

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP



# Forord

Oppgaven har vi valgt å kalle «Driftsopplegg i sykehjem- kommunalt versus privat». Den kom i stand etter at en av våre veiledere foreslo temaet, og vi takket ja til å være med, ettersom vi anså temaet som spennende å gå dypere inn i.

Deretter ble det satt opp et møte med Sykehjemsetaten, som er interessert i all forskning som gjøres på området. De var behjelpelige med å sette oss i kontakt med sykehjem, som ønsket å være med.

Under arbeidet med oppgaven har vi blitt fulgt opp av våre veiledere, og de har hjulpet oss med å gi konstruktive tilbakemeldinger.

Vi vil gjerne få takke våre veiledere, Bernt Aarset og Kjell Gunnar Hoff, ved Institutt for økonomi og ressursforvaltning på Universitetet for miljø og biovitenskap. Deres veiledning har gjort det til en interessant og lærerik oppgave.

Vi vil også få takke Margaret Arentz Gjertsen, som har vært vår kontaktperson i Sykehjemsetaten.

I tillegg vil vi få takke alle de ansatte i sykehjemmene som har vært med i oppgaven.

Elina Moa Nilsson

og

Andreas Tandstad Wibe

Oslo 3.3.2012

# Abstract

*Focus:* To point out various differences between public and private nursing homes.

*Research method:* Qualitative interviewing of managers in nursing homes. Two public nursing homes and two private nursing homes were selected. The nursing homes have requested to remain anonymous.

The report is based on the following three questions:

- Are there differences regarding “flat” versus “hierarchal” organizational structure in the public versus the private nursing homes?
- Are there differences in how the public and the private nursing homes exploit their resources?
- Are there differences in how the public versus the private nursing homes motivate their employees?

*Results:* We found both differences and similarities between the public and the private nursing homes. In some cases one private nursing home stood out in particular, while the three others were more or less similar.

The differences are that public nursing homes have a more hierarchal organizational structure, where the ability to become leader is more depending on formal education, where in private nursing homes personal abilities plays a bigger role.

Another difference is that public nursing homes have more fixed budgets than the private and lesser room for moving money between budget posts.

We also found that the private nursing homes have better capabilities to compete for the most competent workers as they are free to hire whom they like. In public nursing homes one has to hire people from inside the organization, if their previous workplace was shut down and they have the right competence for the job.

Another difference is that in private nursing homes education plays a lesser role in personal development, and they adopt more of a flat organizational structure, where the leaders are visible in the daily care for the workers as well as for the residents.

The philosophy in private nursing homes is that the leaders will gain respect among its employees by taking part in nursing activities, as opposed to being exclusively administrative in their role.

# Sammendrag

*Fokus:* Å påpeke eventuelle forskjeller og likheter når det gjelder driftsopplegg mellom kommunalt og privat drevne sykehjem.

*Metode:* Kvalitative intervjuer av ledere i sykehjem. To kommunale og to private sykehjem er valgt ut. Sykehjemmene har ønsket å være anonyme.

Oppgaven baseres på følgende tre hovedtemaer:

- Er det forskjell når det gjelder «flathet» versus «hierarki» i de private versus de kommunale sykehjemmene?
- Er det forskjell i hvordan de private og de kommunale sykehjemmene bruker sine ressurser?
- Er det forskjell i hvordan de private versus de kommunale sykehjemmene motiverer de ansatte?

*Resultater:* Vi har funnet både forskjeller og likheter mellom de kommunale og de private sykehjemmene. I noen tilfeller har også ett privat sykehjem merket seg ut, mens de øvrige tre var mer like.

Vi har dels sett på «flathet» versus «hierarki» ved hjelp av mange forskjellige variabler. I store trekk kan en si at de kommunale sykehjemmene på mange måter har en mer hierarkisk organisasjon enn de private sykehjemmene. Blant annet har Sykehjemsetaten en stor innvirkning på de kommunale sykehjemmene, hvilket medfører at mange beslutninger når det gjelder driften tas utenfor selve sykehjemmet. I det henseende har vi funnet noe forskjell, blant annet når det gjelder sykehjemmets mulighet til å påvirke beslutninger om outsourcing av støttefunksjoner. Her har de private sykehjemmene mer mulighet til å påvirke beslutningene enn de kommunale.

Vi har også sett på eventuelle forskjeller når det gjelder frihet til å påvirke budsjettet, og hva økonomiske midler skal brukes til. Her har vi funnet noen forskjeller mellom de private og de kommunale sykehjemmene. De forskjellene er marginale.

Friheten for de private sykehjemmene til valg av organisasjonsstruktur er også noe som skiller de private sykehjemmene fra de kommunale. Der er det de private aktørene som tar beslutningen, ikke ledelsen på det enkelte private sykehjemmet.

En annen forskjell er ledernes rolle på de kommunale versus de private sykehjemmene. I de private sykehjemmene er ledelsen mer synlig ute i avdelingene enn i de kommunale, noe som bidrar til å skape forskjell i flatet versus hierarki mellom private og kommunale sykehjem. Det sier oss også noe om hvordan arbeidskraften på sykehjemmene brukes.

At ledelsen er med og jobber ute i avdelingen, mener de private sykehjemslederene fører til at ledelsen får mer respekt, samtidig som det kan øke motivasjonen hos de ansatte.

Vi har også funnet noen forskjeller når det gjelder arbeidsfordelingen blant personalet lokalt på sykehjemmene. Her er det spesielt ett privat sykehjem som skiller seg ut fra de andre.

Hvilken kompetanse som vektlegges på sykehjemmene, skiller også de private sykehjemmene fra de kommunale. Det fordi vi ser at flere ufaglærte ansettes på de private sykehjemmene enn på de kommunale. Vi ser også en forskjell når det gjelder krav til utdanning for å bli leder, og hvilken kompetanse sykehjemmene vektlegger ved ansettelse av nye ledere. I de kommunale sykehjemmene legges det større vekt på utdanning enn i de private. Der ser en i stede mye på personlige lederegenskaper.

Når det gjelder ansettelser har vi også funnet en større frihet hos de private sykehjemmene enn de kommunale til å ansette «hvem de vil», ettersom de kommunale sykehjemmene rammes av fortrinnsretten. Fortrinnsretten handler om at de kommunale sykehjemmene plikter å ansette en søker som kommunen er skyldig å finne arbeid til, grunnet for eksempel nedleggelse av tidligere arbeidsplass i kommunen, hvis det ikke finnes markante grunner til ikke å ansette denne søkeren.

Muligheten til individuell lønn finnes også på de private sykehjemmene, men ikke på de kommunale. Det er noe som kan brukes som en motivasjonsfaktor.

# Innhold

|   |    |
|---|----|
| 1. Innledning .....   | 10 |
| 1.1. Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo 2010 ..... | 13 |
| 2. Problemstilling .....  | 14 |
| 2.1. Oppgavens oppbygning .....   | 16 |
| 3. Forskningsmetode .....   | 17 |
| 3.1. Oppgavens validitet .....  | 21 |
| 3.2. Oppgavens reliabilitet .....   | 22 |
| 4. De forskjellige aktørene .....   | 23 |
| 4.1. «Kommunalt sykehjem 1» .....   | 23 |
| 4.2. «Kommunalt sykehjem 2» .....   | 24 |
| 4.3. «Privat sykehjem 1» .....  | 25 |
| 4.4. «Privat sykehjem 2» .....  | 26 |
| 4.5. «Privat aktør 1» .....   | 27 |
| 4.6. «Privat aktør 2» .....   | 28 |
| 4.7. Kort om Sykehjemsetaten .....  | 29 |
| 5. Aktuelle lover .....   | 31 |
| 6. Konkurransetsetting og anbudsprosessen .....                                   | 32 |
| 6.1. Hva skiller konkurransetsetting fra privatisering? .....                     | 32 |
| 6.2. Anbudsprosessen .....  | 34 |
| 6.3. Konkurransetsettingens historie i Sverige og Norge .....                     | 35 |
| 6.4. Behovet for oppfølging .....   | 37 |
| 6.5. Mulige effekter av konkurransetsetting .....                                 | 37 |
| 7. New Public Management .....  | 40 |
| 8. Bestiller-/ utførermodellen .....  | 42 |
| 9. Brukerorientering versus fagorientering .....                                  | 45 |

|  |     |
|--|-----|
| 9.1. Noen forskjeller .....  | 46  |
| 10. Flexibilitet i arbeidslivet .....                                  | 50  |
| 10.1. Funksjonell fleksibilitet, generalist eller spesialist? .....    | 51  |
| 10.2. Våre funn .....  | 54  |
| 11. Sykehjemsetatens rolle .....                                       | 57  |
| 12. Organisasjonsstruktur .....  | 60  |
| 12.1. Flate versus hierarkiske organisasjoner .....                    | 61  |
| 12.1.1. Fordeler og utfordringer med flate organisasjoner .....        | 62  |
| 12.2. Matrisestruktur .....  | 64  |
| 12.3. Våre funn .....  | 67  |
| 13. Budsjett, innkjøp og beslutningsmyndighet .....                    | 69  |
| 13.1. Hva er et budsjett, og hvorfor brukes det? .....                 | 69  |
| 13.2. Budsjett og innkjøp .....  | 70  |
| 13.3. Våre funn .....  | 70  |
| 13.3.1. Innkjøp, større summer .....                                   | 75  |
| 13.3.2. Innkjøp til avdelingene .....                                  | 76  |
| 14. Outsourcing og samordning av tjenester .....                       | 78  |
| 14.1. Hva er outsourcing? .....  | 78  |
| 14.2. Våre funn .....  | 80  |
| 15. Hjemideologien .....   | 86  |
| 15.1. Våre funn .....  | 87  |
| 16. Team versus avdeling .....   | 88  |
| 16.1. Teori .....  | 89  |
| 16.2. Våre funn .....  | 92  |
| 17. Sammenligning av kostnader for private og kommunale sykehjem ..... | 95  |
| 17.1. Våre funn .....  | 100 |
| 18. Bemanning .....  | 103 |



|  |     |
|--|-----|
| 18.1. Våre funn .....  | 104 |
| 18.2. Bemanning og tjenestekvalitet.....                           | 111 |
| 19. Møtevirksomhet .....   | 113 |
| 19.1. Våre funn .....  | 119 |
| 20. Motivasjon, tiltak og faktorer ved jobben .....                | 120 |
| 20.1. Teorier og modeller .....                                    | 122 |
| 20.1.1. Tofaktorteorien.....                                       | 122 |
| 20.1.2. Indre og ytre motivasjon .....                             | 124 |
| 20.1.3. Målsettingsteorien .....                                   | 125 |
| 21. Sykefravær og motivasjon.....                                  | 127 |
| 21.1. Kostnader ved sykefravær .....                               | 128 |
| 21.2. Våre funn .....  | 129 |
| 22. Kursing og læring.....   | 132 |
| 22.1. Våre funn .....  | 132 |
| 23. Individuelle ansvarsområder .....                              | 135 |
| 23.1. Våre funn .....  | 135 |
| 24. Mulighet for å bli avdelingsleder og teamleder .....           | 138 |
| 24.1. Fordeler og ulemper med krav til utdanning hos lederen ..... | 141 |
| 25. Avdelingsleder/ teamlederens rolle .....                       | 143 |
| 25.1. Våre funn .....  | 144 |
| 26. Daglig leders/ institusjonssjefens synlighet og rolle .....    | 146 |
| 26.1. Våre funn .....  | 147 |
| 27. Lederens rolle ved ansettelse .....                            | 149 |
| 27.1. Våre funn .....  | 149 |
| 28. Mulighet for individuell lønn .....                            | 151 |
| 28.1. Teori.....   | 152 |
| 28.2. Våre funn .....  | 154 |

|       |                               |     |
|-------|-------------------------------|-----|
| 29.   | Oppsummering .....            | 157 |
| 30.   | Diskusjon og konklusjon ..... | 163 |
| 31.   | Referanser.....               | 169 |
| 31.1. | Trykte kilder .....           | 169 |
| 31.2. | Internettkilder .....         | 170 |

# 1. Innledning

Vi ønsker alle at kvaliteten på sykehjemstjenestene på norske sykehjem skal være så god som mulig, ikke minst ettersom vi selv og våre pårørende med stor sannsynlighet en gang i fremtiden kommer til å få plass på et sykehjem.

Det er flere aspekter som indikerer hvor viktig det er at nettopp sykehjemstjenester tilbys til høyest mulig kvalitet.

Det handler blant annet om at beboerne på sykehjemmene oftest er i slutfasen av livet sitt. Det er derfor viktig at sykehjemmene, innen økonomiske rammer, klarer å tilpasse omsorgen, slik at pasienten får en mest mulig verdig siste tid i livet.

I følge informantene på sykehjemmene i oppgaven vår er sykehjemsbeboerne mye sykere i dag enn de var før. For å skape brukertilfredshet på sykehjemmene må derfor personalet klare å definere beboernes behov på en måte som er tilfredstilende, da beboerne selv ofte ikke er i stand til å uttrykke sine ønsker og behov på en klar og tydelig måte. Muligheten til å skifte sykehjem hvis misnøye skulle foreligge er også begrenset.

I 2004 ga Sosial og helsedirektoratet ut en veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Gjennom den ønsket regjeringen blant annet at det i større grad enn tidligere skal legges vekt på de forskjellige individenes (pasientenes) behov. Også i stortingsmeldinger har regjeringen lagt vekt på hvor viktig det er å ta hensyn til de individuelle behov som brukerne av sykehjemstjenester har (Sosial- og helsedirektoratet 2004, side 6). Regjeringen har blant annet inngått en avtale med Kommunens Sentralforbund (KS). Avtalen handler om at en skal utvikle og fokusere på økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fremover. Det handler om at begge partene forplikter seg til å utvikle tjenestene, både gjennom forbedret ledelse og forbedret organisering (Arbeidsdepartementet, 2004).

