner i et fylke vil beskrive implementeringen av IPLOS. Opplever IPLOS-kontaktene i kommuner med ulik størrelse og organisering at helsepersonell kartlegger individuelle omsorgsbehov basert på en entydig forståelse av variablene i verktøyet?

Vest-Agder fylke har 15 kommuner. Gjennom intervju med IPLOS-kontaktene i de tre regionene i Vest-Agder har jeg fått tilgang til hvordan de vurderer problemstillingen og forhold rundt denne. Valget falt på Vest-Agder fylke av flere grunner. Jeg har ikke klart å registrere at kommuner fra dette fylket har deltatt i noen av pilotprosjektene eller rapporter om IPLOS som er utarbeidet av myndighetene eller andre. Jeg har også en viss grad av forkunnskaper om kommunene i fylket, gjennom arbeidserfaring og tilknytning via bosted. Kommunene representerer også god bredde i kommunestørrelser fra 980 til 80.000 innbyggere og dermed svært ulike organisasjonsmessige utfordringer. Jeg hadde også en viss oversikt på omsorgsfeltet, fordi jeg følger opp alle 15 kommunene i fylket på *Omsorgsplan 2015*<sup>10</sup>, i jobben som seniorrådgiver hos fylkesmannen. Valg av informanter ble til slutt gjort som et strategisk utvalg (Thagaard1998:51), det vil si at jeg velger informanter på en måte som er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. Ved å være bevisst på regional/

---

<sup>10</sup> Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer,jf. Stortingsmelding nr. 25 ” Mestring, muligheter og mening”

geografisk fordeling, ulike kommunestørrelser og et utvalg av IPLOS-kontakter med forskjellig bakgrunn, hadde jeg forventninger om å få frem best mulig lokal kunnskap og forståelse for likheter og variasjoner ved kartlegging i IPLOS.

Gjennom invitasjonsbrev til rådmenn og informasjonsbrev til aktuelle informanter/IPLOS-kontakter, med samtykke til deltakelse i intervju, håpet jeg å få deltakere som var motivert for å delta. At alle var positive til deltakelse kan bli en feilkilde i forhold til at engasjerte personer ikke gir et fullverdig inntrykk av hvordan forskriften er mottatt i kommunene. Det kan også medføre det motsatte, at noen er ivrige etter å få frem motstand og andre uforutsette innspill som en ikke kjenner til på forhånd. Det ble viktig å begynne med et utvalg, og ha flere informanter å intervju hvis det ble nødvendig for å oppnå metningspunkt for de fenomener jeg studerer (Repstad:1998). Utgangspunktet ble å intervju tre personer fra hver region, totalt 9 informanter, også vurdert i forhold til rammen som masteroppgaven gir for temaet og de ressurser (tid, økonomi) jeg hadde til rådighet. Jeg endte til slutt opp med elleve informanter jevnt fordelt mellom ledere og konsulenter (5/6). En kommune hadde to som ville stille opp fordi de jobbet med IPLOS ut fra hvert sitt fagområde. I en annen kommune ble siste del av intervjuet med konsulent komplettert med en leder som jobbet med utfylling av IPLOS, og som konsulenten gjerne ville ha med. Intervjuene ble gjennomført i perioden 9. desember 2010 til 9. januar 2011.

## **4.5 Intervjuguide**

I kvalitativt intervju brukes ikke standardiserte spørreskjema. Det ble derfor viktig å ha en intervjuguide som en rød tråd. Det er viktig at det som kommer til uttrykk i intervjuene, er basert på hva informantene oppfatter som viktig. Samtidig har jeg som intervjuer behov for å planlegge og forberede hvilke tema jeg anser som sentrale å få kartlagt. Ved bruk av intervju-guide har jeg mulighet til å strukturere dette på forhånd.

Gjennom forarbeid med intervjuguiden ble jeg klar over viktigheten av en gjennomtenkt struktur for senere analysearbeid med kategorisering av tema i oppgaven. Selv om ikke strukturen følges slavisk i gjennomføringen av intervjuet, hjalp intervjuguiden til å huske tema jeg ønsket å få vite noe om. Jeg har lite erfaring med forskningsintervju.

Forarbeid i form av gjennomtenkte spørsmål som også er testet ut på andre i forkant, tror jeg bidrar til å få svar på det en ønsker og balansere tid til respons på det respondenten sier og behov for nødvendig fremdrift i intervjuet (Thagaard 1998:83). I tillegg til intervjuguide brukte jeg et hjelpeskjema til bruk like etter intervjuet for å notere ned egne refleksjoner, momenter jeg la merke til spesielt som denne respondenten fokuserte på og i tillegg merknader til selve intervjuet. Dette var til hjelp ved senere analysing av intervjuene. (Widerberg: 2001)

#### **4.6 Gjennomføring av intervjuer**

I tråd med Repstad (1998) sine anbefalinger forsøkte jeg å anvende ”traktmetoden” ved spørsmål i intervjuet. Denne måten å stille spørsmål på, ved først å stille åpne generelle spørsmål, så mer konkrete eller avgrensede spørsmål, fungerte godt. Intervjuene bar preg av lange svar som var rike på informasjon. Formålet var å få frem deres vurdering og forståelse av likheter og variasjoner i helsepersonells registrering av omsorgsbehov i IPLOS.

Kunnskap formidlet gjennom muntlige samtaler og beretninger er en form, som gjennom sine kategorier, klassifiseringer og begreper som anvendes, fremholder visse områder på bekostning av andre, og det er uunngåelig (Blomgren og Sahlin-Andersson 2003:33) Jeg vurderte bruk av gruppe- og fokusintervju, men valgte det bort. Jeg var redd for at fokus raskt ville bli på ulikheter i organisering, ressursituasjon og kompetanseforskjeller.

Jeg opplevde underveis i gjennomføringen av intervjuene at hvert intervju egentlig ble unikt. Situasjoner er aldri helt like, og avhengig av relasjonen mellom meg og respondenten og konteksten rundt. Alle intervjuene ble gjennomført på deres egen arbeidsplass, noe som var ønskelig fra min side for å oppleve den ansatte i deres eget miljø. Alle intervjuene ble gjennomført med lydbåndopptak, men det virket som om de glemte den underveis og var ærlige på svarene. Noen hadde mye erfaring, andre mindre og engasjementet deres på IPLOS tror jeg formes av mange forhold. Blant annet egen og deres dagsform og kommunikasjon, engasjement og erfaring med intervjuer (Widerberg 2001). Bruk av lydbåndopptaker kan også virke inn, selv om det bare var

en respondent som spurte om den var slått av, fordi hun hadde ting på hjertet som ikke var relatert til intervjuet.

#### **4.7 Troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet**

*Troverdighet* i kvalitativ forskning er basert på subjektivitet, det vil si at det ikke er et uavhengig forhold mellom respondent og intervjuer. Det innebærer at jeg som intervjuer må være bevisst på konteksten for gjennomføring av intervjuene, og min egen relasjon til informanten (Thagaard 1998:179). Kan leseren stole på resultatene og hva forteller resultatene? Det innebærer at argumentene mine for troverdighet er basert på egen refleksjon over gjennomføring av intervjuene og den kontekst de skjedde i, og relasjonen mellom meg som forsker og informant. Jeg har jobbet i to av kommunene i Vest-Agder fylke, og tidligere stillinger som leder gjorde at jeg valgte bort informanter fra disse kommunene i første omgang. De er spurt, men ikke prioritert. En slik nærhet kan føre til blindhet på å se sammenhenger og strukturer fordi min forforståelse kan hindre i å se det underforståtte. Da ble jeg tross alt ”utenfra” for de kommunene jeg valgte å gjennomføre intervjuer i.

Jeg hadde nettopp begynt i min nåværende jobb som seniorrådgiver hos fylkesmannen da undersøkelsen ble gjennomført. Informantene har trolig ikke identifisert meg sterkt med denne rollen, fordi jeg var så ny. Bruk av notater på egne refleksjoner i etterkant av hvert intervju ble et viktig hjelpemiddel for å skape nødvendig distanse. Repstad (2004:358) tar opp hvordan egne bilder og oppfatninger kan bli en mulig feilkilde for de erkjennelser jeg kommer frem til i studien. Samtidig kan det å forske på et fagområde som engasjerer meg, bidra til å holde motivasjonen oppe under innsamling, bearbeiding og analysering av datamaterialet. Erfaringsbasert master knytter seg i utgangspunktet til forskning på eget arbeidsfelt. Flere i utvalget gav positive tilbakemeldinger på at noen viste interesse for arbeidet med IPLOS, og ingen representanter fra de 15 kommunene takket nei ved forespørsel om å stille opp til intervju. At jeg møtte forberedt og hadde satt meg inn i temaet på forhånd opplevdes som en forutsetning for egen trygghet i intervjusituasjonen.

Det å ha en helseprofesjon, har jeg ikke opplevd som problematisk. Dette kan imidlertid oppleves annerledes av andre, men min erfaring under intervjuene var at de var trygge på å kunne beskrive profesjonsmessige utfordringer, like kritisk til min egen profesjon som til andres. Egen for forståelse gir grunnlag for gjenkjennelse og danner utgangspunkt for den forståelsen som legges til grunn i analyse og videre tolkning i oppgaven. Samtidig kan som nevnt tidligere, blindhet for spesielle områder, gjøre at jeg har oversett det som er forskjellig fra egne erfaringer. Under transkribering av intervjuene, så jeg at noen steder kunne jeg gått videre inn i kommentarsvar og spurt mer i dybden. Rammene for intervjuet, tid og intervjuguide med flere tema som skulle gjennomgås, gjorde nok at jeg istedenfor å forske dette videre ut, spesielt i første intervjuene fulgte intervjuguiden mer slavisk.

Samlet sett vurderer jeg likevel at materialet fra intervjuene i stor grad har gitt svar på problemstilling i oppgaven. Informantene har gitt utfyllende og gode svar på spørsmålene, og IPLOS- kontaktene hadde god kunnskap om tema. Jeg opplever at empirisk materiale og analysen totalt sett gir et tilfredsstillende bidrag til problemstillingen.

## **5.0 ANALYSE OG DRØFTING**

### **5.1 Introduksjon**

Funn i undersøkelsen analyseres og tolkes her i lys av instrumentelt, kultur - og myteperspektiv, med hovedfokus på organisering, kommunal kompetanse på IPLOS og forankring/ledelse.

Dokumentasjon og beskrivelse er to nøkkelbegrep i alle analyser, og jeg har valgt å bruke innholdsanalyse som metode for videre bearbeiding (Jacobsen 2003:101). Analyse av kvalitative data innebærer alltid å redusere datamengden (Ryen 2002:145). Innledningsvis fokuseres IPLOS-kontaktens egen rolleforståelse i implementeringsprosessen, dernest kompetanseområde (brukerdiallog, faglig skjønn, motstand, idyllisering og bruk av variabelen “ikke relevant”) som ble trukket frem som sentrale tema i vurderingen av helsepersonells kartlegging i IPLOS. Til slutt tas med funn på IPLOS-kontaktens nyansering av ledelsesforankring og kommunal nytte av IPLOS-verktøyet.

Jeg har elleve informanter som representerer yrkene sekretær/merkantil, IKT-konsulent, aktivtør, vernepleier, sykepleier, ergoterapeut og sosionom. En variasjon som i seg selv er interessant med tanke på entydig forståelse av hvordan data registreres, og som sier noe om kompleksitet og mangfold i kommunal sektor. Ni av elleve informanter hadde forskjellige videreutdannelse innen IKT, rehabilitering, psykisk helse, ledelse eller veiledning. Merkantile hadde god kompetanse på regnskap og IKT.

Jeg har valgt å gruppere informantene i to grupper i analysen av hensyn til anonymisering og bearbeiding av et stort datamateriale. Det vil forhåpentligvis gjøre det lettere å få tak i forskjeller og likheter som utpeker seg. Fordelingen er basert på om vedkommende har lederrolle eller fått delegert funksjonen fra leder, eller jobber som sekretær eller konsulent i stabsfunksjon. Informantene fordeler seg med henholdsvis 5 personer i konsulentgruppen og 6 i ledergruppen.



Jeg har satt opp noen kjennetegn ved informantkategoriene som jeg har festet meg ved i materialet:

1. **KONSULENT**; stabsfunksjon, prosjekt og rapportfokus. Noen har klinisk praksis og fagutdanning, noen jobber i prosjektstilling eller stabsfunksjon hos enhetsleder, fagleder eller rådmann. De er opptatt av forståelsen av nødvendig helsehjelp og dokumentasjonskrav til helsepersonell/ledere.

2. **LEDER**; ansvar for dokumentasjon og implementering i linjen fra overordnet ledelse. Opptatt av opplæring, kompetanse og evaluering av skåring og rapportering. Opptatt av prioriteringsdilemmaet mellom mange oppgaver både for ansatte og ledere.

## 5.2 Har Iplos-kontakt fokus på opplæring eller kontroll i kartlegging?

### Funn relatert til organisering:

Informantene hadde forskjellige profesjoner og stillinger, men alle hadde lang erfaring med IPLOS. IPLOS-kontaktene var gjennomgående interessert i tall, statistikk, system og struktur. En konsulent med helsefaglig bakgrunn sa at IPLOS blir betegnet som en litt rar oppgave. Billedlig sett kastes den opp i lufta av leder, som deretter ser hvem som strekker seg etter oppgaven eller hvem den faller ned hos. En annen konsulent forteller at hun kom på jobb og fikk det som en ny oppgave, hvor leder senere trakk seg ut av arbeidet. Svarene viser ulike incentiver for å gå inn i arbeidet. Flere av informantene forteller at oppgaven ikke er ettertraktet.