Når det kommer til begrepet *kvalitet* på sykehjemstjenestene, finnes det ikke noen entydig definisjon. Sosial- og helsedirektoratet bruker likevel definisjonen nedenfor i sin veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Definisjonen lyder som følger:

*«Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.»*

(Sosial- og helsedirektoratet 2004, side 7).

Definisjonen bygger på at kvaliteten skal kunne oppfylle krav både fra staten, kommunen, brukerne og pårørende til brukerne. I tillegg til en rekke andre krav skal tjenestene som tilbys også skape trygghet for brukerne og pårørende. Når det gjelder brukere av pleie- og omsorgstjenester, som blant annet beboere på sykehjem, skal kvaliteten på tjenestene også være av en sådan art at de i størst mulig grad øker beboernes opplevelse av livskvalitet (Sosial- og helsedirektoratet 2004, side 7).

Men hva betyr så begrepet kvalitet mer konkret, når det handler om sykehjemstjenester? Da Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Legeforeningen valgte å bestille en undersøkelse av kvaliteten på de norske sykehjemmene, valgte de ut forskjellige indikatorer. Noen av dem er:

- Ivaretagelse av grunnleggende medisinsk behandling og pleie.
- Beboernes mulighet til selv å bestemme over egen døgnrytme.
- Beboernes mulighet til å ha et sosialt aktivt og selvstendig liv.

Indikatorene viser til betydningen av en organisasjon som legger til rette for den enkelte beboers ønsker, og et sykehjemspersonal som er flinke til å se og reagere (Paulsen m.fl., 2004).

Hvordan ser da dagens og framtidens situasjon ut, for at sykehjemmene i størst mulig grad skal klare å oppnå de nevnte kravene til kvalitet?

Jo, det finnes i dag en del store utfordringer i omsorgssektoren, blant annet på grunn av den store eldrebølgen som er forventet i tiden framover. I 2009 fantes det over 200 000 brukere av omsorgstjenester i Norge. Litt over 42 000 personer var over 67 år, og bodde på ett av de ca. 1000 sykehjem som fantes i Norge.

Det antas i tillegg at antall eldre over 80 år vil stige til nesten 350 000 innen år 2030. Antallet eldre over 80 år forventes å være ca. 500 000 innen år 2050 (Brenden m.fl. 2011, side 62).

Det har blant annet derfor blitt pekt på behovet for å finne nye løsninger i omsorgen, og det viser til nødvendigheten i å møte dagens og framtidens utfordringer når det gjelder behov for sykehjem.

En av grunnene til at kommunen gjennom årene har valgt å sette ut tjenester innen eldreomsorg, har vært at en har hatt tro på at private aktører kan tilby tjenestene mer effektivt enn kommunen selv. Kommunen på sin side plikter å bruke felles ressurser på en slik måte at det skaper mest mulig velferd for befolkningen (Hoff 2009, side 132).

Hvorvidt sykehjem bør konkurranseutsettes eller ikke har skapt samfunnsdebatt i Norge, helt siden Sverige i starten av 90- tallet begynte med konkurranseutsetting av sykehjem. Debatten handler delvis om tjenestekvaliteten på de forskjellige sykehjemmene. Blir kvaliteten påvirket av hvorvidt driften av sykehjemmet er konkurranseutsatt, eller om sykehjemmet driftes av kommunen selv?

Undersøkelser har vist at kvaliteten på sykehjemstjenester kan variere mye fra sykehjem til sykehjem. Hva som har størst betydning for tjenestene i eldreomsorgen; bemanningens størrelse og utdanning, eller andre driftsmessige forhold som organisering og ledelse, er det derimot delte meninger om (Paulsen m.fl. 2004, side 17).

En undersøkelse som kan være interessant, og som viser til betydningen av driftsmessige forhold for å skape gode sykehjemstjenester, er resultatene i en rapport fra SINTEF Helse. I rapporten er det undersøkt 29 sykehjemsavdelinger i Norge. En fant blant annet ut at tjenestekvaliteten påvirkes sterkt av forskjellige driftsmessige forhold. En fant også ut at *størrelsen* på bemanningen har mindre effekt på tjenestekvaliteten enn først antatt.

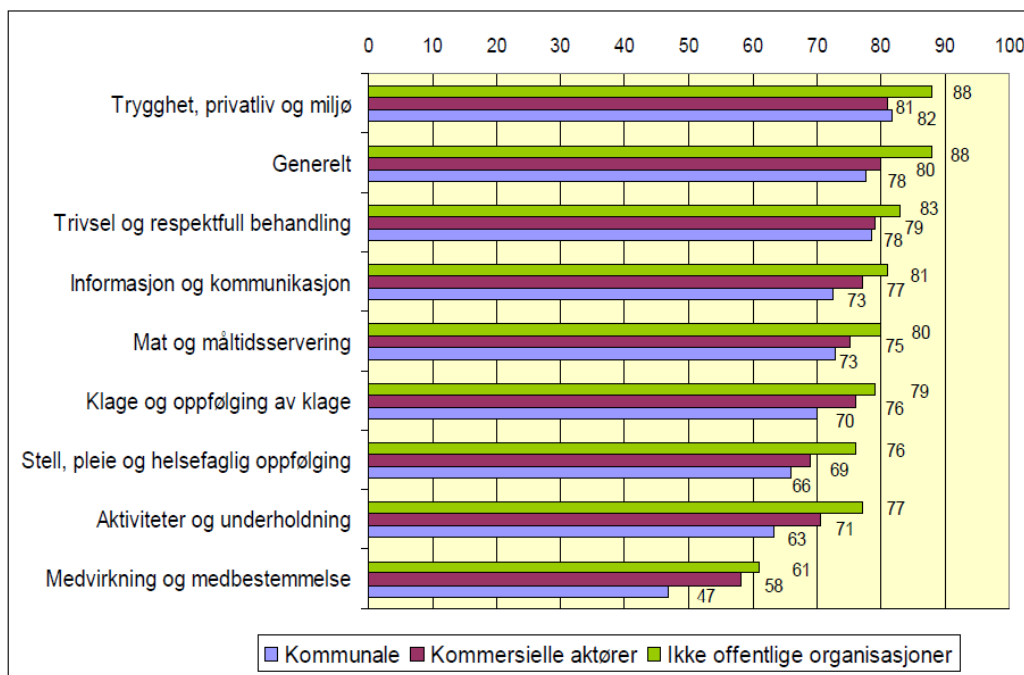
Undersøkelsen viser til at det ikke er noen indikasjoner på at en økning i bemanningens størrelse, nødvendigvis *må* bidra til høyere kvalitet. Det er i stede andre faktorer som i større grad påvirker tjenestekvaliteten (SINTEF, 2011). Det taler i sin tur for hvor viktige de driftsmessige forholdene ved et sykehjem er, for å skape god kvalitet på tjenestene.

## 1.1. Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo 2010

Rapporten «Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo kommune 2010» viser forskjeller mellom de private og de kommunale sykehjemmene når det gjelder brukertilfredshet (Oslo kommune helse- og velferdsetaten, 2011). Vi kommer til å bruke betegnelsen «brukerundersøkelsen» om rapporten, når vi omtaler den videre i oppgaven vår.

De private (kommersielle) sykehjemmene kommer i de fleste tilfellene bedre ut enn de kommunale. Resultatene i brukerundersøkelsen viser at ikke *alle* de private sykehjemmene kommer bedre ut enn *alle* de kommunale, men hovedkonklusjonen i rapporten er likevel at de private sykehjemmene *generelt sett* kommer bedre ut enn de kommunale sykehjemmene, når det gjelder brukertilfredshet.

Figur 1 presenterer hovedfunnene i undersøkelsen, basert på indeksverdier på hovedkategorier etter sykehjemstype. Undersøkelsen viser størst forskjeller på områder som aktiviteter og underholdning (indeksverdi 71 for de private og 63 for de kommunale) og medvirkning og medbestemmelse (indeksverdi 58 for de private og 47 for de kommunale). På andre områder kan det være noe mindre forskjeller (Oslo kommune helse- og velferdsetaten, 2011).



**Figur 1: Brukerundersøkelsen: Indeksverdier på hovedkategorier etter sykehjemstype (Oslo kommune helse- og velferdsetaten 2011, side 9)**

## 2. Problemstilling

Brukerundersøkelsen viser at de ikke- offentlige sykehjemmene (ideelle organisasjoner) kommer best ut, mens de private (kommersielle) aktørene generelt sett kommer bedre ut enn de kommunale sykehjemmene. Vi kommer i oppgaven vår til å begrense oss til å sammenligne kommunale og private sykehjem.

Vårt hovedmål er å prøve å finne ut om det er driftsmessige forskjeller mellom private og kommunale sykehjem, som kan være med på å forklare resultatet i brukerundersøkelsen.

Vi har valgt ut fire forskningsspørsmål som vi er interessert i å se nærmere på når det gjelder hvorvidt det er driftsmessige forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene.

Under hvert forskningsspørsmål har vi satt opp forskjellige variabler. Noen av variablene kan være med på å forklare flere forskningsspørsmål.

*1) Er det forskjell mellom hvordan de private og de kommunale sykehjemmene prioriterer sine resurser?*

Her vil vi se nærmere på:

- a) Er det forskjeller mellom sykehjemmene når det gjelder hvor mye tid og resurser som legges til møtevirksomhet? Er det forskjell mellom sykehjemmene når det gjelder om beslutninger tas på formelle eller uformelle møter?
- b) Arbeidsfordeling/ ansvarsfordeling. Praktiseres det en driftsfilosofi om at «alle gjør alt», eller en filosofi om «rett person på rett plass»?
- c) Bemanningsstruktur. Hvordan er bemanningen per pasient?
- d) Lederens rolle og arbeidsoppgaver. Er oppgavene administrative eller en kombinasjon av administrative og operative?
- e) Er sykehjemmet delt opp i team eller avdelinger. Hva har det å si for tjenestekvaliteten?
- f) Organisasjonsstruktur. Kan hvordan sykehjemmene organiserer seg ha noen betydning for tjenestekvaliteten? Og hvor stor frihet har de ulike sykehjemmene til å velge sin egen organisasjonsstruktur?
- g) Samordning og outsourcing av støttefunksjoner. Hvilke besparelse gjøres?

- h) Muligheter for individuell prestasjonsbasert lønn. Skiller det seg mellom de private og de kommunale sykehjemmene?
- i) Forskjell i kostnader mellom sykehjemmene.

2) *Er det noen indikasjoner på at noen sykehjem er mer toppstyrt enn andre?*

Her har vi valgt å se nærmere på *flat* versus *hierarkisk* organisasjonsstruktur. Vi vil se på hvor i organisasjonen beslutninger tas. Hvilke beslutninger kan påvirkes av ledelsen i sykehjemmet, og hvilke ikke? Det er relevant å se på hvor stor innvirkning de private aktørene og Sykehjemsetaten har på beslutningene. Hvilke positive og negative konsekvenser kan det ha for brukertilfredsheten? Er det forskjell mellom sykehjemmene?

Her har vi valgt å gå nærmere inn på:

- a) Beslutningsmyndighet over budsjettet.
- b) Beslutningsmyndighet over hvem som skal utføre støttefunksjoner.
- c) Frihet til valg av organisasjonsstruktur.
- d) Hvem som er med i ansettelsesprosesser lokalt. Er det øverste leder på sykehjemmet, eller er teamleder/ avdelingsleder med i prosessen? Hvor mye har Sykehjemsetaten og de private aktørene å si i slike beslutninger?
- e) Er det forskjell i antall ledelsesnivåer lokalt på sykehjemmene?

3) *Hvilke faktorer indikerer flatthet versus hierarki lokalt i sykehjemmene?*

Flat eller hierarkisk struktur dreier seg ikke bare om på hvilket nivå beslutninger tas eller hvor mange ledelsesnivåer det er, men det handler også mye om hvem som gjør hvilke arbeidsoppgaver. Vi kommer derfor til å fokusere på noen variabler som indikerer flatthet versus hierarki lokalt i sykehjemmene.

Her har vi valgt å se nærmere på:

- a) Er det normer for at «alle gjør alt», eller «rett person på rett plass»?
- b) Vi har også valgt å se på ledernes oppgaver, både sykehjemsledelsen og team-/avdelingslederne. I hvilken grad er de ute i avdelingen og jobber, og i hvilken grad er deres oppgaver rent administrative?



#### 4) *Hvilke faktorer kan være med på å øke motivasjonen hos de ansatte?*

Her har vi også valgt å se på sykefravær i sykehjemmene. Ut fra de tallene vi har fått tak i, har vi sett på om sykefraværet har utviklet seg over tid. Grunnen til at vi har valgt motivasjon og motivasjonsfaktorer som en del av forskningsspørsmålet, er at motivasjon dels påvirker sykefraværet, men mange ganger også prestasjonene til de ansatte. Det kan i sin tur bidra til å påvirke brukertilfredsheten hos beboerne. Samtidig medfører sykefravær kostnader for bedriften som ellers kunne vært brukt på andre kvalitetsfremmende tiltak.

Motivasjonsfaktorer som vi finner relevante å se på er:

- a) Mulighet for individuell lønn, og hvorvidt det faktisk kan bidra til å øke motivasjonen.
- b) Mulighet for egne ansvarsområder, basert på egne interesser og hobbyer.
- c) Mulighet for kursing, også utover de kurser som er påbudt.
- d) Mulighet til å bli avdelingsleder eller teamleder.
- e) Ledernes rolle på sykehjemmet.