### Funn relatert til kompetanse på IPLOS:

Konsulenter ansatt i merkantile funksjoner i stab, var opptatt av å få frem at de ikke hadde *faglig ansvar* for kartleggingen, men mer systemfokus med ansvar for prosjektkoordinering, datateknisk kompetanse og kontroll av rapporter før innsending til SSB. En konsulent formidlet det slik:

***” jeg ble kastet inn i det, og sa det kan jeg godt hvis jeg bare skal ha med det datatekniske, og ikke med de andre tingene”.***

Konsulenten fokuserer mest på kontroll av skåringer før innsending, og eventuelle rettinger fra SSB på innsendte data. Ledere opplever lite nytte i sin lederjobb på individbasert statistikk, og har ulike begrunnelser for dette. Flere vektlegger at IPLOS er et minimumsverktøy og derfor har begrenset nytte, mens andre er frustrert fordi de ikke

klarer å ta ut lokale rapporter. Enten fordi fagprogrammet mangler denne funksjonen eller de selv ikke har tid eller tilstrekkelig IKT-kompetanse til å gjøre dette. De som jobber mer teknisk med verktøyet har bedre oversikt. De vet også i hvilken grad helsepersonell mestrer kartleggingen, fordi de kontrollerer for feil. Begge grupper følger opp kartlegging med stikkprøver.

Konsulentene er opptatt av fravær av lederinvolvering. Ledere har dette som en birolle, og har ingen tilleggsopplæring utover regionale kurssamlinger. De er likevel klar over sitt ansvar for dokumentasjon. En leder sa; jeg leser det jeg kommer over. Flere informanter viser til at de som fikk hovedansvar i oppstarten ble kurset særskilt fra Helsedirektoratet. Flere av disse har gått over i andre stillinger, og dermed forsvinner også grunnleggende kompetanse om IPLOS.

Et av de mest sentrale funn i undersøkelsen var et gjennomgående personlig engasjement for å få til en god jobb med IPLOS, som antakelig viser at nasjonalt mål gjennom pålegg og rapporteringer gjør at ansatte strekker seg langt for å mestre oppgaven. Samtidig tar de på seg oppgaver som de ikke vet hva innebærer. IPLOS-kontaktene i undersøkelsen var samstemte på at helsepersonell var blitt mye flinkere til å kartlegge i IPLOS, men de skårer ikke likt.

#### **Funn på forankring og ledelse:**

Konsulentene er, uavhengig av hvilket nivå de jobber på, samstemte på at IPLOS er en del av dokumentasjonskravet til helsepersonell, og derfor avdelingsleders ansvar å følge opp. Samtidig er konsulentene klar på egen rolle på opplæring, evaluering og kontroll av skåringer før innsending. Konsulentene tar opp egen rolle versus lederrollen, og en sekretær betegner seg som ”bare sekretær”. Når det blir bevegelse på grunn av nye oppgaver, blir disse reglene for arbeidsroller utfordret, hva kan jeg ta på meg og hva kan jeg ikke. De fikk mye ansvar fordi fagpersoner eller ledere enten ble langtidssykemeldt eller nedprioriterte oppgaven. Andre igjen er trygge i fagrollen fordi de er konsulenter med helsefagbakgrunn. For ledere er det motsatt, de er klar over fagansvar for IPLOS, og har ingen formkrav eller normer som hindrer dem. Det går mer på personlig engasjement, kunnskap eller prioritering på bruk av tid til oppgaven - i tillegg til det andre de har fra før. Ledere er opptatt av å ha kunnskap og interesse for systematikk og målinger, og vektlegger også kontroll og rapporteringsplikten:

***“Jeg sa at her må det gjøres noe. Som IPLOS-kontakt må du passe på, være strukturert og passe på at tingene kommer på plass, kunnskap om hva som må inn og ja...men jeg er nok litt glad i statistikk og tall”***

En leder som vektla interesse for systemer og tall, var opptatt av det å ha en positiv holdning til nye ting, og mente det gjorde det lettere å forholde seg til en oppgave som ikke akkurat var ettertraktet. En annen forteller om en mer kontrollerende funksjon:

***”Hvis de ikke har skåret før, er jeg med. Enten de spør, eller jeg henger etter de! Brukermengden er ikke større enn at hvis de har skåret en sengeliggende bruker med 1, på å bevege seg utendørs, det er da jeg dukker opp og sier hallo, hallo!”***

Ledere fokuserer flere steder i intervjuet på at saksbehandlere i kommunal omsorg bruker IPLOP aktivt som grunnlag i saksbehandling, men ikke helsepersonell som jobber med praktiske tiltak i klinisk omsorg. En leder reflekterer over at hun kunne sagt mer til rådmann og ordfører om verktøyet. Det kan indikere at IPLOS innebærer flere utfordringer, både som nytt kartleggingsverktøy og ny dokumentasjonsmetode på individuelle behov og tjenester i omsorgsfeltet.

### **Diskusjon:**

Ledere og konsulenter utfordres på å gå opp nye stier på intern kommunikasjon om verktøyet. Brukere, ledere på ulike nivåer og fagprogramleverandør er avhengig av informasjon for å kunne bidra til implementering av verktøyet. Den største forskjellen mellom konsulenter og ledere er fokus. Ledere virker mer opptatt av ansvaret med å følge opp ansatte i faglig dokumentasjonsarbeid, og mangel på tid til prioritering av oppgaver. I et instrumentelt perspektiv kan en forklare hvorfor de som gjør jobben er motivert gjennom tydelig ansvar for oppgaven, krav til rapportering og statistikkuttrekk fra fagprogram til SSB. Personlig engasjement på levering av feilfrie rapporter til SSB, gjør at oppgaven gjennomføres. Lokale normer kan påvirke at andre oppgaver går foran, når for eksempel leder sier tid til refleksjoner kommer langt ned på prioriteringslista.

Det kan virke som om IPLOS-kontakten oppfatter at helsepersonell i tråd med myteperspektivet ikke verdsetter dokumentasjonsarbeid like høyt som for eksempel praktisk bistand ute hos bruker:

***“Ja ja der må de liksom... hvis ikke de .. i bunnen.. på en måte ser at dette er faktisk like viktig som å dokumentere at de har fått mat, det er faktisk like viktig å dokumentere andre ting – og før de kommer der tror jeg det er vanskelig å begynne å detaljdiskutere. Da kan du få de diskusjonene om det skal stå 1,2,3 eller 4 og da... nei der er vi ikke enda!”***

Ansatte i rollen som IPLOS-kontakt liker statistikk og ser muligheter som ligger i verktøyet. Etter eget initiativ gjør de en innsats fordi de vil ha bedre kvalitet på dokumentasjon i omsorgsfeltet. Med andre ord, implementere det som en del av kulturen, eller som en motestrømning de fanger opp via egen profesjon eller faglitteratur. Det ser ut til at IPLOS-kontakter i prosjektorganisering har kompetanse på IKT og omsorg. Samtidig viser informantene til ”IPLOS-damene” på Helsedirektoratets årlige regionale møter, hvis uttalelser ofte refereres til og blir tillagt vekt både fra ledere og konsulenter i undersøkelsen. IPLOS-kontakter forteller at de kan føle seg svært alene om oppgaven, og de er samstemte på at det ikke er en ettertraktet rolle og derfor heller ikke statuspreget. En leder tydeliggjør ansvarsfølelsen som antakelig er sterkt nedfelt som en del av kommunal kultur, eller nedarvet gjennom profesjonelle føringer i utdannelsen. En leder tydeliggjør en innarbeidet noviseoppfølging jf. læringsteoretisk perspektiv Dreyfus & Dreyfus (1988), når hun poengterer at helsepersonell som er uerfarne med skåring ikke skal gjøre dette alene i starten. Det viser at institusjonelle forhold hvor norm om tett oppfølging av nye skåringsutøvere ble prioritert høyt, mens mer erfarne “kartleggere” i IPLOS kjører skåring alene. Jeg trekker inn en læringsteoretisk tolkning her, fordi det ser ut til å finne sted trinnvis opplæring fra tett oppfølging av nyansatte (tidlig begynner) til mer selvstendig skåring (kompetent utøver) for helsepersonell med erfaring. Kartlegging via elektroniske fagprogram er en kompetanse nyutdannede har, og som er vesentlig kunnskap ved nye oppgaver som for eksempel kartlegging i IPLOS. Erfarne helsearbeidere har praksiskunnskap som sin styrke. Vektlegging av erfaring har en sterk tradisjon i de profesjonsbaserte utdanningene innen helsevesenet, noe informantene i undersøkelsen bekrefter som vesentlig kunnskap for å kunne gi kompetent registrering i IPLOS.

Hvis en tolker utsagn fra mine informanter tydeliggjøres hvordan krav om implementering av en overordnet bestemt reform er pålagt, gjennom en forskrift og top-down iverksetting (instrumentelt), mens fagfolkene samtidig er preget av interne kulturtrekk og profesjonelle normer, slik det blant annet kommer til uttrykk i forbindelse med nye læringsutfordringer:

*”Vi som var i den første opplæringsrunden, vi fikk passord til den elæringsarenaen, og selv jeg er jo veldig lite inne på den arenaen.. av og til henviser (H.dir.) til nettsidene om IPLOS, ja men jeg ønsker ikke å bruke tid til å lete. Jeg har en sånn innstilling til informasjon at masse informasjon som ligger ute, ikke er så nyttig, for jeg er interessert i den informasjonen jeg trenger akkurat nå”*

Opgaven er ny i den forstand at den kan ikke ”gå i arv”. Man må slippe andre aktører og nye metoder til. Ledere blir på en måte utfordret til å lete etter motivasjon, interesse og utradisjonell arbeidsfordeling. Det kan oppstå uventede løsninger, reaksjoner og strategier i møte med dette, som dekobling fra bruk i lokal praksis der systemet støter an mot eksisterende kulturer, normer og verdier i organisasjonen. Det kan også tenkes at systemet formelt blir anvendt men at dette mer er en form for windowsdressing, der en ønsker å fremstå med de tidsriktige moter (Christensen m.fl. 2009). Det kan for eksempel skje som innkjøp av nytt trendy fagprogram som ikke nødvendigvis blir brukt etter intensjonen. Verktøyet og metoden som skal iverksettes med klart mål- og middelfokus i tråd med instrumentelt perspektiv, følges ikke opp lokalt med tilrettelegging. En slik nærhet til prosessene kan ikke ivaretas gjennom ”ledning på distans” alene jf. transparensteori, men krever lokal styring og prioritering av oppgaver, for eksempel gjennom prosjektorganisering. Dette støttes ut fra det jeg selv har observert og erfart gjennom egen praksis.

### **Sammendrag kap. 5.2:**

IPLOS-kartlegging er avhengig av personlig engasjement og kartlegging som ivaretar likhetskrav og lokal tilrettelegging av opplæring, for å oppnå felles forståelse i bruk av verktøyet. Institusjonelle forhold som lokale myter og vurderinger av hva som er viktigst og prioriteres, legger premisser ikke bare for hvem som blir IPLOS-kontakt, men også hvor godt kommunen har implementert IPLOS hos ledere og helsepersonell.

Grad av kompetanse på IKT og IPLOS er avgjørende for om IPLOS-kontakten klarer å iverksette implementering, relatert til mål–middeltenkning i et instrumentelt forklaringsperspektiv. Det kan se ut som om IPLOS-kontaktens motiverende og kontrollerende funksjon betyr mye for om sluttrapportene som sendes avgårde gir et reelt bilde av omsorgsutfordringene i kommunen.

### **5.3 Informasjon og brukerdiallog i IPLOS- kartlegging**

#### **Funn på organisering:**

Et flertall av informantene forteller at helsepersonell har som prosedyre å dele ut informasjonsbrosjyre om IPLOS systematisk til nye brukere. En konsulent nevner at det ligger mange brosjyrer igjen på kontoret, så hun tviler på at de deler ut til alle. En kommune velger heller å ha skriftlig informasjon om IPLOS bak på søknadsskjema, og konsulenten forteller: ”*Vi kartlegger jo det samme som før, bare på en annerledes og mer systematisk måte i IPLOS*”. De problematiserer at brukere må forholde seg til mye informasjon i en situasjon hvor de ikke er friske, og kanskje har mer enn nok med å formidle sitt hjelpebehov. Ingen av de elleve informantene gav uttrykk for at brukere hadde reservert seg mot registrering av opplysninger i IPLOS og ingen hadde mottatt klager på hvordan IPLOS-kartleggingen var gjennomført.

#### **Funn relatert til kompetanse på IPLOS:**

Tre av informantene (to konsulenter og en leder) var opptatt av brukermedvirkning og at dette ble tillagt vekt både i opplæring, refleksjonsarbeid og informasjonstiltak:

*“Veldig viktig at de setter seg inn i IPLOS, ikke sant? Veldig viktig at de forstår brukermedvirkning i IPLOS, de tenker ofte ikke på det. Jeg så veldig tidlig i en travel hverdag, at det er mye lettere å skåre uten å ha brukeren med seg. Hva er problemet for brukeren? Det er det vi vil vise gjennom IPLOS, ikke hva jeg ser er brukers problem, det er to helt forskjellige ting,- det er veldig fort å gå inn i en felle der!”*

Det kan være positivt for brukermedvirkning at tjenestetilbudet gjennom IPLOS nå er mer transparent for brukerne, ved at de selv involveres i vurdering av egen mestring og målsetting for omsorg og pleie. Hvis dette gjennomføres i praksis. En konsulent peker

på hvor raskt det kan være å bare legge fagpersonens skjønn til grunn, uten å sjekke det ut med bruker eller nærmeste pårørende (for brukere som selv ikke kan gi uttrykk for dette).