## **2.1. Oppgavens oppbygning**

Forskningsspørsmålene med tilhørende variabler kommer til å bli drøftet fortløpende i oppgaven vår. Som nevnt kan en variabel være med på å forklare mer enn ett av forskningsspørsmålene, men de kommer bare til å bli belyst én gang i oppgaven. Strukturen for hoveddelen i oppgaven vår kommer til å se ut slik:

- For det enkelte temaet kommer vi til å se på noe av teorien som finnes på området fra før.
- Deretter kommer vi til å drøfte hvilke funn vi har gjort, når det gjelder det enkelte temaet fra hvert sykehjem, og våre intervjuer der med institusjonssjefen/ daglig leder og avdelingsleder/ teamleder. Vi kaller den delen «våre funn».

- Etter det kommer vi til å prøve å dra en konklusjon om hvorvidt de funnene vi har gjort, når det gjelder det enkelte temaet, innebærer noe forskjell mellom de kommunale og de private sykehjemmene.

Når det gjelder noen temaer, slik som innkjøp, mulighet for å bli avdelingsleder, institusjonssjefens/ daglige leders og avdelingsledernes/ teamledernes roller på sykehjemmet og roller ved nyansettelser, har vi valgt kun å skrive om de funnene vi har gjort på sykehjemmene, da det er aktuelle temaer for motivasjon og hierarki, og da den teorien drøftes tidligere i oppgaven.

Vi kommer i slutten av oppgaven til å komme med en oppsummerende konklusjon av de funnene vi har gjort underveis.

Når vi bruker betegnelsen institusjonssjef henviser vi til den øverste lederen på de kommunale sykehjemmene. Når vi bruker betegnelsen daglig leder er det øverste leder på de private sykehjemmene.

Teamlederne er ledere for teamene på de private sykehjemmene, og avdelingslederne er ledere på avdelingene på de kommunale sykehjemmene. Det er betegnelser som sykehjemmene selv bruker, og vi har valgt å følge de.

Uttrykkene «alle gjør alt» og «rett person på rett plass» i oppgaven vår er hentet fra boken «Sykehjem i drift, kommunal versus privat organisering av tjenester», skrevet av Dahl og Gullikstad (2002).

### **3. Forskningsmetode**

Et skille som raskt dukker opp i den samfunnsvitenskapelige metodelæren er skillet mellom kvantitative og kvalitative tilnærminger, vanligvis betegnet som kvantitativ og kvalitativ metode. Tradisjonelt blir de to metodetilnærmingene framstilt som nokså forskjellige, men de er ikke uforenelige (Johannesen m.fl. 2004, side 36).

De tradisjonene som ofte benyttes innen kvalitativt design er; fenomenologi, grounded theory, etnografisk design og casesdesign (Johannesen m.fl. 2004, side 80). Fenomenologi er både en filosofi med røtter tilbake til den tyske filosofen Edmund Husserl, og en kvalitativ forskningsdesign. Kort fortalt er fenomenologisk filosofi læren om «*det som viser seg*», det vil si tingene eller begivenhetene slik de «*viser seg*» eller «*framtoner*» seg for oss, slik de umiddelbart oppfattes av sansene. Som kvalitativt design betyr en fenomenologisk tilnærming utforskning og beskrivelse av mennesker, og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen (Johannesen m.fl. 2004, side 80- 81).

Mening er et nøkkelord fordi forskeren bestreber seg på å forstå meningen med et fenomen (handling eller ytring) sett gjennom en gruppe menneskers øyne. Når vi tolker hva en handling eller det noen har sagt betyr, må handlingen eller ytringen ses i lys av sammenheng den forekommer innenfor. Forskeren kan ikke forstå mening utenfor de sammenhengene der meningen skapes, det vil si at et sett av begreper betyr noe i én sammenheng, og noe helt annet i en annen. Målet er å få økt forståelse og innsikt i andres livsverden. For å forstå verden må vi forstå mennesket. Det er mennesket som konstituerer virkeligheten, ikke omvendt (Johannesen m.fl., 2004, side 80- 81).

Mens en i fenomenologisk design legger vekt på meningen bak individers erfaringer med et fenomen, og tar utgangspunkt i allerede eksisterende teorier, ønsker en i grounded theory å utvikle nye teorier med utgangspunkt i data. Ved grounded theory foregår datainnsamling og analyse parallelt. En starter svært åpent, men snevrer inn fokuset etter hvert (Johannesen m.fl. 2004, side 82).

Observasjon innebærer at forskeren er til stede i situasjoner som er relevante for studien, og registrerer sine iakttagelser på bakgrunn av sanseinntrykk, først og fremst gjennom å erfare, se og lytte. Gjennom observasjon registreres data ved å skrive ned det som skjer, under eller etter observasjonen (Johannesen m.fl. 2004, side 121).

Steinar Kvale (1997, hentet fra Johannesen m.fl. 2004 side 141) karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med struktur og mål. Intervjueren stiller spørsmål og følger opp de svar som informant eller intervjupersonen gir på spørsmålene, men intervjuet bærer mer preg av en dialog enn rene spørsmål og svareanser. Hva slags informasjon som samles inn gjennom intervju er avhengig av de forskningsspørsmål som intervjuene skal gi svar på. Forskningsspørsmålene kan være:

- *Beskrivende spørsmål* knyttet til konkrete hendelser eller handlinger.
- *Fortolkende spørsmål* om hvordan informantene oppfatter og fortolker hendelser og handlinger, det vil si hvilken betydning informantene tillegger de.
- *Teoretiske spørsmål* med sikte på å avdekke årsaker eller hensikter til handlinger og begivenheter (Johannesen m.fl. 2004, side 141).

Forskere som benytter kvalitativ metode studerer ting i deres naturlige setting, der de prøver å forstå («*make sense of*») eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem. Intervjuer er en fortolkningsprosess der både intervjuer og respondenten tolker hverandres spørsmål og svar og prøver å skape mening (Ryen, 2002).

Det kvalitative intervjuet kan være mer eller mindre strukturert, det vil si tilrettelagt på forhånd. *Ustrukturert intervju* er uformelt med åpne spørsmål der en på forhånd har et gitt tema, men spørsmålene tilpasses den enkelte intervjusituasjonen. *Semi- strukturert* eller *delvis strukturert intervju* har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres. En beveger seg fram og tilbake. I *strukturert intervju* har en på forhånd fastlagt både tema og spørsmålsformuleringer (Johannesen m.fl. 2004, side 143).

Vi ønsker å bruke kvalitativ metode for å lære av erfaringene til de forskjellige sykehjemmene og deres ledere når det gjelder de ulike driftsoppleggene. Vi ønsker konkret erfaringsbasert informasjon som kan hjelpe oss å belyse vår problemstilling.

Med hensyn til utvelgning av informanter har vi fått hjelp av Sykehjemsetaten. De satte oss i kontakt med daglig leder ved to private sykehjem og institusjonssjefer ved to kommunale sykehjem. Kriteriene var at sykehjemmene skulle være noenlunde like i størrelse tilbud, og at to måtte være kommunale og to private. Informantene ble valgt ut på bakgrunn av deres erfaringer med driftsopplegg, og at de er representative for å si noe om driften.

Et kvalitativt forskningsopplegg gir oss et godt innblikk i virkeligheten bak de kvantitative dataene i brukerundersøkelsen. Intervjuer belyser problemstillingen vår bedre enn for eksempel case studier eller observasjonsstudier, ettersom vi ønsker mer konkret erfaringsbasert informasjon.

Vi har hatt tre intervjurunder med hvert sykehjem (på ett sykehjem fikk vi bare to på grunn av tidsmangel ved sykehjemmet). Det ga oss grunnlag til å vurdere forskjeller og likheter i

driftsopplegget mellom private og kommunale sykehjem. I tillegg har vi hatt epostkontakt med alle sykehjemmene. Ansatte i Sykehjemsetaten har vært behjelpelige med å svare på spørsmål på telefon og på epost.

Ved hvert sykehjem har vi intervjuet daglig leder eller institusjonssjef, alt etter som det er et privat eller kommunalt sykehjem. I tillegg intervjuet vi en avdelingsleder eller teamleder på hvert av sykehjemmene. På ett sykehjem var avdelingslederen til stede under intervjuet med sykehjemslederen, slik at det ble ett intervju.

Vi har gjennomført til sammen *fjorten* intervjuer.

I det første intervjuet stilte vi nokså generelle spørsmål om sykehjemsdrift. Etter å ha bearbeidet intervjuet kom vi på mer spesifikke spørsmål som vi stilte ved de andre sykehjemmene. Intervjuene varierte i lengde, ett intervju varte i 30 minutter mens et annet varte i to og en halv time.

Grunnen til at vi valgte *semi- strukturert* intervju som vår metode har i første omgang å gjøre med at en kan komme med spørsmål som er oppklarende i forhold til sykehjemsdrift. Ingen av oss har erfaring innen eldreomsorg, og det var derfor viktig at ting ikke ble misforstått. Samtidig ville et åpent intervju gjort det vanskelig å sammenstille resultatene etterpå.

Intervjuene foregikk på kontoret til daglig leder eller institusjonssjef. Et intervju ble foretatt på et utested og ga mer uformell hygge men strakk noe ut i tid.

Det har hele tiden vært viktig for oss å la informanten forklare seg om sykehjemsdrift. Vi har hatt en overordnet intervjuguide, mens det samtidig har vært viktig for oss å la informanten komme med mest mulig informasjon, for at vi skulle få en bredere forståelse av driften på de forskjellige sykehjemmene.

Vi har en grunnfilosofi om at det er noen forskjeller mellom private og kommunale sykehjem. Vi forholder oss ikke forutinntatt til hva de kan være, men ut fra teorien har vi fått et visst inntrykk. I løpet av intervjuene har vi enten fått bekreftet eller avkreftet slike inntrykk.

Begge forfattere har vært til stede i alle intervjuene. Det har vært et poeng at én stiller spørsmål mens den andre noterer, slik at vi får fram mest mulig informasjon som vi kan benytte senere. Notatene er blitt gjort med en laptop. Vi har ikke benyttet båndopptaker, noe som vi har oppfattet kunne ha hemmet informantene. Ved å være begge til stede mener vi å ha

sikret at vi har holdt samtalen i gang, samtidig som vi har fått gjort fortløpende notater og fått med oss den informasjonen vi trenger for å belyse vår problemstilling.

Etter intervjuene har vi gått gjennom notatene og muntlig oppsummert vårt inntrykk, og ført på eventuelle tillegg og nye spørsmål.

### 3.1. Oppgavens validitet

Et sentralt spørsmål i forskningsdesign er hvor godt data representerer fenomenet. En skiller mellom *begrepsvaliditet*, *intern validitet* og *ytre validitet* (Johannesen m.fl. 2004, side 71).

*Begrepsvaliditet* dreier seg om relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og de konkrete dataene. Spørsmålet en kan stille seg er om dataene er gode (valide) representasjoner av det generelle fenomenet? I noen tilfeller vil det være snakk om å bruke sunn fornuft. I andre tilfeller hvor det ikke er like opplagt å avgjøre hvorvidt indikatorene er valide vil en måtte gjennomføre systematiske validitetstester. Validitet må ikke oppfattes som noe absolutt, men som et kvalitetskrav som kan være tilnærmet oppfylt. *Begrepsvaliditet* er et målingsfenomen og beskriver hvor vidt det er samsvar mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og målingen eller operasjonaliseringen (Johannesen m.fl. 2004, side 71- 72).

En vanlig definisjon av validitet innen kvalitativ forskning kan være:

*«I hvilken grad vår metode undersøker det den har til hensikt å undersøke.»*

(Johannesen m.fl. 2004, side 228).

Det er to teknikker som øker sannsynligheten for at forskningen frambringer troverdige resultater; vedvarende observasjon og triangulering. Metodetriangulering vil si at forskeren under feltarbeidet bruker ulike metoder- for eksempel både observasjon og intervju (Johannesen m.fl. 2004, side 228)

*Ytre validitet* går ut på om resultatene fra ett forskningsprosjekt kan overføres til lignende fenomener (f.eks. kan konkurranseutsetting av sykehjem overføres til konkurranseutsetting av

andre offentlige tjenester?). Ved overføring snakker en her om overføring av kunnskap, ikke generalisering (Johannesen m.fl. 2004, side 229).

Vi ønsker å gjøre en så generell sammenligning som mulig, slik at resultatene fra oppgaven vår kan overføres til å si noe generelt om driftsopplegget i kommunale versus private sykehjem. Vi ønsker ikke å se på særegne forutsetninger til det enkelte sykehjemmet, men mer på hvordan faktorer i driftsopplegget kan forklare og si noe om forskjellene i brukertilfredshet som vi ser i brukerundersøkelsen (figur 1). Anonymiseringen av sykehjemmene bør derfor ikke være noe problem for validiteten, ettersom vi ser på forskjellige generelle forklaringer på hvorfor de private sykehjemmene kommer bedre ut enn de kommunale i brukerundersøkelsen, og at navnet på sykehjemmene ikke spiller noen rolle i det henseende.

### **3.2. Oppgavens reliabilitet**

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er dataenes pålitelighet (*reliabilitet*). Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides. En framgangsmåte for å teste dataenes reliabilitet er å gjenta den samme undersøkelsen på samme gruppe på to forskjellige tidspunkt. En annen framgangsmåte er at flere forskere undersøker samme fenomen. Hvis flere forskere kommer fram til samme resultat er det et uttrykk for høy reliabilitet (Johannesen m.fl. 2004, side 46).

I vårt tilfelle dreier det seg om konkret erfaringsbasert informasjon fra sykehjemsledere, som framkommer i våre intervjuer. Dataenes reliabilitet sikres ved at vi er to stykker, én som stiller spørsmål og én som noterer. Reliabiliteten kan sjekkes ved å gjøre en lignende studie på et senere tidspunkt, eller ved å gå i litteraturen for å finne systematiske forskjeller og likheter mellom oppgaven vår og tidligere litteratur. Anonymiseringen av sykehjemmene gjør at en i etterkant ikke kan gå tilbake til sykehjemmene for å sjekke at den informasjonen vi kommer med er korrekt. En kan derimot foreta lignende studier på senere tidspunkt for på den måten å få bekreftet eller avkreftet inntrykk om forskjeller i driftsopplegget mellom kommunale og private sykehjem, som vi presenterer i oppgaven vår.

## 4. De forskjellige aktørene

De kommunale sykehjemmene som bidrar med informasjon til oppgaven ønsker ikke at den skal bli brukt som et underlag for en eventuell forhåndsutsiling av sykehjem som bør konkurranseutsettes på et senere tidspunkt. Derfor lar vi de forskjellige aktørene bli anonyme, det gjelder også de private.

De fire sykehjemmene i oppgaven kommer til å bli benevnt som «kommunalt sykehjem 1», «kommunalt sykehjem 2», «privat sykehjem 1» og «privat sykehjem 2». De private aktørene som står ansvarlige for driften av de private sykehjemmene blir benevnt som «privat aktør 1» og «privat aktør 2».

### 4.1. «Kommunalt sykehjem 1»

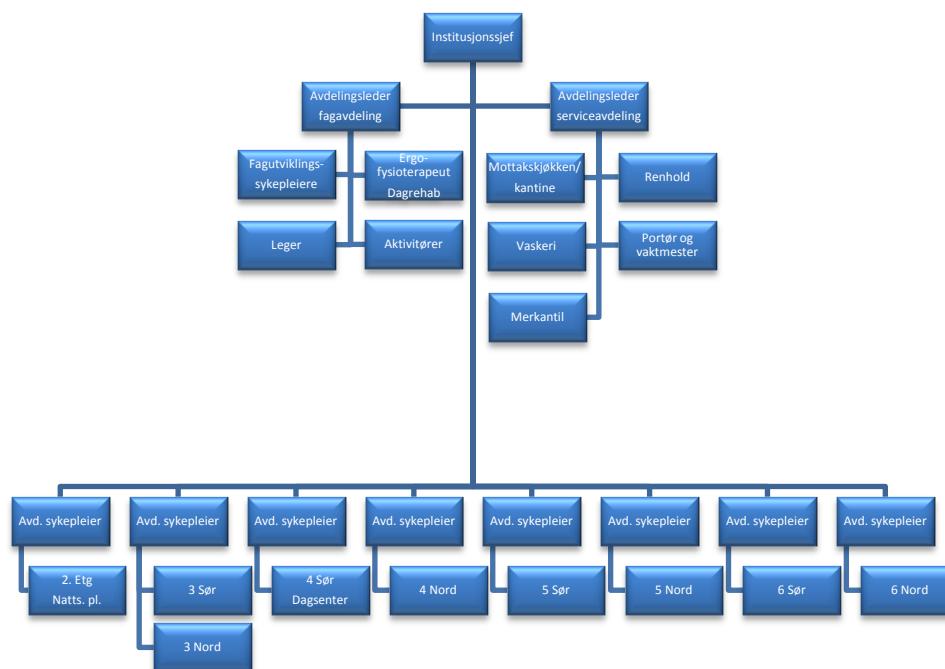
Sykehjemmet ble åpnet på slutten av 70-tallet og framstår i dag som moderne og funksjonelt. Bygget har seks etasjer. Alle rommene har tilhørende bad. Majoriteten av plassene er langtidsplasser. Totalt er det åtte avdelinger på sykehjemmet, hvilket fremgår av organisasjonskartet i figur 2.

Merkantilavdelingen driver regnskap (faktura og telefoni) og er en administrativ avdeling. Over institusjonssjefen (utenfor organisasjonskartet) ligger et driftsstyre og områdedirektør i Sykehjemsetaten.

Botilbudet er organisert i bofellesskap med åtte enerom og tilhørende kjøkken og stue (Sykehjemsetatens hjemmeside, 2011). Sykehjemmet har eget kapell og vaskeri. Alle rom har uttak for TV og telefon.

I første etasje finner vi dagsenter, resepsjon, administrasjon, kantine med kioskautomat, lege- og tannlegekontor. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har også tilholdssted i etasjen sammen med en treningssal.





**Figur 2: Organisasjonskart for «kommunalt sykehjem 1»**

## 4.2. «Kommunalt sykehjem 2»

«Kommunalt sykehjem 2» ble bygget på midten av 80-tallet. Sykehjemmet har fire etasjer og en underetasje. Det har fire små somatiske langtidsavdelinger. To plasser på hver avdeling er på dobbeltrom. Sykehjemmet har også en egen avdeling for demente. Hver gruppe har eget spiserom/ kjøkken. Langtidsavdelingene har egne kjøkken og en felles spisesal. I tillegg er det noen felles oppholdsarealer (Sykehjemsetatens hjemmeside, 2011).

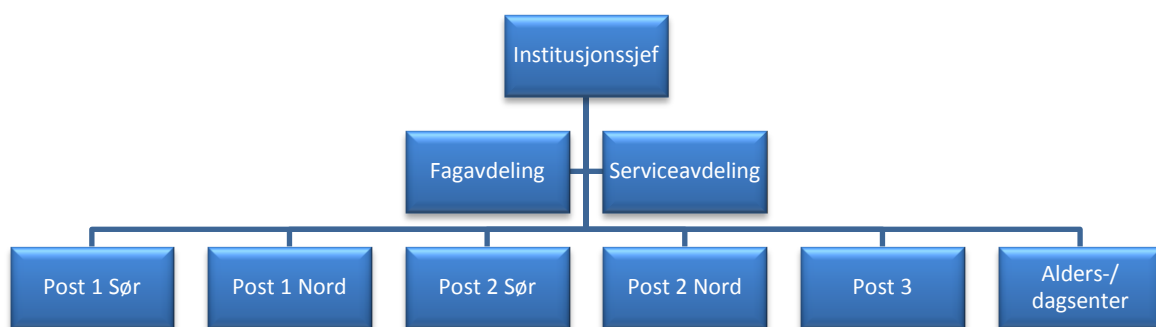
I første etasje er det også en aldersavdeling. To av plassene er på dobbeltrom. Rommene har toalett, dusj og håndvask. Rommene har også en liten kjøkkenkrok og en enkel møblering med seng, nattbord, et lite bord og en stol (Sykehjemsetatens hjemmeside, 2011). Beboerne kan ta med private møbler og gjenstander. Flere rom har uttak til TV og det er TV på alle fellesrom. Privat telefon kan monteres på rommet, men regningen må betales av beboeren. Sykehjemmet har også en egen dagavdeling.

Sykehjemmet har ansatt lege, sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, aktivitører, fysioterapeut, ergoterapeut og merkantil personell. De sykepleierne og hjelpepleierne som er

ansatt på sykehjemmet er fordelt på seks avdelinger, hvilket fremgår av organisasjonskartet i figur 3.

Hver beboer har også sin egen primærkontakt.

Institusjonen har praksisplasser for studenter fra Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleierutdanning og avdeling for vernepleierutdanning (Sykehjemsetatens hjemmeside, 2011).



**Figur 3: Organisasjonskart for «kommunalt sykehjem 2»**

### **4.3. «Privat sykehjem 1»**

«Privat sykehjem 1» ble bygget i 1975, og har et litt gammelt preg. Inne i etasjene er det derimot pusset opp slik at det ser nytt ut.

Sykehjemmet er oppdelt i syv team hvilket fremgår av organisasjonskartet i figur 4. I tillegg er det et fagteam som inneholder ansvarlige sykepleiere, ergo- og fysioterapeut.

Administrasjon inneholder konsulent/ resepsjonist/ legesekretær.

Fra 2009 overtok «privat aktør 1» driften av sykehjemmet fra et kommunalt foretak.



**Figur 4: Organisasjonskart for «privat sykehjem 1»**

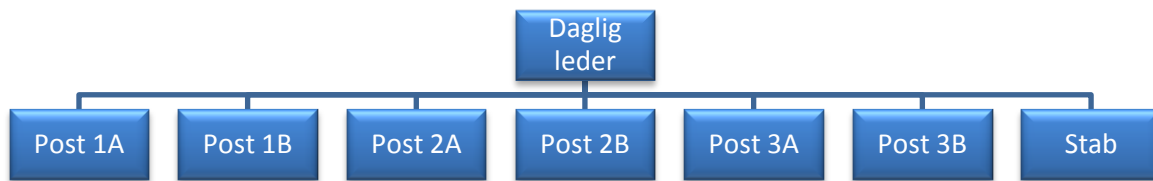
#### **4.4. «Privat sykehjem 2»**

Sykehjemmet ble bygget i starten av 80- tallet og har i dag nesten 100 langtidsplasser. En av avdelingene er til for pasienter med demens.

Alle beboere har eget rom med toalett. Dusj må de dele med flere andre beboere. De har fellesrom med møblering hvor de legger vekt på hyggelig samvær med andre beboere eller pårørende. Sykehjemmet har også eget bibliotek og et lite museum med klenodier og bilder fra gamle dager. Beboerne kan også ta med egen telefon og TV til rommet sitt.

«Privat sykehjem 2» har siden 2008 vært drevet av «privat aktør 2».

De nesten 100 langtidsplassene er fordelt på seks team over tre etasjer, noe en ser i organisasjonskartet i figur 5. Stabsfunksjonen inneholder kvalitetssjef, sekretær, lege, fysio- og ergoterapeut, kulturarbeidere, renhold, vaktmester og vaskeri.



**Figur 5: Organisasjonskart for «privat sykehjem 2»**

## **4.5. «Privat aktør 1»**

«Privat aktør 1» er ansvarlig for driften av «privat sykehjem 1».

Aktøren har eldreomsorg og pasienthoteller som sine kjerneområder. Organisasjonen er aktiv innen omsorgstjenester som finansieres av det offentlige. Den private aktøren ble registrert på slutten av 90- tallet (Allabolag SE, 2011). I 2009 hadde selskapet ca. 2500 ansatte («Privat aktør 1», 2011).

I dag drives totalt 19 sykehjem i Sverige og Norge av «privat aktør 1». Siden 2009 ble også «privat sykehjem 1» en av dem.

«Privat aktør 1» hevder at det har en brukerorientert satsing. Selskapet legger blant annet stor vekt på å oppnå individuelle tilnærminger som kan bidra til at skape økt livskvalitet for beboerne.

Aktøren skriver på hjemmesiden sin at de ønsker å drifte sykehjemmene noe annerledes enn det kommunen ville gjort, og at de ønsker nye løsninger. De er organisert etter matrisestruktur på alle nivåer, og de arbeider i team på alle nivåer i organisasjonen. Grunnen til at de har valgt den organisasjonsformen er at det skaper bedre kommunikasjon mellom de ansatte, og på den måten også bedre tjenester for sluttbrukerne («Privat aktør 1», 2011).

Når det gjelder driften legges det stor vekt på maksimal desentralisering, og selskapet ønsker at de ansatte skal ha en så stor handlingsfrihet som mulig innen visse grenser, fordi det er en personalintensiv bransje. Samtidig viser selskapet på hjemmesiden til at ledelse er dets viktigste suksessfaktor («Privat aktør 1», 2011).

## 4.6. «Privat aktør 2»

«Privat aktør 2» driver «privat sykehjem 2». Selskapet er et svensk foretak, og var en av de første aktørene innen privat eldreomsorg i Sverige. Det ble grunnlagt allerede sent på 80-tallet. Selskapet vokste framfor alt mye i løpet av de første sju årene, men veksten har fortsatt også etter det (Wikipedia, 2011).

I hele Skandinavia er det nå et stort antall private helse og omsorgsforetak, og aktøren tilhører en av de større med over 10 000 medarbeidere totalt sett i Sverige, Norge og Danmark (Wikipedia, 2011).

Foruten eldreomsorg arbeider også selskapet med omsorg for funksjonshemmede og familieomsorg. I Norge dreier virksomheten seg i hovedsak om eldreomsorg («Privat aktør 2», 2011).

Kontrakten med kommunen om å drive «privat sykehjem 2» strekker seg i første omgang til og med 2012. Det er mulighet for to års forlengelse forteller daglig leder på «privat sykehjem 2».

Et av målene til «privat aktør 2» er å få sykehjemmene til å føles mest mulig som et hjem for beboerne. På hjemmesiden skriver selskapet at grunnen til at de klarer å tilby tjenester med så høy kvalitet, er at det klarer å få medarbeiderne til å være engasjerte i sykehjemmet og overfor beboerne. Det i sin tur har ført til at alle ansatte uansett stilling har en rolle og et ansvar som er i tråd med den kompetanse og erfaring som den enkelte besitter. De understreker også på hjemmesiden hvor viktig det er at ledelsen har god kontakt med hver enkelt ansatt.