***“De har ikke noe spesielt informasjonsmateriell om IPLOS, men det står bak på søknadsskjema at de blir registrert og at de må skrive under.. jeg tror ikke de ansatte informerer sånn spesielt, direkte om IPLOS.”***

En konsulent var opptatt av å få tak i hva slags hjelp bruker trenger, uavhengig av form på informasjonen:

***“Håper det kommer brukerne til gode, det må være målsettingen – fange opp hva de faktisk trenger hjelp til.”***

### **Funn på forankring og ledelse:**

Opplæring i brukerdiallog i IPLOS-kartlegging er svært ulikt organisert, ifølge informantene i undersøkelsen. Noen toner informasjon veldig ned, fordi de opplever en motstand blant ansatte mot verktøyet som gjør at de prioriterer vektlegging av andre deler av prosessen som for eksempel tilbakemeldinger på feilrapporteringer. Spesielt konsulentene fremmer dette antakelig fordi det er det de kan best, og det fremkommer som et tydelig krav i forskriften. Spesielt IPLOS- kontakter i prosjektorganisering er opptatt av brukerdiallog, og kommuner som har hatt dokumentasjonssystemer i drift over lenger tid. Det betyr ikke at andre kommuner ikke har brukermedvirkning i kartlegging av omsorgsbehov, men de bruker andre ord som for eksempel kjennskap og lokalkunnskap. Uansett ordvalg, brukerdiallog forutsetter kontakt med bruker på skalering av variablene i IPLOS, jf. Kjellevold (2010).

### **Diskusjon:**

Informantene i undersøkelsen som var engasjert i brukermedvirkning tok opp temaet på eget initiativ i intervjuet. Det kan tenkes at disse gjennom profesjonelle fellesskap eller videreutdanning har fanget opp brukermedvirkning som en sentral norm som skal integreres i arbeidet. I undersøkelsen fokuserer en konsulent på hvem som eier problemet og hva speiler IPLOS? Sikkelds beskrivelser (2008) kan virke gjenkjennende på dette relatert til den utematiserte makten hun hevder ligger implisitt i IPLOS som system, eksempelvis mellom brukermedvirkning og kontrollaspektet.

Ordet brukermedvirkning blir brukt i undersøkelsen, men andre ord som for eksempel kjennskap eller kontakt med bruker kan fange opp noe av det samme, jf. Strand (2007) som sier kultur kan være mer en glasur. På brukermedvirkning vil forskjell mellom kultur og glasur være at ansatte har en reell dialog med bruker. Fokusering på måling og tallfesting relatert til instrumentelt perspektiv kan imidlertid veie tungt ved formelle implementeringer fra nasjonalt nivå, og brukerdiallog som krever samhandling og personlig kontakt kan komme i andre rekke.

Individuell tilpasning og mestring av dokumentasjonsverktøy kan over tid gi tilpassede lokale løsninger. I et kulturperspektiv beskrives individet som et fortolkende vesen som tilpasser krav til situasjonen. Kartlegging av omsorgsbehov ved hjelp av statistikk er ikke tradisjonelt relatert til brukermedvirkning.

### **Sammendrag kap. 5.3:**

Samlet sett er ikke brukermedvirkning et fraværende tema, men det virker som om bruk av begrepet enten er svært sentralt eller veldig perifert hos de som er intervjuet i denne undersøkelsen. I større og mer sammensatte organisasjoner, ser det ut til å være mer bevissthet hos informantene om brukermedvirkning i forbindelse med IPLOS-registrering. I prosjektorganisering vil toppnivået i kommunen normalt være mer engasjert. Grad av brukerdiallog i IPLOS-kartlegging ser ut til å være mer avhengig av om brukermedvirkning er en del av iverksettingsstrategien enn organisasjonsstørrelse, og om brukermedvirkning er en innarbeidet del av den lokale kulturen. Informantene anvender begrepet brukermedvirkning eller andre varianter som kontakt med bruker, eller kjennskap til bruker. Om dette speiler en kultur eller bare er glasur (Strand 2007), er avhengig av om bruker eller pårørende informeres og involveres i dialog om skåring av omsorgsbehov i IPLOS.

## **5.4 Faglig skjønn, likhetskrav og tallskalering**

### **Funn på organisering:**

IPLOS er forankret i dokumentasjonssystemet, og det kan se ut som om kommunene har plassert ansvar for *kartlegging* av IPLOS hos fagleder i linjen, ofte delegert til



sykepleier eller vernepleier.. Kommunene har ulik organisering på hvem som kartlegger, hvem som kontrollerer og hvem som sender rapporter til SSB. Flesteparten bruker sykepleiere og fagleder til skåring. De bruker veilederen som hjelpemiddel, mens kommuner som har prosjektorganisering og større enheter følger opp ansatte med opplæringsmateriell i form av håndbøker eller kursing av ledere, superbrukere og helsepersonell.

### **Funn relatert til kompetanse på IPLOS:**

Ansattes forståelse og kunnskap om hva de kartlegger i IPLOS var sentralt tema i intervjuene. utfordringene ved IPLOS kan synes å være tredelt; både til IKT-registrering av standardiserte variabler, klinisk på observasjons- og dialogkunnskaper med bruker, samt omforming av behov fra skjønn til tall. En konsulent beskriver prosessen det er for ansatte å tilnærme seg og forstå nytt verktøy, og viktigheten av å lytte, vurdere tallfesting og diskutere:

*”det er ganske tørt stoff, vanskelig å holde folk våkne, men det visste jeg før jeg begynte..men mange sa etterpå at det gikk et lys opp for dem, og at det var kjempebra at det endelig kom på data, og jeg sa hallo, det har vært der lenge! Jaja men vi har ikke skjönt det!! Det er en lang vei å gå å få alle til å skåre riktig”.*

En av konsulentene uttrykte kompleksiteten i hvor mange oppfatninger som kan stå side om side og få betydning for skåring. I tillegg kan den som skårer oppleve forskjellige vurderinger i sitt eget arbeidsteam:

*”Du finner mange brukere som mener alt er relevant, og da må du bruke ditt faglige skjønn - opp eller ned. Og lytte... diskusjon er kjempeviktig, og brukermedvirkning – Hvor er dette med, opp i dette? For de, av og til sier de at ja bruker vil ditt, pårørende vil datt og jeg mener det.. – hva gjør jeg da? Hva kan bruker faktisk gjøre?”*

De er skeptiske og påpeker mangler på hvor dekkende IPLOS egentlig er på endringer i mestrings- og ressursnivå ute hos bruker. Begge informantgruppene påpeker at brukere med raske svingninger i symptom bildet ikke fanges godt nok opp i IPLOS. Det kan for eksempel være brukere med diagnoser som parkinson, rusavhengighet eller hyperaktive barn. Slike svingninger kan i perioder kreve flere timer ekstra dagsverk i ressurser som ikke blir registrert i IPLOS. De formidler behov for samspill mellom flere verktøy for å få frem totalt ressursbruk i omsorgstjenesten.

En av konsulentene vinkler positivt hvordan synliggjøring av helsepersonells faglig skjønn kommer frem i IPLOS. Det bidrar til bevisstgjøring hos helsepersonell på hvorfor en velger å skåre et gitt mestringsnivå og hvilke omsorgstiltak det fører til. Ansatte må både gjøre seg opp en mening og kunne stå for den faglig sett:

***“Det som har vært bra med IPLOS her hos oss, er bevisstgjøring om ting, du blir tvunget til å sette en skåring og bak den skåringen må du gjøre deg opp en formening om ting.”***

En IPLOS-kontakt som hadde fått rollen delegert fra enhetsleder, forteller om utfordringen med at alle skal skåre likt i IPLOS. Hun slår kategorisk fast; ”*det gjør de jo ikke!*” Informanten gjennomførte kurs for primærkontakter til brukere i omsorgstjenesten, og opplevde at de skåret totalt forskjellig på case de kartla i kurset. Deltakerne som bestod av 8-10 ansatte, skåret fra en til ikke relevant dvs. på skalaen fra 1-5 og 9. Konsulenten betegner det ”som et veldig stort sprik”. Gjennom refleksjoner på kurset forstod ansatte poenget. Men på neste øvelse var resultatet likedan. Kartlegging av omsorgsbehov på variablene i IPLOS ble beskrevet som ”*en stor pedagogisk utfordring*”, og det å oppnå en felles forståelse på bruk av tallverdiene er det viktigste arbeidet med IPLOS fremover.

Det ble spurt i intervjuene om de brukte e-læringsverktøy fra Helsedirektoratet for å bli bedre på skåring av omsorgsbehov. Det var gjennomgående at informantene hadde lagt vekk e-læring, hvis de i det hele tatt hadde brukt dette. En av konsulentene var opptatt av at det var synd at e-læringsprogrammet i IPLOS var vanskelig og tidkrevende å bruke. Hun viste til at e-læringsprogrammet i opplæring i bruk av LOS § 4A fungerte bra i opplæring. En leder forteller at de oppfatter e-læringsverktøyet som noe for de ”*spesielt interesserte*”. Bruk av elektroniske verktøy er en kunnskap som ikke alle har, og i mangel av opplæring eller holdninger i miljøet som gir plass til erverving av slik kunnskap, blir heller gamle metoder prioritert:

***”.. elæringsverktøyet....vi har lagt den vekk, ikke sant der ligger den og så har vi den der for spesielt interesserte, og så bruker vi veilederen”***

Utsagnet tydeliggjør at de bruker veilederen mye, og flere informanter oppgir at de er fornøyd med den.

**Funn på forankring og ledelse:**

En leder påpeker at når noen ser og følger med på kartleggingen og gir tilbakemeldinger, da skjer det noe. Over halvparten av informantene (54 %) var opptatt av svakheten ved verktøyet hvis ikke kartleggingsgrunnlaget og forståelsen for skåring var på plass, fordi de mente sammenligningsverdien ville falle bort mellom avdelinger og kommuner. De viser tydelig bekymring for hva måltall i den nasjonale statistikken skal brukes til fremover. Skåringsdata lokalt i undersøkelsen varierer mer enn den samsvarer hos de ansatte som skalerer, ifølge lederne i undersøkelsen. De var derfor opptatt av å forankre dette på ledernivå, og opplæring satt i system. En leder gav uttrykk for ansatte som sa ”*akk og ve - hvor blir det av*” som en beskrivelse på at de ikke hadde noe eierforhold til rapporteringen som ble sendt ut av kommunen og ikke brukt lokalt (Pettersen m.fl. 2007).

### **Diskusjon:**

Funn relatert til faglig skjønn, likhetskrav og tallskalering viser utfordringer en top-down reform møter relatert til det institusjonelle perspektiv ved implementering i praksis. Selve skåringen farges mest av profesjonell bakgrunn, men også av myter om at dette er noe som skal ut og avsted, en rapport som tilhører andre på nasjonalt nivå. Relatert til det kulturelle perspektivet vil den enkelte ansatte omforme den informasjonen som kommer og utøver den på eget selvstendig initiativ, blant annet basert på profesjonell kontekst vedkommende er opplært i. En av informantene er tydelig på at dette i seg selv skaper ulikhet i registrering, fordi faglig skjønn også er forskjellig fra yrkesgruppe til yrkesgruppe.

Kultur for å tallfeste løpende individuelle mestrings- og omsorgsbehov er for mange en ny og ukjent metode, og det er kanskje derfor argumentet om tid trekkes frem. Relatert til NPM (New public management) blir IPLOS kanskje en praktisk visualisering av hvordan metodikk fra økonomi overført til praktisk omsorg medfører en ny måte å tenke på for helsepersonell. Ikke bare i registreringen, men også en pedagogisk utfordring ved opplæring. De fleste IPLOS-kontakter oppgir svært begrenset tid til opplæring og vedlikehold av tallforståelse og skåring, og prioriterte opplæring individuelt etter forespørsel. Det ble nedprioritert i hverdagen. Dette bekreftes også i nasjonale evalueringsrapporter (Pettersen m.fl. 2007). Beskrivelsene viser hvordan innlæring av nye metoder og tenkemåter må gjentas flere ganger og trenes på jevnlig, for å få effekt.

Det holder ikke bare med kurs i oppstarten, det må tilrettelegges systematisk over tid for å fungere godt. Dette ble også påpekt i intervjuer med Drammen og Nedre Eiker kommune i evalueringsrapport på IPLOS (Pettersen m.fl. 2007) En leder forteller at det har vært et generasjonsskifte på det å forholde seg til datamaskiner og elektronisk dokumentasjon av behov- og hjelpetiltak. Sagt med kulturelle perspektivbriller er det gått tid nå slik at tilvenning og endring har skjedd. Christensen m.fl. (2009) beskriver hvordan det kulturelle perspektivet gjør at pålagte oppgaver som synliggjør eller transparerer praksis gradvis blir akseptert i organisasjonen. Likevel på en svært gradvis måte jf. læringsteori om fem nivåer til Dreyfus & Dreyfus (1988).

***“Det har vært et generasjonsskifte, det er litt moro, når en møter andre kommuner i større fora, ser en at en er absolutt ikke dårligst i klassen..”***

Det er tydelig at opplæring internt og via utdanninger former og legger premisser som kan gjenkjennes som stivhengighet, men som relatert til IPLOS fremtrer svært forskjellig avhengig av ny eller tidligere kunnskap, jf. leder som forteller om et generasjonsskifte. Interne strukturer og holdninger i ledelsen og blant helsepersonell kan i et institusjonelt kulturelt perspektiv bidra til at praktiske oppgaver og andre informasjonskilder vektlegges uten bruk av IPLOS som systematisk grunnlag for vedtak. Juridiske pålegg og feilrapporteringer fra SSB gjør at IPLOS-kartlegging blir gjennomført, men hvordan vil bli forskjellig relatert til lokale forhold, ressurser på teknologi, kunnskap, tilrettelegging og forankring hos ansatte og ledere.