Et annet tiltak for å oppnå høy kvalitet er nøye oppfølging av det som skjer på sykehjemmene, skriver selskapet på sin hjemmeside. Vi ble forklart av daglig leder på «privat sykehjem 2» at det blant annet gjøres ved at en på det enkelte sykehjem registrerer alle avvik (noe som er felles for alle sykehjemmene undersøkelsen vår). Selskapet oppmuntrer medarbeiderne til å registrere alle avvik, nøyaktig og fortløpende. Lønnen til daglig leder på «privat sykehjem 2» avstemmes i forhold til hvor mange avvik som er registrert i foregående måned. Dersom for mange eller for få avvik registreres påvirkes lønnen negativt. Det dreier seg om at hvis en registrerer veldig mange avvik betyr det at kvaliteten er dårlig, og hvis en registrerer veldig få avvik betyr det at en underrapporterer avvik som egentlig skulle vært registrert. Selskapet har god kontroll med hvor mange avvik som normalt «bør» forekomme på sykehjemmene sine.

Daglig leder forteller at ledelsen i «privat aktør 2» av erfaring vet sånn ca. hvor mange avvik som skjer på et sykehjem i løpet av en måned. At lønnen til daglig leder påvirkes negativt hvis «for få» avvik er registrert, er en måte «privat aktør 2» har for å forsikre seg om at *alle* avvik blir registrert.

*«Dersom få avvik er blitt registrert, tyder det på at ikke alle avvik registreres.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

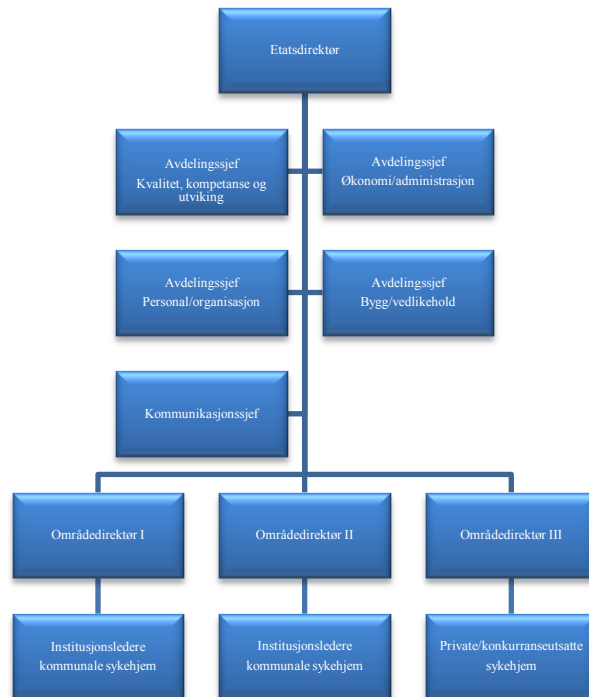
Daglig leder forteller at ledelsen i «privat aktør 2» tidligere har blitt nominert til Götaprisen, en av Europas gjeveste kvalitetspriser (Wikipedia, 2011). Nomineringen kan bety at selskapet jobber systematisk for å oppnå høyere kvalitet på tjenestene sine, og med stor vekt på avviksregistrering.

«Privat aktør 2» jobber aktivt med å øke kvaliteten på tjenestene sine, og skape en motiverende arbeidsdag for de ansatte, samtidig som de ønsker å drifte billigere enn de kommunale sykehjemmene. Selskapet hevder selv at private aktører innen helse og omsorg kan oppnå bedre kvalitet og billigere drift, blant annet ved mer effektive rutiner og tydeligere styring enn de kommunale sykehjemmene («Privat aktør 2», 2011).

## **4.7. Kort om Sykehjemsetaten**

Bystyret i Oslo besluttet i 2006 at driftsansvaret for sykehjemmene i Oslo kommune skulle overføres fra bydelene til én samlet etat, nemlig Sykehjemsetaten. Arbeidet med opprettelsen gikk også fort, og Sykehjemsetaten ble etablert allerede i 2007 (Sykehjemsetaten 2007, side 2).

Etaten er i dag delt inn i tre områder. Områdedirektør 1 og 2 er ansvarlig for de kommunale sykehjemmene. Områdedirektør 3 er ansvarlig for kontraktsoppfølging av de ikke-kommunale og konkurranseutsatte sykehjemmene. Områdedirektøren ledes i sin tur av en etatsdirektør. Det fremgår av organisasjonskartet i figur 6 (Kommunerevisjonen 2009, side 13- 14).



**Figur 6: Organisasjonskart for Sykehjemsetaten (Kommunerevisjonen 2009, side 13)**

Det er en lov om at norske kommuner skal tilby helsetjenester til innbyggerne. Det er i Oslo kommune Sykehjemsetatens oppgave å tilby slike tjenester til de som har krav på det (Sykehjemsetaten 2007, side 2).

Sykehjemsetaten har ansvaret for driften av de *kommunale* alders- og sykehjemmene, og kontraktstyring av *ikke-kommunale* alders- og sykehjemmene (Sykehjemsetaten Årsberetning 2009, side 3, og intervjuer med de daglige lederne). Som en del av oppfølgingen har en også utarbeidet en mal for hvordan en skal følge opp kvaliteten i sykehjemmene i område 3, altså de private og ikke- offentlige sykehjemmene (Sykehjemsetaten 2007, side 6). Krav om kvalitet på sykehjemstjenestene ligger festet i forskrifter og bystyrevedtak (Sykehjemsetatens 2007, side 2).

I byrådssaken der beslutningen om å opprette Sykehjemsetaten ble tatt, var det i utgangspunktet noen spesifikke ønsker om hva Sykehjemsetaten skal kunne bidra til:

- Ett ønske er å oppnå stordriftsfordeler i forskjellige støttefunksjoner.
- Et annet ønske er et mer oversiktlig bilde og større kontroll over sykehjemmenes kapasitet.

- Det forventes også å bli lettere å gjennomføre kompetanseutvikling etter opprettelsen av Sykehjemsetaten (Kommunerevisjonen 2009, side 12).
- Et annet ønske er å oppnå høyere kvalitet på tjenestene og mer likhet mellom de forskjellige sykehjemmene i Oslo (Sykehjemsetaten Mål strategi og handlingsplan, 2010, side 3).
- Økt legedekning, økt dekning av fysioterapeuter og at en større andel av de som jobber på sykehjemmene skal være faglærte er et ønske gjennom opprettelsen av Sykehjemsetaten, ettersom en anser at andelen ufaglærte på sykehjemmene tidligere var for stor. (Kommunerevisjonen 2009, side 50).

Kort beskrevet kan en si at opprettelsen av Sykehjemsetaten har ført til mange typer standardiseringer, som først og fremst gjelder for de kommunale sykehjemmene (Kommunerevisjonen 2009, side 50).

## 5. Aktuelle lover

Konkurransetsetting og drift av sykehjem faller inn under lov om helsetjenester i kommunene (kommunehelsetjenesteloven), og lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). I tillegg er det en rekke forskrifter om kvalitet på tjenestene. Det er i større grad enn tidligere lagt vekt på brukernes egne vurderinger av tjenestene.

Verdighetsgarantien som regjeringen innførte i 2010, legger vekt på å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at det bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Kommunen skal i følge lovverket tilby de som har behov sykehjemsplass. Kommunen har ansvar for tilrettelegging av pleie og omsorgstjenester. Kommunen kan også ta inn private aktører dersom det er behov for det. I tillegg er det andre lover som forvaltningsloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, psykisk helsevernloven, smittevernloven, og arbeidsmiljøloven som regulerer sykehjemsdrift (Sykehjemsetaten hjemmeside, 2011).



Sommeren 2011 ble det offentliggjort to rapporter fra en granskning av forholdene ved enkelte sykehjem i Oslo (Deloitte privat og kommunal, 2011). Den ene rapporten var fra en granskning av private sykehjem, den andre av kommunale. Rapportene avdekker ingen systematiske forskjeller mellom kommunale og private sykehjem, men derimot forskjeller mellom enkeltsykehjem.

Rapportene avdekker flere tilfeller av at sykehjemmenes interne kontrollrutiner ikke har vært tilstrekkelige for å forhindre og avdekke brudd på lover, regler og interne retningslinjer. Undersøkelsen viser at det er forskjeller i etterlevelsen av rettsregler mellom de respektive sykehjemmene. Også mellom sykehjem som er drevet av samme private aktør er det konstatert forskjeller når det gjelder omfang og alvorlighetsgrad i forhold til de avvikene som er avdekket. Undersøkelsene viser også brudd på arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeids- og hviletid (Deloitte privat og kommunal, 2011).

Lovverket er preget av liten grad av detaljstyring, og har et stort handlingsrom. Det setter ingen krav til bemanningen ved sykehjem utover at det skal være lege- og sykepleierdekning. Oslo bystyre har vedtatt bemanningsnormer og måltall for lege- og fysioterapidekning som er utover lovverket, skriver en ansatt i Sykehjemsetaten i en epost til oss.

## **6. Konkurransetsetting og anbudsprosessen**

### **6.1. Hva skiller konkurransetsetting fra privatisering?**

*Konkurransetsetting og full privatisering* skiller seg på mange måter fra hverandre.

Når det gjelder full privatisering har det offentlige ikke noe ansvar for tjeneste, pris og kvalitet, det bestemmes i stede av markedet (Bogen og Nyen 1998, side 21- 22).

Konkurransetsetting skiller seg fra full privatisering ved at kommunen fortsatt har ansvaret for tjenestene. Kommunen er ansvarlig for at brukerne får tilbud om de tjenestene de har krav på (KS, 2003 side 7).

Når det gjelder pleie- og omsorgstjenester er kommunen lovpålagt gjennom sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven å tilby slike tjenester. Med hjemmel i lovene er det utarbeidet flere forskrifter, blant annet om kvalitet på tjenestene (Lovdata, 2012).

I tabell 1 kan en se tydelig forskjell mellom tjenester som er helt private, og de som er blitt satt ut på anbud. Forskjellen mellom privatisering og konkurranseutsetting finnes blant annet i hvem som utfører tjenesten, hvem som betaler, og hvem som har ansvaret og bestemmer tjenestens innhold.

|   | Offentlig monopol       | Konkurranse om beste tjenesteyter<br>(Konkurranseutsetting) |  | Privatisering          |
|---|-------------------------|---|--|------------------------|
| Hvem gjør jobben?                                   | Kommunenes egne ansatte | Internt bud<br>Kommunens ansatte                            | Eksternt bud<br>Ansatte i privat eller kommunalt eid selskap | Private firmas ansatte |
| Hvem betaler ?                                      | Kommunen                | Kommunen  | Kommunen   | Den enkelte bruker     |
| Hvem har ansvar og bestemmer innholdet i tjenesten? | Kommunen                | Kommunen  | Kommunen   | Det private firmaet    |

**Tabell 1: Ansvarsforhold ved ulik grad av privat involvering (NHO Service 2009, side 6)**

I en konkurranseutsetting skilles det mellom to roller: *bestillerfunksjonen* og *utførerfunksjonen*. Kommunen innehar bestillerfunksjonen, og den som vinner anbudet har utførerfunksjonen (Bogen og Nyen 1998, side 12). Videre kan kommunen selv legge inn bud i anbudskonkurransen, men da gjennom et kommunalt foretak som er atskilt og drives separat.

Ved en konkurranseutsetting er det altså kun selve *driften* som legges ut på anbud.

Kommunen har i tillegg til det vi har nevnt også ansvar for opprettelse av bemannings- og kompetansekrav, oppfølging av den utsatte driften samt spesifisering av hvilken minimumskvalitet som må oppfylles (Bogen og Nyen 1998, side 22). Kort og godt kan vi si at det er store fundamentale forskjeller mellom privatisering og konkurranseutsetting, der kommunen fortsatt bærer en stor del av ansvaret.

## 6.2. Anbudsprosessen

Anbudsprosessen kan deles opp i mange små steg, hvilket framgår av figur 7.



Figur 7: Anbudsprosessen (NHO Service 2009, side 17)

Det går videre an å dele opp prosessen i fem større faser:

**Fase 1 *Initieringsfasen*:** I den fasen vurderer en hvilke tjenester som eventuelt skal settes ut. Hvorvidt det gjøres systematisk eller foregår mer tilfeldig kan variere fra kommune til kommune. I den fasen informeres de ansatte i kommunen om at konkurranseutsetting vurderes, og hvilke konsekvenser det fører med seg. Tillitsvalgte bør trekkes inn.

**Fase 2 *Situasjonsbeskrivelse*:** Å få oversikt over og informasjon om det området/ de tjenester en vurderer å sette ut.

**Fase 3 *Modellvalg*:** Her gjøres det et klart skille mellom bestiller og utfører og en beslutter hvilken type konkurranseform som skal benyttes.

Fase 4 *Gjennomføring*: I den fasen handler det om å gjennomføre selve konkurransen og anbudsrunder med de forskjellige konkurrentene. Her velges også hvilken ekstern leverandør som vinner anbudet.

Fase 5 *Drift*: Her er det viktig med informasjon til de ansatte om kundeforholdet mellom bestiller og utfører. Tjenesten vil driftes etter den aktuelle kontrakten, uansett om vinneren av anbudsrunder er et kommunalt foretak eller en privat aktør (Bowitz 2003, side 25- 30).

### **6.3. Konkurransesutsettingens historie i Sverige og Norge**

Når det gjelder konkurransesutsetting av sykehjem i Norge, har en sett mye til Sverige for å hente erfaringer. Det på grunn av at det lenge har vært begrenset erfaring på området i Norge (Dahle og Bjerke 2001, side 23).

På starten av 1990-tallet bestemte kommunestyret i Stockholm seg for å konkurransesutsette noe av den kommunale virksomheten i byen. Målet var da at 20 prosent av kommunens virksomhet skulle settes ut på anbud hvert år i noen år fremover. Det var en av de mest omfattende anbudsprosessene noen gang i de nordiske land (Dahle og Bjerke 2001, side 28).