#### **Sammendrag kap. 5.4:**

Informantene er samstemte på at opplæring, utdanningsnivå og bevisstgjøring om hva kartleggingen dreier seg om, har betydning for entydig forståelse i rapportering i IPLOS. Samlet sett kan funn i undersøkelsen tolkes som en form for profesjonell stivhengighet der profesjonelle normer og verdier legger føringer på praksis, der ulik profesjonell bakgrunn og ulik erfaring skaper ulik forståelse av brukers mestringsnivå, og derfor skårer fagpersoner med ulik profesjonell bakgrunn heller ikke likt. Hvordan dette er organisert og prioritert av ledelsen spiller også inn. Tolket i en instrumentell mål-middel-logikk må praksis iverksettes i henhold til nasjonale intensjoner. Selv om de opplever bedre kunnskap og trygghet på skåringen nå, er det fortsatt flere som ikke opplever at det er godt nok. En overvekt av informantene er opptatt av at det må sikres

bedre opplæring og settes av tid til refleksjon, for å lykkes med entydig forståelse i registrering av omsorgsbehov i IPLOS.

## 5.5 Motstand

### **Funn på organisering:**

Forarbeidene til IPLOS viser at 30 pilotkommuner testet ut verktøyet i forkant av implementering. Det betyr at svært mange kommuner ikke hadde prøvd ut verktøyet før oppstart. Etter 5 år kan det virke som om IPLOS har satt seg i organisasjonen, uten at verktøyet er gjenstand for interne refleksjoner relatert til transparering av omsorgsbehov og tjenestebilde, men mer på antall feilrapporteringer fra SSB. Informantene forteller om utvikling innen styring og ledelse på tilpasning av fagprogram til rapporteringsvariabler i IPLOS. På den måten sikres gjennomgang av variablene når ansatte dokumenterer på omsorgsstatus, behov og endringer i journalen. Alle informantene er samstemte om at dette forenkler skåring i IPLOS, når ulike dokumentasjonsverktøy er samkjørt.

### **Funn relatert til kompetanse på IPLOS:**

En konsulent beskriver motstand fra fagledere på innføring av IPLOS som «relativt høy brøling», og at de oppfatter IPLOS som et dårlig verktøy for tjenester til noen brukergrupper:

*”Den største motstanden var nok fra de som følte det var et veldig dårlig verktøy for deres tjenester. De som betjener psykiatri, utviklingshemmede, disse brølte relativt høyt, men vi gikk ut og sa ja, vi ser svakhetene, dette er ikke et fullgodt system, men kommunene er altså pålagt dette her”*

Motstanden som skisseres i dette sitatet ble møtt med at dette er pålagt, en såkalt top-down implementering som ikke kan velges bort. Konsulenten formidler en handlingsstrategi med minste felles multiplum av tid og ressurser til å utføre kartlegging. En annen konsulent fortellelr at i begynnelsen ble tallfesting på variablene tatt litt lettvent ”pytt, pytt, vi setter en toer”, men at hun har opplevd en utvikling mot bevissthet omkring valg av tall i skåring som reflekterer reelle bistandsbehov.

### **Funn på forankring og ledelse:**

En konsulent uttrykker en mer generell motstand gjennom utsagnet;

#### ***”I denne kommunen kom IPLOS med 100 % frastøting”***

Hun viser hvor vanskelig det kan være å motivere for en ekstern pålagt oppgave, hvor ikke ledere er på banen, og hvor det ikke er noen intern aksept for å gjennomføre oppgaven. De brukte eksterne rådgivere som analyserte skåringsverdier på et felt i omsorgstjenesten i kommunen på et gitt tidspunkt i organisasjonen. Denne gjennomgangen fikk ifølge informanten ledere til å forstå viktigheten av å registrere reelle tall i kartleggingen. Ledere må være åpne for at andre faggrupper har mer detaljert kunnskap om IPLOS enn de selv. Her satt konsulenten med kunnskap om at data rådgiverne hadde sett på, var fra en periode med mye mangelfull rapportering. Hun synliggjør at tradisjoner og innøvde stier/stiavhengighet (Repstad 1998) kan medføre at faglig skjønn og IKT-system ikke er nok, hvis ikke nødvendig lederforankring, kunnskapsoversikt eller delegasjon av nødvendig myndighet følger oppgaven.

En leder forteller at de ikke er på plass med systematisk evaluering av faglig skjønn på variabelnivå hos de som skårer. Totalt sett skåres det, men det oppfattes fortsatt som et merarbeid for leder, og ansatte har ikke eierforhold til IPLOS. Motstand mot å synliggjøre faglige vurderinger og tallfeste omsorgsbehov, kan også fremstå som en avventende atferd. Det behøver ikke bli feil av den grunn fordi ledere i små avdelinger ofte kjenner brukeren godt fra før, og registrerer inn data som mangler. De peker likevel på at det er en lang prosess å komme i mål med at helsepersonell skårer systematisk på alle brukere.

### **Diskusjon:**

Motstand mot endring som ofte som et resultat av vanetenkning eller som et resultat av særinteresser. Motstand mot eller strategisk respons på institusjonalisering kan komme til uttrykk ved at man blir avventende (Oliver 1991). En top-down implementering der ledere blir pådyttet ny praksis og der nasjonale myndigheter forventer oppfølging lokalt etter nasjonale intensjoner, kan ved for store omkostninger praktisk eller økonomisk føre til at engasjementet og lojaliteten ikke bli sterk nok. Det kan oppstå motkrefter i lokale og profesjonelle kulturer og dermed manglende vilje til gjennomføring. Det kan i

lys av et kulturelt perspektiv utvikles uformelle måter å håndtere oppgaver på, som utvikler seg til institusjonelle trekk som for eksempel gjennomføring av kartlegging som et minst mulig ressurskrevende opplegg relatert til lokale normer og verdioppfatninger, uten en helhetlig vurdering av hvilken strategi som er mest hensiktsmessig totalt sett relatert til forankring, kompetanse og praktisk bruk av verktøyet lokalt. Helsepersonell løser da oppgaven, relatert til et kulturelt perspektiv, ved å tilpasse den til sin rolle og kontekst, jf. Christensen (2006). En slik lokal kulturell tilpasning, kjenner jeg igjen fra praksis ved delegering av oppgaver utover i kommunens resultatenheter med økte krav til detaljrapportering på resultater til overordnet nivå. Motstand i kommunal sektor er ofte sterkest i begynnelsen ved top-down implementering, for deretter å avta og over tid en stilltiende akseptasjon av nye oppgaver.

Mye av motstanden som kom tidlig mot IPLOS var knyttet til hva som ble kartlagt og hvorfor, for eksempel bruk av diagnoser og hvordan en skårer mestringsgrad av å bevege seg fritt jf. demensproblematikk eller barn med atferdsproblematikk. Faglig skjønn blir på denne måten tallfestet i en skalert skåringstabell. For helsepersonell og brukere kan dette oppfattes som kunstig og dårlig avspeiling av virkeligheten. I et institusjonelt perspektiv kan man derfor se forsøk på å gjennomføre reformer brynes mot lokale kulturelle verdier og normer om hva som er passende og riktig praksis.

En leder forteller at enten sier de som skårer at det er bortkastet tid, eller så sier de at ja dette er vi jo pålagt og dette må vi gjøre. Tjenester som utøves ved bruk av faglig skjønn har en basis av tillit ved seg, og hvis ikke ansatte opplever at det de skårer speiler behov og innsats kan dette påvirke motivasjonen for innføring av dette verktøyet (Lian 2007). Materialet spriker fra uttalelser der ansatte ikke forstår hvor data blir av, til konsulent som sitter med full oversikt over hvilken rolle IPLOS -registreringen skal ha innenfor dokumentasjon og kunnskapsgrunnlag fra utøvernivå til departement.

### **Sammendrag kap. 5.5**

I følge Christensen og Lægreid (2002) vil implementeringsprosessen, organisasjonens ”stivhengighet”, graden av institusjonalisering, samt om det er samsvar mellom normene i organisasjonen og reformene, ha betydning for endringspotensialet til en reform. Det betyr at en fortolkning i et institusjonelt perspektiv kan forklare hvorfor det ble mye motstand mot IPLOS-systemet. Det kom ”utenfra”, og har støtt mot lokale

kulturer og profesjonelle institusjonaliserte praksiser. På denne bakgrunn har det gått mye tid til tilpasning av verktøyet på lokalt nivå. Kommuner som ikke har tatt høyde for slik motstand i sin iverksettingsstrategi er fortsatt ikke i mål, slik det dokumenteres i nasjonale rapporter (Pettersen m.fl. (2007), Gabrielsen m.fl. (2008)).

## **5.6 Bruk av variabel 9 «ikke relevant»**

### **Funn på organisering:**

Informantene var samstemte i at bruken av variabelen «ikke relevant», var den mest kompliserte. En leder uttrykker det slik;

*”Ellers går det greit med om du skal registrere 1,2 eller 3 - det er greiere enn å finne ut om det er relevant eller ei.”*

De hadde ulike systemer for å takle dette. En kommune brukte «ikke relevant» systematisk på variabler som ikke var aktuelle å registrere. I følge konsulenten fungerte dette helt greit, hvis de som skårer tenker praktisk og logisk som hun sier:

*”Det står jo tydelig det at det du ikke trenger å spørre om, det skal du faktisk ikke spørre om. Den er vi litt bevisst på, sånn har de sagt det sammen med brukerorganisasjonene. Hvor nysgjerrige er folk rundt, tenker jeg da, men vi skal være obs på dette, og ikke bruke det som en sovepute”*

En leder hadde valgt å be helsepersonell som skårer om å sette en foreløpig en (1) - verdi hvis de oppfattet spørsmålet som ikke relevant, og heller diskutere det med IPLOS-kontakten, i tråd med råd fra Helsedirektoratet. To av kommunene har satset på prosjektorganisering og derigjennom kanskje oppnådd motivasjon gjennom systematisk opplæring og aksept for at dette er et viktig satsingsområde å bli gode på i kommunen, og ingen av konsulentene fra disse kommunene vurderte ”ikke-relevant” som et problem. En av prosjektkommunene hadde laget egen håndbok for helsepersonell til hjelp ved utfylling av IPLOS.

### **Funn relatert til kompetanse på IPLOS:**

En leder sa engasjert at han gjerne ville brukt «ikke-relevant» mye mer, men at “IPLOS-damene” på regionale konferanser har tydeliggjort nasjonale føringer om restriktivt bruk



av variabelen. Det ser ut til at de i noen kommuner har lyktes med « å så dette frøet» dvs. implementert mål og middel tenkningen lokalt:

***” men det er fordi vi har fått beskjed om at den skal vi helst ikke bruke – ellers hadde jeg brukt den kjempemye! For jeg mener det er veldig relevant å bruke den ikke relevanten!”***

I en annen kommune forteller konsulenten om viktigheten av ikke å spørre om mer enn det en trenger å vite for å yte nødvendig helsehjelp, og da kan det totalt sett på materialet se ut til at det eksisterer flere ulike forståelser på bruk av «ikke relevant», selv om nasjonale føringer fra Helsedirektoratet tilsier minst mulig bruk.

***”Jeg syns at når det ble skrevet tydelig at du skal ikke spør om mer enn det du trenger å vite- det likte jeg godt! For jeg syns den første, jeg syns... har vi lov å være så nysgjerrige bare fordi det er statistikk?”***

### **Diskusjon:**

Variasjonen i undersøkelsen strakk seg fra sjelden bruk til aktiv bruk av ”ikke relevant”-variabelen. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging mot fylkesmann og kommunene i forhold til IPLOS, og har poengtert restriktiv bruk av “ikke relevant”. Det ble uttrykt ønske fra kommunene om å bruke det mer av hensyn til bruker og færrest mulig spørsmål relatert til faglige hensyn. Er det lokale kulturverdier eller myter på hvordan statistikker bør takles, eller profesjonsbasert faglig skjønn i møte med brukers individuell behov som gjør at det blir slike forskjeller? Konsulenten hadde innført systematisk bruk i en kommune, men poengterte nøye vurdering før bruk. En leder brukte det ikke etter oppfordring fra Helsedirektoratet, men ønsket å bruke det mye mer. De brukte samme type argumentasjon: det er mye som ikke er relevant å registrere. Dette støtter opp under nasjonale mål om at lik registrering skal bli fulgt. Det kan skyldes at mindre organisasjoner/ kommuner har større lojalitet i å følge nasjonale retningslinjer mer slavisk, enn større enheter som opererer mer omfattende systemer. I større enheter tilpasses lokale løsninger, som for eksempel oppskrifter i form av håndbøker som gir intern aksept blant ansatte. Begge løsningene kan forklares i et instrumentelt forhandlingsperspektiv, men lokale tilpasninger basert på kulturell motstand mot verktøyet finner etter min oppfatning mer klangbunn i kulturelt perspektiv.

### **Sammendrag kap. 5.6:**

Variabelen «ikke relevant» ble innført senere enn de andre (Helsedirektoratet 2009:32), og viser tydelig at når kartleggingsverktøyet endres, utfordres organisasjonen på hvordan de strategisk møter dette, enten instrumentelt lojalt til nasjonale føringer om lite bruk, eller lokale løsninger tilpasset kulturelle- og mytepregede forståelser i anvendelse av verktøyet. Større kommuner med mer omfattende systemer er mindre instrumentelt lojale, men samtidig mer strukturerte i den formen de velger. Mindre enheter er mer gjennomsiktlige eller transparente relatert til at ansvar er fordelt på færre personer, som etterspør støtte fra rådgivere fra nasjonalt nivå. Samlet sett kan en ikke si at variabelen «ikke relevant» brukes på en entydig måte, basert på funn i denne undersøkelsen.

## **5.7 Idyllisering eller nøktern vurdering av nødvendig helsehjelp?**

### **Funn på organisering:**

En leder underbygger viktigheten av organisert oppfølging ved å fortelle at når hennes veiledningsbesøk og evaluering av skåring ble satt i system, ble kvaliteten på tallskaleringene mye bedre. Flere forteller at de ansatte kommer og spør IPLOS-kontakten om hjelp hvis de er i tvil om skåring, men at det har avtatt siste år. De forklarer mindre henvendelser med mer erfaring og rutine blant ansatte og større trygghet på oppgaven. Likevel er det et funn til ettertanke; når tverrfaglig refleksjon blir prioritert systematisk oppleves bedre kvalitet enn om hver enkelt må etterspørre råd om problemstillinger i kartlegging.