I løpet av 1990-tallet ble den første konkurransesutsettingen av et svensk sykehjem foretatt. De første årene oppnådde de en innsparing på opptil 10- 12 prosent, samtidig klarte de å holde kvaliteten på et godkjent nivå (Dahle og Bjerke 2001, side 4).

Erfaringene fra Sverige viste at prisene de private aktørene tok for å drifte sykehjemmene etter hvert ble høyere, og at tilbyderne ble færre. Grunnen kan være at de første anbudene ble satt for lavt, slik at det skulle være attraktivt for de private aktørene å komme seg inn i markedet. Utviklingen førte til at kommunen igjen overtok driften ved enkelte sykehjem (Dahle og Bjerke 2001, side 4-5).

Historisk sett har konkurransesutsetting av pleie- og omsorgstjenester ikke vært et vanlig fenomen i Norge. I 2001 var det bare konkurransesatt pleie- og omsorgstjenester i sju norske kommuner (Forskningsrådet, uten dato). I 2010 hadde 8 av 430 norske kommuner konkurransesatt omsorgstjenester. 91,1 prosent av markedsandelene i pleie- og

omsorgstjenestene var kommunale. Av de resterende sykehjemmene var 4,1 prosent drevet av private aktører, resten var drevet av ideelle organisasjoner (Tenden, 2010).

Grunnen til at ikke alle kommuner benytter seg av konkurranseutsetting er kommuneloven som kom i 1992. Loven gir kommunene større frihet enn tidligere til å organisere sin virksomhet på den måten de selv ønsker (Bowitz 2003, side 6).

I Norge var det først tjenester som søppelhenting og forskjellige typer vedlikehold som ble konkurranseutsatt. Etterhvert ble også helse- og omsorgstjenester konkurranseutsatt (Kunnskapsnasjonen, 2011).

I 2000 ble Hovseterhjemmet som det første sykehjemmet i Oslo konkurranseutsatt. Vinneren av anbudskonkurransen het Nor omsorg og rehabilitering. Det var et datterselskap av den svenske aktøren Carema Care AB, som i slutten av 1990-tallet ble fremgangsrik innen helse og omsorg. Overtakelsen av Hovseterhjemmet ble likevel ingen suksess. Det første feilgrepet var å minske bemanningen, samtidig som de opprettet turnuser som ikke var ønskelige blant de ansatte. Det førte til trusler om oppsigelser. I etterkant har en pekt på mange andre feil og mangler på Hovseterhjemmet etter overtakelsen. Resultatet ble at Nor omsorg og rehabilitering måtte gå tilbake til de gamle skiftordningene fra før de tok over driften av sykehjemmet. Alternativet var nemlig å la kommunen ta over driften på nytt. Nor omsorg og rehabilitering fortsatte imidlertid å drifte Hovseterhjemmet, og først i 2003 viste undersøkelser at de klarte det på en forsvarlig måte.

Moderselskapet Carema Care AB hadde vært i en lignende situasjon tidligere. I 1999 oppdaget eldreomsorgsinspektøren i Sverige flere tilfeller av dårlig behandling av de eldre, hvilket hovedsakelig skyldtes underbemanning. Mange i personalet hadde sagt opp, blant annet på grunn av ufordelaktige forhold som Carema prøvde å få igjennom for de ansatte (Eilertsen og Bjerke, 2004).

## **6.4. Behovet for oppfølging**

I senere tid har det blitt pekt på at det er en stor brist på kunnskap når det gjelder effekten på tjenestene som konkurranseutsettingen har ført med seg. Flere velferdsforskere har konkludert med at det er behov for en nøyaktig oppfølging for å få bort useriøse aktører fra markedet (Hartman m.fl. 2011, side 273- 274).

Det er noe en får bekreftet hvis en ser på Adecco-saken. Der viste det seg at personalet på Ammerudlunden sykehjem i Oslo arbeidet under dårlige forhold. Mange ansatte fikk ikke overtidsbetalt og noen ansatte jobbet over åtti timer i uken, noe som verken er heldig for de ansatte eller for beboerne (VG, 2011).

En lignende sak har i 2011 blitt oppdaget i Sverige. Den gangen er det den private aktøren Carema Care AB som står i sentrum. Det viste seg her at det forekom vanskjøtsel av de eldre på flere sykehjem som selskapet driftet (Wikipedia Carema, 2011).

Konkurranseutsetting innebærer at utøvelsen av tjenesten styres gjennom en kontrakt som strekker seg over et visst tidsrom. Det fører til at kommunen gjennomfører kvalitetskontroller på sykehjemmene (Bogen og Nyen 1998, side 29, 37 og 40). Kommunen oppfyller altså en rolle som kontrollør av tjenestene, slik at alle skal føle seg trygge på hvordan tjenestene tilbys (KS 2003, side 7).

Etter intervjuer med de fire sykehjemslederne har vi forstått at Sykehjemsetaten har en systematisk oppfølging av alle sine sykehjem, uansett om de er kommunale eller private.

## **6.5. Mulige effekter av konkurranseutsetting**

*«Når en kommune vurderer konkurranseutsetting av sykehjem i dag er ikke oppmerksomheten bare rettet mot innsparinger. I vurderingen som kommunen gjør ser de 70 prosent på kvalitet og 30 prosent på pris.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

*«Grunnen til at en privat aktør vinner en anbudsrunde kan også handle om den driftsfilosofi som denne aktøren representerer, og som skiller seg fra hvordan kommunen drifter sykehjemmene.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Historisk sett består resultatene av konkurranseutsettingen ikke bare av tapsprosjekter og fiaskoer. Blant annet en Fafo- forsker ved navn Hanne Bogen peker på flere positive konsekvenser som kan komme av konkurranseutsetting. Det handler blant annet om:

- At private aktører mange ganger klarer å tilby bedre kvalitet på tjenestene enn kommunen.
- At det kan oppnås nye arbeidsformer som kan ha positive konsekvenser på kvalitet.
- At trivsel blant de ansatte kan øke.
- A kommunen blir nødt til å skjerpe kvalitetskravene på tjenestene (Forskningsrådet, uten dato).

Det har ofte vært antatt at private aktører kan tilby tjenester som er av bedre kvalitet, og/ eller er billigere enn det kommunen kan (Dahl og Gullikstad 2002, side 3- 4).

Grunnen til at kommunen har valgt å sette ut visse tjenester til eksterne leverandører, er i hovedsak et ønske om å få flere tjenester og bedre kvalitet på tjenestene (Moland og Bogen 2001, side 37).

Andre positive ting som konkurranseutsetting kan føre med seg er:

- Økt kunnskap om tjenesten hos de kommunalt ansatte, en kunnskap de utvikler i arbeidet med å utforme og følge opp kontraktene. På den måten kan de få et klarere bilde av hva en ønsker at innholdet i den konkurranseutsatte tjenesten skal være og hvordan tjenesten skal utføres.
- Samtidig kan en spesifisere tjenestekvaliteten og krav/ mål om hvordan tjenesten skal tilbys i forbindelse med dette arbeidet (Hoff 2009, side 134).
- Det er videre forskning som viser at konkurranseutsetting stimulerer tjenestene, uansett om det gjelder en privat aktør eller kommunen. Det kan blant annet handle om frykten for å bli konkurranseutsatt fra de kommunalt driftede sykehjemmenes side (Dahl og Gullikstad 2002, side 7).

I en rapport som Telemarkforskning gjorde i 2001 fant en at de virksomhetene som ble satt ut på anbud (blant annet barnehager) ble mer effektive på grunn av konkurranseutsettingen i seg selv (Dahl og Gullikstad 2002, side 7).

I tillegg har en brukt anbudsrunder til å finne ut om kommunen er konkurransedyktig i forhold til markedet (Bogen og Nyen 1998, side 21).

Hvor gunstig konkurranseutsetting er for de involverte parter og hvorvidt det fører til økt kvalitet råder det delte meninger om. I debatten om konkurranseutsetting framhever noen partier ytterligere positive konsekvenser av konkurranseutsetting. Det kan handle om:

- At det er målinger som viser til både gode resultater og god kvalitet på konkurranseutsatte tjenester i Oslo i de årene tiltaket er blitt praktisert.
- At konkurranseutsettingen sies å føre med seg noen nye og fremgangsrrike driftsmodeller (NDLA, uten dato).

Til det kommer motargumenter som handler om:

- At erfaringer over tid fra andre nordiske land ikke kan vise til positive resultater av selve konkurranseutsettingen.
- At konkurranseutsetting av tjenester til kommersielle aktører fører til et økt press på pris, som igjen kan gå ut over kvaliteten i sykehjemmene på sikt.
- At konkurranseutsetting medfører en usikker periode for alle involverte parter.
- At en i en konkurransesituasjon ikke i samme grad deler gode løsninger og modeller med andre aktører, noe som i sin helhet er en ulempe (NDLA, uten dato).

Når det gjelder trivsel for de ansatte som går over til en privat arbeidsgiver, kan det se ut som det varierer fra virksomhet til virksomhet hvilken effekt eierskapsskiftet har hatt (Moland og Bogen 2001, side 13). Forskjellige undersøkelser peker på helt motstridende retninger i dette spørsmålet.

Etter en konkurranseutsetting er det ikke alltid lett å si hvorvidt en privat aktør har klart å gjøre jobben «bedre» enn kommunen. Kostnadsreduksjoner og kvalitetsheving har ikke alltid vært utfallet av konkurranseutsetting, hvilket vi har sett i tilfellene med Nor og Carema. Det er altså vanskelig å avgjøre hvor vellykket en konkurranseutsetting er, da det kan være mange forskjellige forhold som spiller inn (Bogen og Nyen 1998, side 36- 37).



## 7. New Public Management

New Public Management (NPM) er en administrativ reform som hadde sitt utspring i England, New Zealand og Australia tidlig på 1980-tallet og som konkurranseutsetting bygger på.

NPM bygger i hovedsak på to teoriretninger. Den første retningen er bygget på teorier som principal-agent-teori, Public Choice og transaksjonskostnadsanalyse. Den andre teoriretningen bygger på management- teorier fra det private næringsliv (Hood 1991, side 5- 6). NPM er således en «sekkebetegnelse» på flere tiltak og organisasjonsformer (Dalby 2005, side 3).

Hood (1991, side 2- 3) peker på NPM som en doktrine med flere komponenter, gjengitt i tabell 2.

| <b>Doktrine</b>   | <b>Betydning</b>   |
|---|--|
| «Hands on» profesjonell styring   | Delegering av styringsfullmakter til synlige og sterke ledere av virksomheter  |
| Eksplisitte standarder og mål på ytelser                                  | Definisjoner av mål, indikatorer på suksess, helst kvantifisert  |
| Større vektlegging av resultatmål   | Kobling av resultatallokering og belønninger knyttet til måloppnåelse, oppstyking av sentralisert personalpolitikk                       |
| Endring mot disaggregering av enheter i offentlig sektor                  | Oppsplitting av tidligere «monolittiske» enheter, konsernmodeller, introduksjon av strukturelle elementer som gir avstand mellom enheter |
| Økt konkurranse i offentlig sektor  | Bruk av kontrakter og anbud  |
| Bruk av styringspraksis fra privat sektor                                 | Større fleksibilitet vedrørende ansettelse og insentivstrukturer, bruk av PR   |
| Vektlegging av sterkere budsjett disiplin og påholdenhet mht. ressursbruk | Kostnadsutt, økt arbeidsdisiplin, motsette seg krav fra fagforeninger  |

**Tabell 2: Doktriner i NPM (Hood 1991, side 2- 3, oversettelsen er hentet fra Dalby 2005, side 3)**

Det er sammenslåingen av tankeganger bak ny- institusjonell økonomi og tankeganger fra ledelse i privat sektor som utgjør NPM. Den nye institusjonelle økonomien tok med seg administrative reformdoktriner som bygget på konkurransedyktighet, fritt brukervalg, åpenhet i rettssystemet og individuelle lønssystemer. Privat management- teori tok med seg tiltak innenfor ledelse og organisasjon, som blant annet mål- og resultatstyring og budsjett- og økonomisystemer (Hood, 1991).

I Norge fikk NPM sitt gjennomslag senere enn i andre land. Mens land som Storbritannia og Australia har lagt vekt på økonomisk liberalistisk tenkning hvor privatisering står sentralt, har Norge valgt å beholde sin kontinuitet ved at det offentlige står ansvarlig for velferdsproduksjonen. Det skyldes delvis at Norge ikke har hatt behov for omfattende økonomiske reformer i like stor grad som andre land (Dalby 2005, side 3).

Fristilling er ett av elementene i NPM. Fristilling innebærer egenansvar og større frihet til å utføre sine tjenester under kommunalt ansvar. Hoveddilemmaet med fristilling er balansen mellom frihet og kontroll (Kvensjø 2009, side 17). Når et sykehjem konkurranseutsettes skal aktøren ha frihet til å drive forretningsmessig virksomhet og kunne få gjennomslag for sine egne konsepter. Samtidig skal det ikke fristilles i så stor grad at den politiske myndigheten mister mulighet for styring og kontroll (Kvensjø 2009, side 21).

Ledelse står og sentralt i NPM. Et viktig prinsipp er at ledelse skal være en mer aktiv handling enn det å administrere. I en hierarkisk oppbygd organisasjon med mange nivåer vil ofte mellomledernivåets lederoppgaver begrense seg til å administrere vedtak og beslutninger som fattes sentralt. Et viktig prinsipp i NPM er å myndiggjøre ledere på alle nivåer ved at de får faktiske lederoppgaver (Dalby 2005, side 8).

NPM har et sterkt fokus på brukerne eller kundene. Offentlig virksomhet er til for brukerne/ kundene, og de representerer selve markedet i relasjonen. Innenfor NPM er frie brukervalg et sentralt element. Brukerne skal ha rett til å velge mellom ulike tjenesteytere på samme måte som vi kan velge mellom ulike butikker å handle i. I NPM har en særlig vært opptatt av to sett av tiltak for å øke graden av brukermedvirkning. Den ene metoden er å spørre brukerne om hvordan de opplever tjenesten (jf. brukerundersøkelse). Den andre metoden er frie brukervalg (Dalby 2005, side 9- 11). Fritt valg av sykehjem er et eksempel på hvordan Sykehjemsetaten er påvirket av NPM.

Flat organisasjonsstruktur er et tiltak innenfor NPM som mange kommuner har satt i verk (Dalby 2005, side 12). Sentralt i NPM ligger et brudd med et strengt hierarkisk og regelstyrt ledelsessystem. Erfaringer fra kommuner som har innført flatere organisasjonsstrukturer er at ledere på virksomhetsnivå føler at de har fått økt makt og innflytelse i forhold til økonomi, drift og personalansvar, og at det oppleves som positivt. Noe av det samme opplever ledere for privatiserte virksomheter (Dalby 2005, side 17).

Et problem knyttet til frie valg av tjenesteyter er spørsmålet om hvor reelt det frie valget faktisk er. For å kunne velge må brukeren ikke bare være informert, en må også fortolke den informasjonen en faktisk får. Mange av de som benytter seg av kommunens tjenester vil ha problemer både i forhold til å holde seg informert, og ikke minst i forhold til å fortolke den informasjon som faktisk gis (Dalby 2005, side 17).

Kritikken mot NPM har i hovedsak gått ut på å betegne det som et motefenomen, uten å ha noen reell innvirkning. NPM har også blitt kritisert for å ha vært for endimensjonal med søkelys på økonomisk orientert tenkning og for å ha svekket politisk styring og økt byråkrati (Radikalt økonominettverk, uten årstall).

## **8. Bestiller-/ utførermodellen**

Bestiller-/ utførermodellen (BUM) inngår som en del av New Public Management-tradisjonen, der en prøver å skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteytelse. Det skal gi bedre rettssikkerhet for brukerne, og det skal gis fritt valg til å velge mellom ulike tjenesteleverandører. I Norge ble det første bestillerkontoret etablert i 1997 (RO 2004, side 14). I praksis er bestiller-/ utførermodellen en forvaltningsreform som skal ivareta hensynet til overholdelse av kommunens lovpålagte plikter (RO 2004, side 33).

En *bestiller-/ utførermodell* karakteriser en organisatorisk tilpasning der kommunens myndighetsutøvelse (plikten til å fatte enkeltvedtak om tildeling eller bortfall av tjenester) organisatorisk er skilt fra kommunens øvrige tjenesteorganisering (RO 2004, side 6).

Et *bestillerkontor* er et kommunalt forvaltningsorgan som ivaretar kommunens plikt til å fatte vedtak om tildeling eller bortfall av tjenester på pleie- og omsorgstjenesteområdet (RO 2004, side 6).

*Utfører* er den som i kommunens tjeneste, eller på vegne av kommunen, tar på seg oppdrag, gir og utfører de tjenester som tjenestemottakeren har en utmålt rett til (beskrevet i enkeltvedtak) (RO 2004, side 6).

BUM skiller mellom de to rollene offentlig virksomhet tradisjonelt har håndtert samtidig og parallelt innen samme organisatoriske enhet: *myndighetsutøvelse* og *tjenesteyting*.

*Myndighetsutøvelsen* er utmåling av retten til tjenester i henhold til gjeldende myndighetskrav. *Tjenesteytelsen* er å tilby tjenesten i det volum og med den kvalitet som vedtakene forutsetter (RO 2004, side 7).

Når enkeltvedtaket (*bestillingen*) gir en presis beskrivelse av hva tjenesteforpliktelsen innebærer og det legges til rette for det, vil andre aktører enn det offentlige kunne utføre enkeltoppdrag på vegne av det offentlige (*utførere*). Flere aktører som konkurrerer om oppdraget vil etter markedsøkonomisk teori bidra til at prisen på tjenestene vil kunne bli redusert, sammenlignet med prisen det offentlige betaler for å få tjenesten utført i egen regi (RO 2004, side 7).

BUM brukt i offentlig sektor er historisk sett en ny måte å organisere offentlig forvaltning og tilby tjenester på. Modellen har som nevnt sine ideologiske røtter i teoriene omkring New Public Management, som altså er en måte å organisere offentlig sektor på med likheter i de markedsbaserte løsninger og organisasjonsmodeller som er i privat sektor. Den grunnleggende tanken er å gjøre offentlig forvaltning og tjenesteyting mer effektiv ved å utsette offentlig sektor for de samme konkurransemekanismer som næringslivet (RO 2004, side 7).

BUM behøver imidlertid ikke å ha noe med konkurranseutsetting å gjøre. Å skille mellom *forvaltning* og *drift* kan være en organisatorisk modell for å sikre at forvaltningens arbeid er av høy kvalitet, uten at det har som konsekvens at driften konkurranseutsettes (RO 2004, side 7).

Konkurranseutsetting og fokus på kvalitet har gjort at kommunen går inn og spesifiserer og detaljerer hva og hvordan ting skal gjøres. Bestilleransvaret krever faglig kompetanse som er krevende å bygge opp. Kompetanse må omfatte kunnskap om innholdet i tjenestene,

kompetanse på kontraktsspesifikasjon, oppfølging og kontraktsforhandlinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Det er gjort ulike studier av effektene av BUM i kommunal sektor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). De peker ofte på at det er oppnådd produktivitetsgevinster og at tjenestene er blitt billigere. De peker likevel ikke på kvalitetsforbedringer, særlig i helse- og sosialtjenesten der kvalitet er vanskelig å måle.

I en rapport fra 2004 utarbeidet av Ressurscenter for utvikling i kommunene (RO) på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, kommer det fram en klar overvekt av positive utsagn (68 prosent av samtlige) om erfaringene med BUM i kommunene. De 131 positive utsagnene fra 41 kommuner fordeler seg slik som gjengitt i tabell 3.

| <b>Kategori</b>               | <b>Antall</b> |
|-------------------------------|---------------|
| Styrket rettsikkerhet         | 37            |
| Bedre saksbehandling          | 33            |
| Bedre økonomistyring          | 15            |
| Mer likhet                    | 12            |
| Ett sted å henvende seg       | 12            |
| Bedre kontroll og overvåkning | 10            |
| Rolleklarhet                  | 10            |
| Annet                         | 2             |
| <b>Sum</b>                    | <b>131</b>    |

**Tabell 3: Positive erfaringer fra 41 bestillerkontor (RO 2004, side 26)**

Det er til sammen 62 utsagn (32 prosent av samtlige utsagn) om negative erfaringer, fra i alt 32 bestillerkontor. De er gjengitt i tabell 4.

| Kategori                          | Antall utsagn |
|-----------------------------------|---------------|
| Samarbeidsforholdet til utførerne | 24            |
| Økende byråkratisering            | 16            |
| Uklare roller                     | 14            |
| Penger følger ikke vedtak         | 12            |
| <b>Sum</b>                        | <b>62</b>     |

**Tabell 4: Negative erfaringer fra 32 bestillerkontor (RO 2004, side 28)**

Den hyppigst nevnte negative erfaringen ved innføring av BUM er forholdet til utførerne. Nær 40 prosent av bestillerkontorene som melder om negative erfaringer i den undersøkelsen trekker fram det forholdet spesielt. Det kommer av at de som i dag representerer utførerne tidligere vanligvis hadde kontroll over budsjetttrammer og ressursbruk, og dermed kunne bestemme hva som var riktig antall timer ved tildeling av tjenester til den enkelte (RO 2004, side 29). Ved opprettelse av bestillerkontor mister de styringsmekanismene som tidligere lå i muligheten til å justere volum (summen av vedtak) mot budsjetttrammer (RO 2004, side 29).

## 9. Brukerorientering versus fagorientering

Flere av de temaene vi har valgt å belyse i oppgaven kan plasseres under flere enn én av de hovedkategoriene vi delte opp vår problemstilling i.

Flere av de variablene vi har valgt å se på kan *også* plasseres under en *fagorientert* eller en *brukerorientert* driftsfilosofi. Tidligere forskning viser at en kan skille mellom de to filosofiene når det gjelder driften av sykehjem i Norge. Det er blant annet noe Thomas Dahl og Berit Gullikstad, forfatterne av boken «Sykehjem i drift, privat versus kommunal organisering av tjenester» legger vekt på. De finner videre et antall forskjellige variabler som skiller de to filosofiene fra hverandre. Forfatterne av boken skriver i store trekk at de private sykehjemmene i deres forskning tilnærmer seg den *brukerorienterte* driftsfilosofien, mens de kommunale tilnærmer seg den *fagorienterte* filosofien.

Det som kan være viktig å merke seg er imidlertid at det enkelte sykehjemmet ikke trenger å tilhøre utelukkende den ene eller den andre driftsfilosofien. De kan like gjerne plassere seg et sted i mellom. Begge modellene har naturligvis også sine styrker og svakheter, og det kan nok være noe å lære fra begge retningene, skriver forfatterne av boken.

På de fire sykehjemmene vi har besøkt i forbindelse med arbeidet med oppgaven, er forståelsen av begrepet en *brukerorientert driftsfilosofi* at en i størst mulig grad klarer å oppfylle brukernes *individuelle* behov. Vi kommer til å bruke en noe videre definisjon basert på hvordan begrepene defineres i boken «Sykehjem i drift, privat versus kommunal organisering av tjenester». Her er den nevnte betydningen med å oppfylle brukernes individuelle behov bare én av variablene som skiller de to driftsfilosofiene fra hverandre.

Vi skal i neste kapittel vise til noen variabler som skiller de to filosofiene, og som vi har valgt å se nærmere på i oppgaven for å prøve å finne ut i hvilken grad de fire sykehjemmene nærmer seg den *brukerorienterte* eller den *fagorienterte* driftsfilosofien. Under senere kapitler kommer vi tilbake til hvilke fordeler og ulemper det kan føre med seg at et sykehjem nærmer seg en brukerorientert eller en fagorientert driftsfilosofi.

## 9.1. Noen forskjeller

Hva er det som skiller de to driftsfilosofiene *brukerorientert* og *fagorientert* fra hverandre?

En kan delvis vise til at hvorvidt et sykehjem nærmer seg den brukerorienterte eller den fagorienterte driftsfilosofien sier noe om i hvilken grad sykehjemmet organiseres som en flat organisasjon eller er av en mer hierarkisk karakter.

Flathet versus hierarki kan oppstå delvis på bakgrunn av hvordan arbeidet lokalt på sykehjemmene foregår. Det kan speiles gjennom å se på mange forskjellige variabler, og vi har begrenset oss til å belyse noen. De forskjellige variablene vi har valgt å se på i vårt henseende er:

- I hvilken grad sykehjemmene prøver å oppnå *funksjonell fleksibilitet* gjennom å praktisere en filosofi om at «*alle gjør alt*», hvilket karakteriserer den brukerorientert modellen.
- Eller om sykehjemmene i større grad tilnærmer seg en filosofi om «*rett person på rett plass*», som er mer typisk for den fagorienterte modellen.

I den sistnevnte modellen jobber personalet i prinsippet bare med de oppgaver som er i tråd med deres faglige utdanning. Det er altså i den fagorienterte modellen strengere grenser mellom de forskjellige stillingskategoriene enn i den brukerorienterte. I fagorientert filosofi tar sykepleierne i større grad seg av sykepleieroppgaver, og hjelpepleierne tar seg av hjelpepleieroppgaver osv. (Dahl og Gullikstad, 2002, side 64- 67).

Grensen mellom de forskjellige stillingskategoriene er mer diffus i den brukerorienterte modellen. Her lar en i stede husholdningsoppgaver være en del av arbeidsoppgavene, også for de som har faglig utdanning. Det kalles å praktisere en filosofi om at «*alle gjør alt*». Det innebærer at arbeidsdelingen blir mer utydelig, og at grensen blir mer diffus mellom stillingskategoriene (Dahl og Gullikstad 2002, side 64- 67). Samtidig får de ansatte flere forskjellige arbeidsoppgaver i stillingen sin (Dahl og Gullikstad 2002, side 37).

Når det gjelder den brukerorienterte modellen skriver forfatterne av boken at det kan føre med seg både positive og negative konsekvenser for sykehjemmet. Dels kan en organisering der «*alle gjør alt*» svekke nivået på kunnskapen i sykehjemmet. Det kan samtidig føre med seg at den enkelte får utviklet nye kunnskaper og ferdigheter (Dahl og Gullikstad 2002, side 38).

Når det gjelder flathet versus hierarki og i hvilken grad det er strenge grenser mellom stillingskategoriene eller ikke, har vi også valgt å belyse ledernes oppgaver på sykehjemmene. Vi har delvis fokusert på de daglige ledernes og institusjonssjefenes rolle i sykehjemmene, men i hovedsak har vi sett på teamledernes og avdelingsledernes roller. I hvilken grad er de ute i pleien, og hva består deres arbeidsoppgaver av? Det kan være med på å si noe om et sykehjems flathet versus hierarki, på den måten at det viser til i hvilken grad sykehjemmet praktiserer en filosofi om at «*alle gjør alt*» eller en filosofi som bygger på «*rett person på rett plass*». Hvilke arbeidsoppgaver lederne har kan også fortelle noe hvordan sykehjemmet velger å bruke de resursene de har, og hvordan de prøver å motivere personalet.