Informanter fra begge grupperingene peker på utfordringen med noen typer bistandsbehov, for eksempel demensomsorg eller nevrologiske lidelser. To av konsulentene trekker frem at deler av rehabiliteringsprosesser blir usynlige i PLOS:

*«Det med rehabilitering kommer dårlig frem, men det er jo ikke faggruppene de ønsker å telle heller, og det er greit nok, men hvis de da bruker det til det likevel, og det er det det virker som nemlig, så er det for dumt, at en del ting blir helt usynlige.»*

Dette tas med her, fordi det kan bli spennende å se hvordan omsorgsbehov skal registreres i IPLOS når ny lovgivning fra 2012 vektlegger forebygging og rehabilitering og økt grad av overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten..

**Funn relatert til kompetanse på IPLOS:**

Alle informantene er samstemte på at ingen idylliserer, det vil si skårer brukeres omsorgsbehov bedre enn de i virkeligheten er. En konsulent og en leder forteller om en motsatt utfordring, spesielt sykepleiere med lang fartstid, som ikke idylliserer. I sin hjelperolle skårer helsepersonell i denne kategorien høyere på hjelpebehov enn nødvendig (i følge informantene), som ikke IPLOS-kontakten oppfatter i samsvar med prinsippet om nødvendig helsehjelp. For eksempel ble argumenter som høy alder og bor alene nevnt, uten at mestringsevnen for bruker var redusert i seg selv. IPLOS-kontaktene er opptatt av nødvendig helsehjelp som et begrep for å skille mellom behov for hjelp fra det offentlige helsevesen versus hva brukere selv kan klare av oppgaver med hvilken bistand.

En leder var opptatt av at det alltid er psykisk helse som trekkes frem som problemområde på regionsamlingene, mens informantene som jobbet i psykisk helsearbeid, ikke opplevde det slik. En leder hevdet at de ulike gruppene av fagpersoner skåret ulikt relatert til sin faglige forforståelse. En annen leder forteller at det skjer noe med skåringen når de ansatte får anledning til å reflektere og dele kunnskaper, spesielt i tverrfaglige grupper som også jobber med de samme utfordringene. Samtidig sier de hvor lett det er å la dette komme bakerst i køen av prioriterte oppgaver. De forteller om gode diskusjoner i oppstarten på skåringsvalg, men at det nå er mer perifert. Ledere reflekterte under intervjuene på at dette fortsatt må holdes varmt.

***“Ja, ja og det er jo det vi trenger! Som jeg sier her når vi har evaluering, vi skal ikke ha noen diskusjon om det er rett eller galt, bare hvorfor vi gjør det, altså begrunnelsen, det som ligger bakenfor, det er det jeg vil vite, skrive ut igjen og få det frem”***

En leder var tydelig på at det var mer enn nok å lære opp og skape forståelse for koding hos en yrkesgruppe, og ikke alle yrkesgruppene, mens en konsulent var tydelig på at det var viktig at den som kjente bruker best uavhengig av yrkesfaglig bakgrunn, skulle skåre Når i tillegg bruk av elektronisk kartlegging er ukjent, kan det se ut som om det blir en dobbel barriere – og at en da velger letteste motstands vei- oppgaven legges på ledernivå i førstelinjen (fagledere) og relateres i overvekt til en yrkesgruppe.

*“ja det tar lang tid, det skal passe, og det handler litt om at vi faktisk er en yrkesgruppe der veldig mange ikke kan veldig godt bruk av dataverktøy, de aner ikke, de aner ikke hva de skal gjøre med dataen, så vi bruker veilederen”*

### **Diskusjon:**

Det kan se ut som om det i den første femårsperioden har satt seg noen myter om hvor dårlig verktøyet er til registrering av psykiske lidelser. Det er interessant at en leder som jobber i feltet, er mer positiv enn leder som refererer til utsagn fra ansatte. Det kan tyde på større trygghet nå, men også på en myte om at psykisk helsefeltet er mer kritiske til verktøyet enn andre faggrupper. Når leder forteller om vanskeligheter med å implementere verktøyet hos flere yrkesgrupper, og to konsulenter beskriver hvor forskjellig de skårer, oppfatter jeg en institusjonell, kulturell etablert praksis om hvem som er best til å registrere omsorgsbehov, sammen med vurderinger av hva som regnes som effektiv tilpasning av verktøyet til driften for øvrig.

En informant trekker frem at verktøyet var håpløst til demente i starten, men at det er blitt mye bedre i siste versjon fra 2009. Informantene forteller om en lang prosess i å lære opp ansatte i bruk av verktøyet, og holde det oppdatert. Flere ansatte har fått aha-opplevelse etter opplæring, og flere ledere ser et generasjonsskifte i tilnærming til vurdering av nødvendig helsehjelp og bruk av elektronisk baserte kartleggingsverktøy, jf. kulturelle og motemessige trender.

### **Sammendrag kap. 5.7:**

Funn i undersøkelsen tyder på at kommuner som har benyttet en strategi der de har iverksatt en helhetlig profil, der IPLOS har inngått som en del av den totale dokumentasjon i omsorgstjenesten, med god forankring på administrativt nivå har lykkes bedre. Lokale forhold som personlig engasjement og kompetanse på IKT, tverrfaglig kommunikasjon og brukerdialog vil ha betydning for hvordan IPLOS-forskriften implementeres i samsvar med kravet om en entydig forståelse i skåring av omsorgsbehov.

## 5.8 Hva brukes IPLOS til lokalt?

### **Funn på organisering:**

Det virker ikke som om kommunestørrelsen har avgjørende betydning for om det er etablert dialog mellom administrasjon og fagnivå på kartleggingsarbeidet i IPLOS. Det kan også være en antakelse eller oppfatning IPLOS-kontakten har av lite kunnskap om IPLOS i ledelsen, som ikke nødvendigvis trenger være dekkende. Denne undersøkelsen viser bare at en overvekt av IPLOS-kontaktene som ble intervjuet har en slik opplevelse. En leder beskriver tydelig hvordan oppmerksomheten på IPLOS fordeler seg:

***“Nei her føler jeg det er uteblitt, spør du rådmann tror jeg ikke han vet hva det er. Jeg føler at det mangler litt oppover, det er greit på sykepleiernivå, og avdelingsledernivå, men bortsett fra det føler jeg at det kommer ikke helt opp”***

Prosjektledere har ofte tilleggstudannelser og dermed integrert New Public Management-inspirerte holdninger både fra utdanning og ledersjiktet i kommunen. De vet hvor de skal gjennom målstyring og klare krav fra ledelsen. Funn i undersøkelsen understøtter at de som har klare forventninger til rollen sin som IPLOS-kontakt, er kommet lenger i systematisk implementeringen på system og individnivå i organisasjonen, enn de kommunene hvor IPLOS-kontakten mer tilfeldig har ”fått jobben i hodet”. En konsulent fra en kommune som har prosjektorganisert IKT i omsorg, forteller at de har gjennomført systematisk opplæring, og tror dette har sikret eierforhold og ansvarliggjort kartlegging nedover i organisasjonen:

***«Det vi har gjort i prosjektet er at vi har gjennomført kurs for saksbehandlere, superbrukere og for alle mellomledere. I kraft av sin stilling som mellomleder er de journalansvarlig, og da har de et overordnet ansvar for IPLOS-registrering”***

Fordelen flere av kommunene med små omsorgsavdelinger hadde, var stabilitet i staben. De kjente godt brukernes bistandsbehov, og kunne lettere gå inn og stille spørsmål ved eller korrigere skåringer løpende.

### **Funn relatert til kompetanse på IPLOS:**

En av konsulentene var tydelig på hvor skeptisk hun var til om IPLOS skulle anvendes til noe mer enn kunnskapsbase.

***”det er ok at vi gjør det (kartlegger IPLOS) ,men jeg ser at det er ufattelig mye vi ikke får med oss, og hvis de gjør om IPLOS til noe vi skal få penger fra, så er den så sprø at det er nesten til å bli litt kvalm av”***

Flere av informantene uttrykker stor skepsis og er redd for kobling mellom IPLOS som dokumentasjon/statistikk relatert til økonomiske tilskudd. De peker blant annet på store mangler i registrering av den totale ressursbruk hos den enkelte bruker. Flere forteller at ansatte har behov for mer enn statistisk tallfesting som begrunnelse for kartleggingsarbeidet, men kobling til økonomiske incentiver ser de klart. De skjønner koblingen mellom økonomi og ressursbruk, som en konsulent sa.

En leder mente saksbehandlere benyttet IPLOS som grunnlag for å fatte vedtak. En annen leder mente IPLOS hadde påvirket vedtaksutforming. En konsulent presiserte det videre med å si at vedtakene er blitt mer riktige. Spesielt konsulentene la vekt på at rapporteringsverdien tilfredstiller en minimumsstandard og derfor må betraktes som det. Det samme gir rapporten fra Gabrielsen m.fl.(2008) uttrykk for - at dataene må brukes med omhu.

***”Når IPLOS ble innført var det mange som hadde holdninga ”å enda en rapporteringsgreie”, det som jeg jobber med i kommunen er hele veien å vise at det faktisk er nyttig på et statlig nivå, men også på et kommunalt nivå og ned på et brukernivå at en faktisk har fått standardiserte opplysninger om brukere i omsorgstjenesten, sånn at man kan både sørge for at man har en lik behandling når man saksbehandler, men at man samtidig har muligheten til å bruke dette statistisk.”***

Konsulenten beskriver her en ”optimal oppskrift” på bruk av IPLOS, som også er definert som et nasjonalt mål i forskriften om IPLOS. Det har større gjennomslagskraft på implementering enn å delegere ut oppgaven som IPLOS-kontakt etter hvem som har anledning eller lyst. Av de kommunene som deltok i undersøkelsen, hadde to kommuner lagt vekt på prosjektorganisering av IKT-satsing i omsorgssektor. Innføring av IPLOS hadde medført enten innføring av elektronisk fagprogram, eller oppdatering av eksisterende fagprogram i flere av de mindre kommunene som deltok i undersøkelsen. Alle informantene er opptatt av nytteverdien av IPLOS, og de kategoriserer nytte relatert til områder som bedre tilpassede tjenester etter behov, minstemål for kommunal omsorgsstatistikk og bedre dokumentasjonsgrunnlag for fagutøvelsen:

***”Nå tror jeg vi begynner å bli ganske gode på dokumentasjon!”***

### **Funn på forankring og ledelse:**

Flere av informantene dro på smilebåndet ved spørsmål om ledelsen på toppnivå (administrativt og politisk) etterspurte resultater og rapporteringer fra IPLOS. Det var kun to informanter, en konsulent og en leder som refererte til bruk av IPLOS en gang, hvor de hadde dokumentert pleietyngde ved hjelp av uttrekk av lokal statistikk fra IPLOS for å synliggjøre driftsbetingelser. En annen konsulent refererte til at revisor trengte disse opplysningene, for å kunne godkjenne regnskap som grunnlag for refusjonssøknader for ressurskrevende brukere.<sup>11</sup> Hun har likevel ikke opplevd at politisk eller administrativt nivå i kommunen har bedt om å få tall fra IPLOS. Verktøyet blir iverksatt for å tilfredsstille nasjonale myndigheter, men blir *dekoblet* fra daglig lederpraksis, som i henhold til institusjonelt mytaperspektiv er nødvendig for å sikre legitimitet og et ”motepreget” utstillingsvindu. En leder beskriver det slik:

***“ Opplever ikke at IPLOS blir etterspurt av rådmann og ordfører.. det er vel ikke akkurat IPLOS som er det store temaet”***

De fleste informantene poengterer at implementering av IPLOS er et lederansvar, men at ikke alle har fulgt det opp. Det er svært nølende uttalelser om hvorvidt ledelsen vet om IPLOS og har kunnskap om hva det er. Rapport (2008) fra Helsedirektoratet “Evaluering og veien videre” underbygger disse oppfatningene om at verktøyet fortsatt ikke er godt nok forankret, og at dette ikke er rettet opp ute i kommunene.

### **Diskusjon:**

Informantene forteller om hvor tidkrevende det til tider har vært å få IPLOS på plass relatert til opplæring, elektronisk registrering og rapporteringskrav. Det kan virke som om kommunene i undersøkelsen har hatt mer enn nok med å lære opp de som skal registrere i IPLOS og få på plass teknologiske løsninger for å sende og rette opp rapporteringer til SSB. Relatert til instrumentelt perspektiv som vektlegger at organisasjonen står til disposisjon for lederne, blir grunnlaget for perspektivet svakt, fordi de som skulle gi styringssignaler videre internt er de som ifølge informantene vet minst om IPLOS. Det mangler tilrettelegging fra overordnet ledelse lokalt på tid til gjennomgang av skalering i grupper, og bruk av lokale statistikktall fra IPLOS til styring og synliggjøring av tjenesteproduksjon og resultatoppnåelse. Lokal bruk kan for

---

<sup>11</sup> Rundskriv 19.12.2003.Toppfinansiering for særlig ressurskrevende brukere.U-12/2003.

eksempel være vurdering av liggedøgn på korttidsopphold ved rehabilitering etter hoftebrudd. Dermed blir helsepersonells likhetsforståelse i skåring på variablene i IPLOS ikke fulgt opp gjennom systematisk opplæring eller tverrfaglige refleksjonsgrupper.

Relatert til myteperspektivet kan det virke som om det skjer en *dekobling* internt ved at det utad gis til kjenne at kommunen følger opp nye organisasjonsideer i praksis (IPLOS-forskriften). De flagger bruk av kartleggingsverktøy og brukermedvirkning, mens det i praksis bare er noen få ansatte som kjenner til verktøy og hvilke muligheter som ligger i IPLOS. Konsekvenslogikken ved mål gitt utenfra blir da stående i kontrast til utformingen internt med lokale prosesser og ulik tilpasning til verktøyet på individnivå, uten nødvendigvis lederforankring utover faglig nivå. Mia Vabø (2002) peker på utfordringene som ligger i en omsorgssektor hvor hjelpebehovene til pasienter sett fra yrkesutøvere og helseprofesjonelle fortøner seg utydelige og kontekstavhengige, mens kartleggingsskjemaer og kvalitetsmålinger røper en sterk instrumentell tro på at hjelpebehov er stabile, standardiserte og lette å forhåndsdefinere. Informantene tydeliggjør denne «drakampen» mellom det faglige profesjonelle og de instrumentelle «skippetakshensyn» for å etterleve ledelsens instrumentelle målingskrav. Etter mitt syn greier de med en viss suksess å balansere administrative og faglige hensyn. Det oppleves likevel som et problem og det tilkjennegis skepsis til verktøyet, for eksempel ensartet standardisert registrering som ikke matcher høyst ulike individuelle og omskiftelige omsorgsbehov.

### **Sammendrag kap. 5.8:**

Erfaringene som fremkommer i intervjuene med IPLOS-kontaktene når det gjelder lokal bruk av IPLOS, ser ut til å variere betydelig. De vektlegger forskjellige forhold rundt måleinstrumentet som organisering, kunnskapsnivå og styringsvalg. Undersøkelsen viser at alle kartlegger og anvender IPLOS til vedtak og tiltaksfastsetting. Bare kommuner som har prosjektorganisert dette arbeidet og kommuner der IPLOS-kontakten jobber i sentraladministrasjon, benytter dokumentasjon fra IPLOS i lokal styring på ledernivåer utover den daglige faglige virksomheten i omsorgstjenesten.



## **6.0 KONKLUSJON**

### **6.1 Undersøkellesdesign og betydning for prosess og resultat**

De data som er registrert, ble først tapet og deretter transkribert i sin helhet. Jeg noterte ned egne refleksjoner like etter hvert intervju. Jeg gikk gjennom alle notatene og valgte ut sentrale sitater kategorisert etter tema jf. kap.5.2 -5.8.

Antakelsen om at IPLOS-kontaktene var sentrale som informanter om IPLOS har jeg fått bekreftet, men også det typiske for feltet nemlig at roller og funksjoner er ulikt organisert og endres over tid. Ved å anvende flere teoretiske perspektiver har jeg forsøkt å fortolke materialet fra ulike innfallsvinkler. I denne undersøkelsen samsvarer funn til en viss grad med tidligere undersøkelser (SSB, Hofstad, Sikkeland, Pettersen m.fl.). I tillegg styrkes undersøkelsen ved at ni kommuner er representert. Likevel kan ikke generelle forhold utledes av undersøkelsen. Primærhensikten har heller ikke vært det, men heller bidra til dybdeforståelse, relatert til hva som er mulig å forklare ut fra de funn som er gjort.

Jeg hevder at de teoretiske forklaringsmodeller jeg har valgt i oppgaven, har gjort det mulig å belyse funn og problemstilling i et mangefasettert perspektiv. Likevel har et avgrenset sett med teoretiske perspektiver gitt meg begrensede fortolkningsmuligheter (Klev, Levin 2009:63). Når det gjelder alternative teoretiske perspektiver, ser jeg i ettertid at transparensteori og læringsteori kunne ha vært anvendt mer aktivt i tolkninger og analysen. Innledningsvis i teorikapittelet har jeg likevel forsøkt å kaste lys over problemstillingen med transparensteoretiske og læringsteoretiske perspektiver. Hovedsakelig står jeg igjen med et instrumentelt og institusjonelt (kultur- og myte-) perspektiv som teoretiske modeller brukt som bakteppe og fortolkningsgrunnlag for problemstilling, analyse og konklusjoner i studien.

I tillegg kan det stilles spørsmål ved hvordan jeg har forstått, tolket og formidlet videre stoff fra materialet i undersøkelsen, både intervjuer og beskrivelser i kapittel 2. Det kan bare jeg stå inne for, og derfor har jeg forsøkt gjennom hele oppgaven å formidle bakgrunn og begrunnelser for valg av problemformulering, egen forforståelse, teori- og metodevalg – for å synliggjøre dette for leseren.

Anvendelsen av flere perspektiver (instrumentelt, kultur- og myteperspektiv) har samtidig vært utfordrende fordi jeg har måttet reflektere over forskjeller og forklaringsstyrke til de ulike perspektivene. Slik jeg har erfart har styrken i de teoretiske perspektiver jeg har benyttet at de har gitt meg dypere innsikter, bedre forståelse og kunnskap om det problematiske med en top-down implementering av IPLOS Bør man for eksempel velge alternative tilpasningsstrategier eller tilretteleggingsstrategier, der det tas høyde for mer lokale, helseprofesjonelle forhold og brukernes egne erfaringer?

## **6.2 Ivaretas likhetskravet i kartlegging av omsorgsbehov i IPLOS?**

Det kan se ut som om systematikken på å lære opp og reflektere over egen skåring er lagt opp forskjellig i de ulike kommunene, og funn viser at informantene ikke oppfatter at skåringen er basert på en entydig forståelse. Det kan se ut som om kommunens valg av strategi for implementering, har mye å si for å få til en entydig forståelse i skalering av omsorgsbehov. Spesielt om de har vektlagt en styrt og helhetlig tilrettelegging for opplæring, forståelse i bruk av verktøyet og myndiggjøring av kontaktpersonene i IPLOS, eller valgt en mer pragmatisk eller forenklet tilpasningsstrategi. En av konsulentene uttrykte det slik :

***”Du må ha autoritet, fullmakter dvs. forankring. Ja, for ellers preller det bare av på noen av de (ledere og ansatte)”***

Undersøkelsen viser etter mitt skjønn at IPLOS innebærer en utfordring på bruk av ny metodikk i dokumentasjon i omsorgssektor.

***”..men hvor realistisk er det at alle i Norges land skal forstå dette likt?”***

Sitatet viser hvor utfordrende målsettingen for verktøyet nasjonalt sett er relatert til likhetskravet. På bakgrunn av funn i undersøkelsen skårer ikke helsepersonell likt ifølge informantene. Det ser ut som om instrumentelt perspektiv med krav om at ansatte følger opp mål og middeltenkning faktisk etterstrebes i praksis, men at suksessbetingelser for en slik landsomfattende reform på dokumentasjon i omsorgstjenesten krever nasjonal oppfølging. Ikke bare på iverksetting av verktøy, men på tilrettelagt opplæring, styring og ledelse.

### 6.3 Veien videre

Fra oppstarten i 2006 har det vært mye fokus på grunnopplæring, hvem skal ha ansvar for innsending av datafiler, feilopprettinger og opplæring. Dette preger også funn i intervjuene. Informantene er samtidig opptatt av fremtidig organisering og hvem som skal skåre: generalister eller egne saksbehandlere på IPLOS. Evalueringen i 2007 (Pettersen m.fl.) sammenfaller til dels med funn i denne undersøkelsen; de som har forankret implementeringen av IPLOS på ledernivå og lagt til rette for forståelse og kunnskap om skåring, samtidig med en bevisst IKT satsing innen helse- og omsorgstjenesten, har kommet lengst i prosessen.

Informantene gir etter min vurdering vekt til følgende punkter for hva de tror kan bidra til reell kartlegging av omsorgsbehov i tillegg til forskrift og veileder:

- Systematisert og prioritert tid til refleksjon over egen skåring, helst tverrfaglig.
- Systematisk opplæring på dokumentasjonskrav i omsorgstjenesten, gjerne som modul i helseprofesjonsutdanninger. Bør gjelde alle helseprofesjoner, fordi de vil få befatning med dette uansett om de jobber i kommune eller helseforetak jf. Samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008/2009)
- E- læringsverktøy må revideres og gjøres mer brukervennlig.
- Teknologisk samkjøring av basisverktøy for å gi et godt nok helhetlig bilde av omsorgsbehov; IPLOS alene gir svært begrenset informasjon. (Informantene nevner for eksempel bemanningsverktøy, time/besøksregistreringer på PDA)

I et instrumentelt perspektiv vil mål- og middel-fokusering stå sentralt. Her vil lokale ledere som kjenner verktøyet og kulturen være avgjørende som viktige pådrivere og opprettholde målfokus i en iverksettingsprosess. Lærdommen av en alternativ kulturell forståelse er at lokale ledere kan delta mer aktivt på regionale samlinger der IPLOS er tema. Her kan ledere for eksempel følge opp implementeringen av IPLOS i møte med lokale kulturer for å unngå at lokale tilpasninger ikke blir motstridende med nasjonale standardiseringshensyn i en instrumentell hierarkisk implementering.

## **LITTERATURHENVISNINGER:**

- Aase, T.H.,red.(1997)Fossåskaret, E. Fuglestad,O.L. *Metodisk Feltarbeid*  
Oslo, Universitetsforlaget.
- Aftenposten (2010), 30. september, del 2.
- Andersen, J.A.(2009) *Organisasjonsteori*, Oslo,Universitetsforlaget.
- Arntzen, E.(2007) *En forutsigbar helsetjeneste*, Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bendiksen,R.E.(2010) *Kan kombinasjonsstillinger bidra til å løse samhandlingsreformens utfordringer?* Fagbokforlaget Universitetet i Agder, fak. for økonomi og samfunnsvitenskap. Kristiansand
- Blomgren M., Sahlin-Andersson (2003): *Ledning på distans*, Stockholm, Landstingsförbundet
- Blomgren,Maria og Waks Caroline (2006): *Strevan efter transparens*, Stockholm SNS Forlag,
- Bowker,G.C.and Star,S. Leigh (2000) *Sortings things out*. First MIT press, paperback edition
- Brevik, I.(2010): *De nye hjemmetjenestene- langt mer enn eldreomsorg: utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*. Oslo, NIBR-rapport:2.
- Christensen, T.og Læg Reid,P. (2002): *Reform og lederskap*,Oslo,Universitetsforlaget
- Christensen, T. og Læg Reid,Per (1991) *New Public Management i norsk forvaltning*
- Christensen, T.(2006) Artikkel :*Staten og reformenes forunderlige verden* s. 215-228 i Nytt Norsk Tidsskrift nr. 3/2006.
- Christensen, T.(2009) Læg Reid, P., Roness, P.G., Røvik, K. A.:*Organisasjonsteori for offentlig sektor*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Dreyfus, Hubert L. og Dreyfus, Stuart E. (1988) *Mind over machine*, New York, The free press.

FOR-2006-02-17-204 HOD, *forskrift om individbasert statistikk i pleie- og omsorgstjenesten*, i kraft 2006-03-01.

FOR 2003-06-27 NR. 792, *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*

Gabrielsen, Bjørn m.fl.(2009) *Individbasert statistikk for pleie og omsorgssektoren i kommunene (IPLOS): foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2008*. Oslo, (Statistisk sentralbyrå)

Grimsmo A. og Brosveet J.(2002) : *Kompetansemiljø for utvikling av elektronisk pasientjournal*, Oslo, Norges forskningsråd.

Hansen, M.B. og Vincents Olsen, G. (2005) Artikkel: *Et komparativt perspektiv på Fælles sprog og organisering av den danske ældrepleje*. Politologiske skrifter nr. 13/2005 Syddansk Universitet

Helsedirektoratet (2003) Prosjektrapport Helsedirektoratet (2009) IPLOS-1112; *Veileder for personalet i kommunale helse og sosialtjenester, Oslo*

Helsedirektoratet (2003) IS-1201 *Veileder for forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, Oslo*

Helsedirektoratet (2006) IS-1040 *Veileder; Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten*. Oslo

Helsedirektoratet (2009) IS- 1441, *Informasjonsbrosjyre til alle som søker om eller mottar tjenester, Oslo*

Helsedirektoratet, (2010) IS-1848 *Årsrapport 2009*. Omsorgsplan 2015 Oslo

Helsedirektoratet (2009) Foredrag på powerpoint: "IPLOS- opplæringsseminar våren 2009", datert 19.08.2009.

Helsedirektoratet (2010) rapport IS-1863: *Hva kan offentlig statistikk si oss om prioriteringer i pleie - og omsorgstjenesten?* 11/2010.s.5 og 22.

Helsedirektoratets nettsider ( hentet ut 16.02.2010) om Iplos: tema *Kontaktpersoner*

- Hoff, K.G. og Holving, P. A.(2003) *Balansert målstyring*, Oslo,Universitetsforlaget
- Holme og Solvang, (1991) *Metodevalg og metodebruk*, Grimstad, Tano forlag, 3.opplag,
- Hovstad, Tormod (2009): *Som å ta øynene fra oss*. Trondheim, Master i kunnskapsledelse fra Handelshøjskolen i København.
- Hovstad ,Tormod (mail mottatt 9.august 2010)
- Hood (1991) ref. hentet fra Bendiksen, Ragnhild E. masteroppgave: *Kan kombinasjonsstillinger bidra til å løse samhandlingsreformens utfordringer?* UIA 2010 Kristiansand Fakultet fro økonomi og samfunnsvitenskap.
- <http://www.ssb.no/emner/03/03/20/iplos/index.html.2009,9.august>.
- Høst, T. (1997): *Å være leder i helse og sosialsektoren*, Tano Achehoug
- Jacobsen, D.I.(2007) *Fragmentering og integrasjon i Norske kommuner-politisk retrett eller vitalisering?* Kommunal økonomi og politikk, volym 11,nr. 4 sidorna 33-64.
- Jacobsen, D. I.(2003): *Forståelse, beskrivelse og forklaring*, Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Jacobsen, D. I.(2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Høyskoleforlaget Kristiansand
- Kjellevoid, A.( Hanssen H. red.)(2010) *Faglig skjønn og brukervedvirkning*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Klev,R. og Levin, M.(2009): *Forandring som praksis*. Bergen,Fagbokforlaget 2.utg.
- Lian, O. S.(2007) *Når helse blir en vare* ,Kristiansand, Høyskoleforlaget 2 utg.
- Lipsky,M. (1980) *Street –level bureaucracy*, New York, Russel sage foundation.
- Levay, C. og Waks, C.(2006) *Streva etter transparens*, SNS forlag
- LOV 1982-11-19 *Lov om kommunale helsetjenester*

LOV 1991 -12-13 *Lov om sosiale tjenester*

LOV 1999-07-02 *Lov om pasientrettigheter*

March J. G. og Olsen, J.P. (1995). *Democratic Governance*. New York: The free Press.

Martinsen, Kari (2000): *Øyet og kallet*, Bergen, Fagbokforlaget.

Moen, A., Hellesø, R., Quivey M., Berge A.(2002): *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*, Akribe forlag,

Myhre, A.M.(2008): *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus- påvirkning på avdelingslederrollen*, ATM –skriftserie nr. 5 -2008

Nilsen, J.(2008): *Planlegging og makt*, Masteroppgave i offentlig politikk og ledelse, Universitetet i Agder ,Kristiansand,fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap.

Oliver, C.( 1991 ) *Strategic responses to institutional process*. Academy of management review.Vol.16.

Pettersen I. m.fl.(2007): *Iplos- læringsprosess,rapport nov. 2007*,Evalueringsrapport om beslutnings og gjennomføringsprosessen.Oslo, Helsedirektoratet.

Repstad, P.(2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker*, Oslo, Universitetsforlaget.

Repstad, P. (1998):*Mellom nærhet og distanse*, Oslo, Universitetsforlaget

Romøren, T.I.(1997) Artikkel: ”*Eldreomsorg i blinde*” Oslo, Aftenposten

Roness, P.G.,Læg Reid, P. (1997):*Reformprogram og institusjonell tilpasning i norsk statsforvaltning*,Bergen LOS-senter notat.

Rose, L.E., Baldersheim H.(2005) *Det kommunale laboratorium* 2.utg. Bergen, Fagbokforlaget

Ryen, A.(2005) *Det kvalitative intervjuet fra vitenskapsteori til feltarbeid* Bergen, Fagbokforlaget.

Røvik, K.A (1998) *Moderne organisasjoner Trender i organisasjonstenkningen ved Tusenårsskiftet*, Bergen Fagbokforlaget

Selbæk,G. og Høgset, L. Dyrendahl (2010):*IPLOS og kartlegging av tjenestebehov hos hjemmeboende med kognitiv svikt*. Alderspsykiatrisk forskningscenter ved sykehuset Innlandet, Rapport april 2010, utgitt i forbindelse med prosjekter knyttet til St.meld. Nr.25(2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer”.

Selznick, P. (1957) *Leadership in administration*. New York; Harper & Row

Selznick, P. (1997) *Lederskap*, Oslo, Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (15.07.2005) *Forslag til forskrift om register for IPLOS-høring*.

Sikkeland, Torunn (2008) *Symbolisk makt i den statlige diskursen om IPLOS*. Universitetet i Oslo.

Sosial og helsedirektoratet (2003) ”*Fra tro til kunnskap*” Veileder i bruk av IPLOS sumrapporter, Versjon 1.0 november 2003

St.meld. nr.25 (2006-2006) ”*Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer.*”

St.meld.nr.28,(1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene*. Kap. 4.3.

St.meld. nr.34 (1999-2000)*Handlingsplan for eldreomsorgen etter to år*. Kap. 7.

St. meld. Nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen; rett behandling – på rett sted- til rett tid*, Oslo

Strand, T.(2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*, Bergen, Fagbokforlaget 2.utg.

Sundsbo, D.(20.november 2008) :Foredrag på konferanse om IPLOS: *Nytteverdi, personvern og informasjonssikkerhet*, Gardemoen, Helse- og omsorgsdepartementet.

Thagaard, T.(1998): *Systematikk og innlevelse*, Bergen, Fagbokforlaget.



Torjesen, D. O. (2008): *Foretak, management og medikrati*, Universitetet i Bergen, Dr. polit avhandling.

Torsteinson (2006) *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon. Instrument, symbol eller maktmiddel?*

Ulvestad, Elling (2006) Artikkel: *Det instrumentelle dilemma*, s.229-241 i Nytt Norsk Tidsskrift 3/2006.

Vabø, Mia (2002): *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev*, NOVA Rapport 18/02

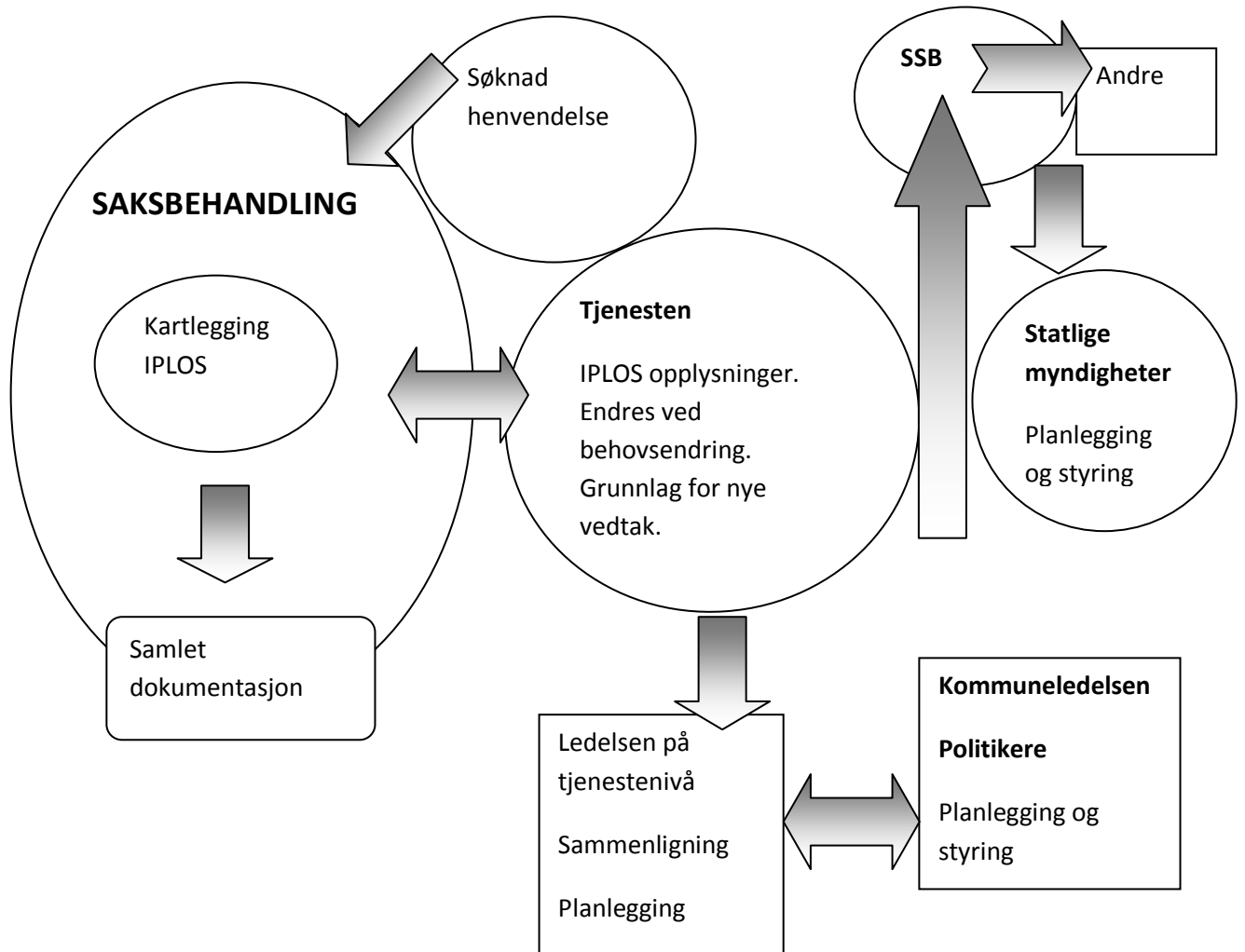
Vabø, Mia (2007): *Organisering for velferd*, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Nova rapport 22/2007

Volven.no,(2005) *Nasjonale database for helsetjenestens felles metadatagrunnlag*, Internett: <http://www.volven.no> (7.april 2005)

Widerberg, K.(2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*, Oslo, Universitetsforlaget

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) / iplos : *Evaluering og veien videre*, publisert 07.05.2008, Hentet ut : 21.10.2010.

Øgar, P. og Hovland, T.(2004) *Mellom kaos og kontroll*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

**Vedlegg nr.1.****Figur nr.1 IPLOS-prosessen:**

Figur nr.1 viser hvordan IPLOS-prosessen skal fungere fra behov oppstår til vedtak er fattet og tiltak gjennomført, og hvordan eventuelle endringer skal registreres. Den viser også hvordan lokal ledelse kan anvende kunnskap fra statistikken som videresendes i pseudonymt register til SSB, til lokale sammenligninger og planlegging, og hvordan nasjonale myndigheter kan benytte kunnskap fra SSB til planlegging, dimensjonering og prioritering innen omsorgsfeltet.

## **Vedlegg nr. 2 Tabelloversikt (side X) på hovedfunn.**

Tabellen er en stikkordsmessig oversikt over tilpasningsstrategier til kartlegging av omsorgsbehov i IPLOS, basert på funn eller utsagn i undersøkelsen i henhold til kategorivalg og informantgruppering.

### **Kommentar til tabell:**

Innenfor **organisering** er enkelte av konsulentene opptatt av at IPLOS dekker et behov for kartlegging som ikke har eksistert tidligere. De fleste fokuserer på kontroll av rapportering fra helsepersonell før innsending til SSB. Kontrollen gjelder først og fremst rapportens dekning, og ikke poeng relatert til omsorgsbehov. Likevel fremgår det spesielt i mindre enheter at de sier ifra til den som skårer om tall som virker usannsynlige basert på konsulentens kjennskap til brukeren. Ledere er som gruppe mest opptatt av å veilede individuelt, fordi kunnskapsnivå er forskjellig. De bruker veilederen aktivt og prioriterer å gå sammen med nye ansatte som skal lære seg å registrere. Ansatte med erfaring skårer alene og må be om hjelp hvis de trenger det, og IPLOS-kontakten tar stikkprøver på kartlegging. Samlet sett er det bare kommuner som har prosjektorganisert IKT og omsorg samt større enheter, som har tilrettelagt systematisk opplæring og system med hjelpemidler til hjelp ved utfylling og skalering av omsorgsbehov i praksis.

Innenfor **kompetanse** vektlegges evaluering av rapporter i etterkant av registrering, og ved feilkorrigeringer som SSB melder tilbake til kommunens ledelse for retting. Samlet sett er ikke kurs og tverrfaglig refleksjon i grupper satt i system. Informantene forteller at det var mer aktivitet i begynnelsen ved innføring av IPLOS, men at det er viktig å holde dette varmt. Konsulentene er tydelige på at kompetansen har økt fordi de ser at skåringene er blitt mye bedre, men det er fortsatt ikke lik kartlegging. Forståelsen er profesjonsrelatert, og det er et generasjonsskifte -ifølge ledere- i grad av forståelse og bruk av verktøyet. E-læringsverktøyet er ikke i bruk, det tar for lang tid, og ledere anser at det bare er et hjelpemiddel for spesielt interesserte.

Når det gjelder **lederforankring** utover faglig ledelse, er den ifølge lederne minimal, og konsulentene tror ikke rådmann eller politikere vet mye om IPLOS. Konsulenter og ledere er bekymret for kobling mellom økonomi og data fra IPLOS om behov og etterspørsel, fordi verktøyet ikke er dekkende på totalt ressursbruk i tjenesten. Samtidig forteller konsulenten at argumentet om kobling mellom IPLOS og økonomi er noe de ansatte forstår, at mangelfull registrering kan få konsekvenser for ressurstildeling. Konsulentene poengterer likevel at sammen med andre registreringer innen for eksempel personellbruk, saksbehandling og medisinsk utstysbruk kan IPLOS utfylle bildet på en god måte. IPLOS defineres av ledere som en liten del av jobben deres totalt sett.

Se forøvrig kapittel 5 og 6 for utdypende analyser, drøfting og konklusjoner av funn i undersøkelsen.

**Tabell nr. 1 Oversikt på tema, informantgruppering og tilpasningsstrategier til IPLOS:**

<b>Kategorier / tema:</b>	<b>Informant-gruppering:</b>	<b>Hovedfokus:</b>
<u>ORGANISERING</u> <u>AV IPLOS:</u>	KONSULENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LEDERSJIKT MANGLER</li> <li>• IPLOS SYNLIGGJØR BRUKERS BEHOV</li> <li>• FEILFRIE RAPPORTER VIKTIG</li> </ul>
	LEDER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LITE PRIORITET AV SYSTEMATISK OPPLÆRING I BRUK AV VERKTØYET, FORSTÅELSE AV VARIABLER OG MULIGHETER VED BRUK AV DATA TIL LOKAL STYRING</li> <li>• NYANSATTE FØLGES TETT</li> <li>• VEILEDER BRUKES AKTIVT</li> </ul>
<u>KOMPETANSE</u> <u>OM IPLOS I KOMMUNEN</u>	KONSULENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KONTROLL AV RAPPORTER TIL SSB</li> <li>• IPLOS BEDRE ENN INGENTING</li> <li>• INDIVIDUELL VEILEDNING STIKKPRØVER PÅ SKÅRING</li> </ul>
	LEDER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MINIMAL LOKAL NYTTE AV IPLOS</li> <li>• PROFESJONSBASERT SKÅRING, DET SKÅRES IKKE LIKT</li> <li>• E-LÆRINGSVERKTØY IKKE IBRUK GENERASJONSSKIFTE PÅ IKT&amp;IPLOS</li> <li>• SAKSBEHANDLERE BRUKER IPLOS</li> </ul>
<u>LOKAL FORANKRING</u> <u>OG LEDELSE</u>	KONSULENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPLOS &amp; ØKONOMI</li> <li>• HAR RÅDMANN KUNNSKAP OM IPLOS?</li> </ul>
	LEDER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PROSJEKTORGANISERING GIR BEDRE FORANKRING, BRUKERDIALOG OG OPPLÆRING</li> <li>• LOKAL BRUK AV IPLOS IKKE PÅ DAGSORDEN</li> <li>• IPLOS – LITEN DEL AV LEDERJOBEN</li> </ul>

**Vedlegg nr. 3 FORKORTELSER OG FORKLARINGER:**

**ADL:** *Aktiviteter i dagliglivet, avledet av det engelske: Activity of daily living, begrepsom brukes om de aktivitetene som er variabler i funksjonstapklassifiseringen i IPLOS.*

**DIAGNOSTISERING:** *Egentlig bestemmelse av hvilken sykdom noen lider av.*

**FFO:** *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon*

**GERIX:** *Betegnelsen på et informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Forløper for IPLOS.*

**HDIR:** *Helsedirektoratet*

**IKT:** *Informasjons- og kommunikasjonsteknologi*

**IPLOS:** *Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk*

**KS:** *Kommunenes sentralforbund*

**PDA:** *Begrepet kommer av personlig digital assistent, brukes om små håndholdte datamaskiner som brukes i hjemmesykepleien til å registrere og hente ut informasjon om tjenestemottakere fra sentralt fagprogram i pleie- og omsorgstjenesten*

**PSEUDONYMT REGISTER:** *I et pseudonymt register erstattes en persons identitet med et pseudonym, noe som hindrer direkte identifikasjon av enkeltpersoner. For mer utfyllende opplysninger, se rundskriv I-8/2005 Pseudonyme Helseregistre fra Helse- og omsorgsdepartementet.*

**SAFO:** *Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner i SAFO som består av Foreningen Norges døvblinde, Norsk Forbund for Utviklingshemmede og Norges Handicapforbund.*

**SSB:** *Statistisk sentralbyrå, det organ som håndterer IPLOS-registeret og utarbeider nasjonal statistikk basert på IPLOS og KOSTRA.*

**VARIABEL:** *Kjennetegn, særtrekk, egenskap, kan variere fra person til person.*

**Vedlegg nr.4**

**BREV TIL RÅDMENN I VEST-AGDER MED FORESPØRSEL OM Å FORETA  
INTERVJU AV ANSATT I KOMMUNEN:**

Ingrid Mydland  
Dolsvågveien 55  
4639 Kristiansand  
12.09.2010.

Kristiansand

Til Rådmann

Jeg henvender meg til kommunen som deltidsstudent ved Universitetet i Bergen.

Jeg skal gjennomføre en undersøkelse rettet mot kommunesektoren, som et ledd i gjennomføring av en masterutdanning i Helseledelse , kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen. Jeg har som tema innføring av Iplosforskriften fra 2006, og hvordan det oppleves på kommunalt nivå å iverksette systemer for individuell kartlegging av bistandsbehov for alle brukere i omsorgssektoren, og hvilken nytte kommunene har av dette i dokumentasjon, planlegging og styring av sine omsorgstjenester, jamfør formålsparagraf i Iplosforskriften §1-3.

I den forbindelse ønsker jeg å intervju Iploskontakter i kommunene i Vest-Agder. Det vil bli for stort utvalg å intervju alle som jobber som Iploskontakter i omsorgstjenesten i alle 15 kommunene, men jeg ber som et utgangspunkt om tillatelse fra alle rådmenn til å intervju et tilfeldig plukket utvalg fra alle kommunene i fylket, basert på oppdatert nettverksliste over Iploskontakter som kommunene har oppgitt til Fylkesmannen. Jeg jobber til daglig som rådgiver hos Fylkesmannen/Fylkeslegen, men har bakgrunn fra kommunal sektor både som leder og sykepleier i ulike fagroller.

Jeg vil med tillatelse fra deg som rådmann, sende ut et eget brev med forespørsel til den enkelte Iploskontakt som blir plukket ut, om de er villige til å la seg intervju.

Intervjuene vil anonymiseres for personlige opplysninger. Fokus er på ledelse og

innføring av kvantitative metoder på dokumentasjon av individuelle behovsbaserte tjenester i omsorgssektoren.

Intervjuet er frivillig og de kan når som helst velge å avbryte intervjuet. Intervjuet vil vare ca. 1 time. Tid og sted avtales på telefon med aktuell respondent etter samtykke. Jeg vil totalt intervju minst tre fra hver region i fylket. Tidspunkt for intervjuene vil være november/desember 2010.

Vennligst send meg en bekreftelse på mail eller brev innen 27 september 2010, slik at jeg praktisk kan gjennomføre undersøkelsen ihht. oppgitt fremdriftsplan. Har du spørsmål, ta gjerne kontakt på tlf. 97563010 eller på mail [imy@fmva.no](mailto:imy@fmva.no) Masteroppgaven er planlagt ferdigstilt innen desember i 2011, og jeg håper at jeg kan gi dere som kommune en tilbakemelding i etterkant hvis det er interesse for det, enten på kommunalt eller regionalt nivå (Knutepunkt Sør, Lindesnesregion eller Listernetverket).

Har du spørsmål, ta gjerne kontakt på tlf. 97563010 eller på mail [imy@fmva.no](mailto:imy@fmva.no) Jeg håper på positiv tilbakemelding på denne henvendelsen!

Med vennlig hilsen



## **Brev med informasjon til aktuelle respondenter i undersøkelsen:**

### INFORMASJON OM INTERVJU TIL RESPONDENTER/IPLOSKONTAKTER

Til:

.....

Jeg henvender meg til deg med forespørsel om du vil stille opp i et intervju fordi du jobber som Iploskontakt. Jeg er deltidsstudent ved Universitetet i Bergen på masterutdanning i Helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi, og skal i den forbindelse gjennomføre en kvalitativ undersøkelse.

Rådmann i ..... kommune har gitt tillatelse til at jeg kan henvende meg til deg som ansatt i .....kommune, for å foreta et intervju i forbindelse med gjennomføring av en erfaringsbasert master i Helseledelse og helseøkonomi.

Temaet mitt for masteroppgaven har sitt utgangspunkt i ledelse og organisering. Jeg har valgt innføring av Iplosforskriften som tema for oppgaven.

Problemformulering er valgt fordi jeg gjennom mange års arbeid som leder i kommunehelsetjenesten og nåværende stilling som rådgiver hos Fylkesmannen, er interessert i å vite mer om hvordan de som gjennomfører nye oppgaver i helsetjenesten i praksis opplever dette arbeidet. Jeg har valgt å intervju dere som har rollen som Iploskontakter, fordi jeg har en oppfatning om at dere kjenner godt til hva dette har medført av nye oppgaver, utfordringer og gleder både personlig, faglig og administrativt. Kanskje kan du gjennom å la deg intervju, bidra til nyttige innspill for videreutvikling av omsorgstjenesten!

Intervjuet vil dreie seg om tema knyttet til organisering og erfaringer i Helsetjenesten i kommunene ved innføring av Individuell statistikk for pleie og omsorgstjenesten (IPLoS). Jeg skal intervju Iploskontakter i kommunene i Vest-Agder, og derfor henvender jeg meg til deg med spørsmål om du er villig til å la deg intervju.

Intervjuet vil ta ca. 1 time. Hvis det er aktuelt å bruke lenger tid, vil vi evt. avtale tidspunkt for dette i første intervju. Jeg tar kontakt med deg direkte per telefon for å avtale tid og sted for intervju.

Det er frivillig om du vil delta i dette intervjuet, og du kan når som helst avbryte underveis hvis du ikke ønsker å fortsette. Alle persondata vil bli anonymisert, og materialet vil bli makulert når oppgaven er ferdigstilt, innen desember 2011. Jeg vil gjerne bruke båndopptaker under intervjuet, hvis det er i orden for deg. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Veileder for masteroppgaven er Dag Olaf Torjesen, førsteamanuensis ved Universitetet i Agder.

Dette brevet sendes kun elektronisk til deg, og vennligst svar ut om du er villig til å delta eller ei ved å svare på denne mailen innen fredag 19 november. Mailadr. min er [imy@fmva.no](mailto:imy@fmva.no)

Med vennlig hilsen Ingrid Mydland

Kristiansand, 14.november 2010.

---

## **Vedlegg nr. 5:**

### **INTERVJUGUIDE:**

1.Navn

2.Alder

3.Bosted

4.Utdanning

4.Ansatt fra dato i kommunen?

5. Stilling?

6. Hvor lenge har du hatt jobben som IPLOS-kontakt?

7.Hvem er IPLOS-kontakt?

- Kan du fortelle litt om bakgrunnen for at du ble IPLOS-kontakt?
- Hvilke egenskaper hos deg tror du var avgjørende for at du fikk rollen som IPLOS-kontakt?
- Hva mener du selv er viktig kompetanse for å fylle rollen?
- Er IPLOS-kontakt en kompetansegivende rolle ift. økt lønn?
- Er det en ettertraktet funksjon?
- Hvor er IPLOS-kontakt plassert i din kommune/ organisasjonsplassering i org.kart
- Har du en stillingsbeskrivelse for rollen som IPLOS-kontakt?

8. Egen forståelse av rollen som IPLOS-kontakt

- Har du fått opplæring? Fra hvem og hvordan?
- Er det tidkrevende å følge opp IPLOS?
- Har du opplevd konflikter mellom egne profesjonelle normer og verdier i bruk og implementering av IPLOS?
- I hvilken grad opplever du styring og kontroll utenfra på arbeidet du gjør som Iploskontakt?
- Fanger IPLOS-systemet opp nødvendig informasjon og kunnskap om bistandsbehov og tjenestetilbud i din kommune?

- Er det spesielle fagområder eller brukergrupper du tenker på som spesielt utfordrende?

#### 9. Rapportering på IPLOS-registeret

- Hvordan rapporterer du? Er det en pålagt rapporteringsmal?
- Opplever du at innspill fra deg til sentrale myndigheter blir hørt?
- Hvilke kanaler har du for å gi tilbakemeldinger på systemet fra kommunalt til statlig nivå? Bruker du dette? I så fall, hvilke erfaringer har du gjort deg ?
- Har du andre eksterne oppgaver i tilknytning til rollen som Iploskontakt?
- Vil du utdype noe mer om rapporteringskrav?

#### 10. Oppgaver som IPLOS-kontakt internt i omsorgstjenesten i

##### Kommunen

- Hvem registrerer IPLOS?
- Hvordan følger du opp de som kartlegger/registrerer IPLOS?
- Hvordan evaluerer og kvalitetssikrer du at de ansatte som registrerer IPLOS-data har tallforståelse ift. definisjoner som er gitt fra Helsedirektoratet?
- Hvordan blir IPLOS en del av den daglige virksomhet? Skippertaksmodell eller toppstyrt?
- Hva slags kurs/ opplæringsvirksomhet driver du? For hvem?
- Hvilken forståelse opplever du at de ansatte har ved innsamling av data?
- Hvordan får du tak i deres tallforståelse?
- har ansatte som jobber i omsorgstjenesten kjennskap til hva IPLOS er?
- Hvilke muligheter har du til å veilede, korrigere eller gi ny kunnskap til ansatte?
- Hvordan evaluerer du ditt eget arbeid med evaluering og kvalitet?
- Opplever du at de ansatte forstår nytten av den kartleggingen de gjør?
- Hvordan får de ansatte som kartlegger kompetanse i samtale og bruk av registreringsverktøy?
- Fyller de ansatte ut med stor grad av skjønn? Finner strategisk utfylling sted  
( oppsamlingsheat x2 pr. år eller jevnlig ved endring i vedtak den dagen det skjer)
- Hvordan evaluerer du tallforståelse og datakvalitet hos de ansatte?
- Opplever du idyllisering i utfylling? Hvordan kommer dette til uttrykk?

## 11. Forankring av Iplorsforskriften i kommunal ledelse

- Hva tenker du om forankring av IPLOS-forskriften i din kommune?
- Hvordan skjer forankring i praksis?
- Har du faste, formaliserte og definerte oppgaver og forventninger til rollen som IPLOS-kontakt?
- Hvem har evt. definert dem?
- I hvilke kommunale planer og dokumenter er ditt arbeid og implementering/bruk av IPLOS beskrevet?
- Hvilken forankring har IPLOS på systemnivå i din kommune?
- Får IPLOS-verktøyet oppmerksomhet i kommunens administrative og politiske ledelse? Er det ledere på høyere nivå som etterspør IPLOS og hvordan dere sikrer kvaliteten og evaluerer gjennomføringen av IPLOS?
- Er det andre som etterspør dette? (internt/eksternt)
- Ser du fra ditt ståsted endringer i omsorgssektoren som er en konsekvens av innføring av IPLOS-forskriften?
- Hvem samarbeider du med ?
- Hvordan samarbeider du med andre fagroller i kommunen?
- Er IPLOS-kontakten en del av stab eller ledelse? Hvis del av lederteam; er det en definert lederrolle?
- Er det noe du savner for å kunne utføre jobben slik du ønsker

## 12. IPLOS fremover i 2011

(etter 4 år i implementering 2006-2010)

- Hvordan planlegger du videre implementering av summeringsmål og måltall som er nytt fra 2011?
- Hvordan har du tenkt å håndtere ny versjoner i 2011 som inneholder lokale måltall og summeringsrapporter?
- Hva er de viktigste endringene?
- Hvilke utfordringer og muligheter ser du for kommunen i bruk av IPLOS fremover?
- Hva forventer du at IPLOS kan brukes til fremover?

13. Andre tema i dette intervjuet du vil si noe om?

14. Er det andre forhold du hadde forventet å bli spurt om?

- Hvordan har dette intervjuet vært?