En annen faktor som kan være med på å speile flathet versus hierarki på et sykehjem, er i hvilken grad de ansatte har egne ansvarsområder. Egne ansvarsområder som den enkelte har,



uavhengig av utdanning eller stilling, kan være en faktor som indikerer flatthet i organisasjonen på sykehjemmet. I hvilken grad det praktiseres er derfor også noe vi har valgt å se nærmere på senere i oppgaven, selv om det ikke er et tema som tas opp i boken «Sykehjem i drift, kommunal versus privat organisering av tjenester». Det er nemlig forenelig med en filosofi om at «alle gjør alt». En kan dele ut ansvarsområder som ikke tilhører den daglige pleien, men som er mer basert på den enkeltes interesser, andre kunnskaper o.l. Det kan en tenke seg bidrar til at også de som ikke har faglig utdanning får en høyere posisjon i forbindelse med sitt ansvarsområde. Spørsmålet blir da i hvilken grad det praktiseres på de forskjellige sykehjemmene, og om det er forskjell mellom de kommunale og de private.

Det som også skiller de to driftsfilosofiene *fagorientert* og *brukerorientert* fra hverandre, handler ikke kun om hvor flat versus hierarkisk sykehjemmet er. Som nevnt kan valget av driftsfilosofi også si noe om hvordan sykehjemmet bruker de ressursene de har, og på hvilken måte en ønsker at arbeidet på sykehjemmet skal foregå.

I det henseende kan en vise til en forskjell mellom de to filosofiene som handler om hvilken type kompetanse en vektlegger. Fra boken av Dahl og Gullikstad (2002) framgår det at de sykehjemmene som i større grad tilnærmer seg en *fagorientert* filosofi, i større grad enn den brukerorienterte vektlegger fagkompetanse i form av formell utdanning, og at personalet skal definere brukernes behov ut fra deres faglige kompetanse.

Den *brukerorienterte* modellen vektlegger på den andre siden i større grad andre personlige egenskaper ved ansettelse som kan komme sykehjemmet til gode. Det kan handle om at de ansatte klarer å være lydhøre overfor hva beboerne ønsker og at de klarer å tilfredsstille beboernes ulike behov (Dahl og Gullikstad 2002, side 64 - 66) (naturligvis må alle sykehjem ha kompetanse som i følge lovverket er nødvendig, blant annet i forbindelse med medisiner og medisinsk behandling).

Her har vi valgt å se på bemanningsstrukturen til de forskjellige sykehjemmene. Hvordan ser bemanningen per pasient ut? Ansettes det personale med forskjellige typer kompetanse på de forskjellige sykehjemmene, og hvor stor andel av personalet er sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter på de fire sykehjemmene?

En ytterligere forskjell mellom de to driftsfilosofiene som også sier noe om hvordan en bruker ressursene på sykehjemmet, er at det er lettere å bli leder uten formell utdanning i den brukerorienterte filosofien enn det er i den fagorienterte filosofien. Dahl og Gullikstad (2002)

fant i sin studie ut at de som har lengst utdanning i faget, også har lettere for å få en høyere posisjon i de sykehjemmene som tilnærmer seg en fagorientert driftsfilosofi. Her har de som rekrutteres til ledere også sykepleierutdanning. Det viste seg at de sykehjemmene som i stede nærmet seg en brukerorientert filosofi la større vekt på personlige lederegenskaper enn den fagorienterte (Dahl og Gullikstad 2002, side 64- 66). Her skiller altså de to filosofiene seg. Vi har valgt å se nærmere på om det er noen forskjell i hvem som har muligheten til å bli leder i de fire sykehjemmene i oppgaven vår, og i hvor stor grad formell utdanning spiller en rolle. Det kan i sin tur fortelle oss noe om hvilke ferdigheter en legger størst vekt på, hvordan en bruker sykehjemmets ressurser, og i hvilken grad sykehjemmet står fritt til å ansette ledere uten faglig kompetanse men med den «riktige» personligheten.

En annen faktor som vi har valgt å belyse i den sammenhengen er muligheten for individuell lønn. En har tidligere blitt oppdaget at muligheten for individuell lønn i større grad er til stede i de sykehjemmene som i andre henseender tilnærmer seg en brukerorientert modell, og er mer fraværende i de sykehjem der en i større grad tilnærmer seg en fagorientert modell. I den fagorienterte modellen er lønn isteden i større grad blitt bestemt ut fra faglig kompetanse, mens i den brukerorienterte modellen er den bestemt ut fra faktiske prestasjoner på sykehjemmet. Det er en variabel vi har valgt å se nærmere på senere i oppgaven. Fastsettelse av lønn kan dels si noe om hvordan en prioriterer ressursene, men kan også fungere som en motivasjonsfaktor i form av anerkjennelse, og vise til hvilken type adferd og kunnskap sykehjemmet velger å premiere (Dahl og Gullikstad 2002, side 64- 66).

*Hjemideologien* er en annen faktor som skiller de to filosofiene fra hverandre. Den brukerorienterte filosofien legger større vekt på at sykehjemmet skal føles som et *hjem* for beboerne, enn den fagorienterte som i større grad satser på den *faglige pleien* (Dahl og Gullikstad 2002, side 67). Vi kommer kort til å drøfte om det er noen forskjeller mellom sykehjemmene i det henseende, da det er grunn til å tro at i hvilken grad sykehjemmet klarer å få beboerne til å føle at sykehjemmet er som et hjem, jo høyere brukertilfredshet klarer de å oppnå. Vi har valgt ut noen få variabler som kan være med på å belyse det, uten å påstå at de er uttømmende.

I neste kapittel starter vi å se på organisasjonsstruktur, da det er grunnleggende for organiseringen av sykehjemmene. Først skal vi likevel se på hva som skiller en flat organisasjon fra en mer hierarkisk (i rent teknisk perspektiv), og hva som er fordeler og ulemper med de to organisasjonsmodellene. Senere går vi nærmere inn på faktorer utenom

organisasjonskartet som gjør at en organisasjon (for eksempel et sykehjem) blir mer flat eller mer hierarkisk.

## 10. Flexibilitet i arbeidslivet

Den totale organisatoriske fleksibiliteten kan beskrives som:

*«Den evnen en organisasjon har til å mestre variasjoner og uforutsette hendelser på en smidig og tilpasningsdyktig måte.»*

(Ramsdal m.fl. 2009, side 19)

I dag eksisterer det uttrykte behov for å utvikle mer fleksible organisasjoner, både når det gjelder private og kommunale bedrifter, ettersom fleksibilitet gjerne anses som nøkkelen til suksess (Ramsdal m.fl. 2009, side 14). Flexibilitet kan nærmere beskrives som evnen til å tilpasse kapasiteten etter hvor stort behovet er, men det kan også handle om i hvilken grad en bedrift klarer å omstille de ressursene den har (Ramsdal m.fl. 2009, side 18). Den beskrivelsen av fleksibilitet har i første omgang rettet seg mot næringslivet, men vi mener at det også er aktuelt å se på «evnen» til fleksibilitet i sykehjemmene, ettersom det er et uttrykt ønskemål om å klare å tilpasse seg den enkelte brukers individuelle og muligens skiftende behov. Noe som også er blitt formulert av samtlige sykehjemsledere vi har intervjuet.

Vi skal videre gå nærmere inn på John Atkinsons diskurs fra 1984 om «*the flexible firm*», og en av de forskjellige typene av fleksibilitet han går dypere inn på og som vi finner relevant for denne oppgaven, nemlig *funksjonell fleksibilitet* (Ramsdal m.fl. 2009, side 9).

## 10.1. Funksjonell fleksibilitet, generalist eller spesialist?

Å prøve å oppnå *funksjonell fleksibilitet*, og å praktisere de nye arbeidsmetodene som skal bidra til det, startet som en trend i USA og Europa på slutten av 1980- tallet. En har brukt nye arbeidsmetoder, blant annet for å oppnå funksjonell fleksibilitet, for i sin tur å skape bedre kvalitet (Kommunal og regionaldepartementet, 1999). Å skulle oppnå *funksjonell fleksibilitet* kan blant annet innebære at den såkalte kjernegruppen av personalet klarer å være «multifunksjonell» (det er den gruppen av ansatte som har bedriftsspesifikk kompetanse og kompetanse nok til på en tilfredsstillende måte å tilpasse seg skiftende omstendigheter og reorganiseringer i den grad det trengs) (Ramsdal m.fl. 2009, side 22- 23). De skal altså beherske flere typer oppgaver som i sin tur skal føre til en økt breddekompetanse som kommer bedriften til gode, og skaper *funksjonell fleksibilitet* for bedriften.

Noen av de forskjellige driftsmessige variablene som er blitt pekt ut som brukt for at en organisasjon skal klare å oppnå *funksjonell fleksibilitet*, og nye arbeidsmåter som ble mer populære for å oppnå slik fleksibilitet, inkluderer metoder som teamarbeid og mer medbestemmelse og beslutningstaking blant de ansatte (Kommunal og regionaldepartementet, 1999). Andre måter å tilegne seg *funksjonell fleksibilitet* på, sånn som at ansatte får flere arbeidsoppgaver, økte i starten av 2000- tallet (Arbeidsdepartementet, 2007). En vellykket implementering av de tiltakene forutsetter naturligvis at de ansatte har evnen og viljen til å tilegne seg den riktige kunnskapen.

Et viktig spørsmål i sammenhengen er hvilke konsekvenser det til slutt får for brukertilfredsheten, når en praktiserer strenge grenser mellom de forskjellige stillingskategoriene, og dermed tilnærmer seg filosofien om «*rett person på rett plass*» (tilhørende den fagorienterte modellen), eller at grensene mellom stillingene er noe nedbrutt, og at en dermed nærmer seg en filosofi om at «*alle gjør alt*» (tilhørende den brukerorienterte modellen) (Dahl og Gullikstad 2002, side 64, 66 og 37). Det er det ikke noe klart svar på, og ulike fagpersoner mener forskjellig. Det er mulig å drøfte fordeler og ulemper med de to filosofiene. En kan også tenke seg at det som er fordel med den ene driftsfilosofien blir en ulempe i den andre.

Er det noen forskjell mellom de private og de kommunale sykehjemmene i det henseende?

Når driften på sykehjemmet innebærer at «*alle gjør alt*», betyr det i store trekk at flere av personalet skal være med på å utføre og dele ansvaret for flere av oppgavene som de har autoritet til, enn det som er tilfelle i en filosofi om «*rett person på rett plass*» (uttrykk som forfatterne av boken «Sykehjem i drift, privat versus kommunal organisering av tjenester» bruker). Her bruker en i stede i større grad personell som er mer begrenset til de oppgavene de er utdannet for. For eksempel at sykepleierne ikke gjør hjelpepleieroppgaver. I den siste filosofien legger en mer vekt på spesialisering, en har større differensiering av oppgaver, og en legger mer vekt på den formelle utdanningen til personalet (Dahl og Gullikstad 2002, side 64- 67).

En rapport fra DeFacto i 2001 vitner om at hjelpepleiere i private sykehjem har en større plass i sykehjemmet, på den måten at de tar flere av sykepleiernes oppgaver, i tillegg til sine egne hjelpepleieroppgaver, enn det som var tilfelle i de kommunale sykehjemmene. Hjelpepleierne i de private sykehjemmene i DeFactos rapport har både tatt på seg oppgaver «opp» og «nedover». Det betyr at hjelpepleierne fikk oppgaver som på de kommunale sykehjemmene ble utført av sykepleierne, men også oppgaver som på de kommunale sykehjemmene ble utført av pleieassistenter (Dahle og Bjerke 2001, side 9).

Vi skal videre drøfte hvordan den organisatoriske fleksibiliteten kan påvirkes av at de ansatte har mange oppgaver tilhørende sine stillinger, og en tilnærming til filosofien om at «*alle gjør alt*».

I hvilken grad en organisasjon prøver å oppnå *funksjonell fleksibilitet*, eller å la de forskjellige stillingene være tydelige atskilte, sier oss noe om på hvilken måte arbeidsgiveren ønsker å bruke arbeidskraften den har til disposisjon. Å oppnå høy grad av en slik type fleksibilitet, burde kunne føre til at de ansatte lettere kan flyttes/ forflytte seg mellom forskjellige arbeidsoppgaver, ut fra hvor behovet er størst (Høydal 2008, side 17). Det burde også kunne bidra til at personalet klarer å agere raskere. En kan også tenke seg at det innebærer at de ansatte kan ta gode og riktige beslutninger i de situasjonene som måtte oppstå.

*Funksjonell fleksibilitet* er også evnet å medføre at de ansatte har kunnskap til å prioritere forskjellige arbeidsoppgaver, i forhold til hva den spesifikke situasjonen måtte kreve.

Å praktisere en såkalt «*alle gjør alt*» filosofi kan i tillegg medføre at de ansatte får en mindre monoton arbeidsdag, ettersom de får flere oppgaver med større muligheter for utvikling av kunnskap (Høydal 2008, side 16).

Som vi skal se videre er det naturligvis også en annen side av saken. Når en utvider arbeidsoppgavene er det en tendens til at skillet mellom forskjellige ansattes stillingskategorier blir mer uklar, enn i filosofien om «*rett person på rett plass*» (Dahl og Gullikstad 2002, side 37-38). De tingene peker derfor på hvor viktig det er med en klar forståelse for hvilke oppgaver en kan gjøre, og hvilke oppgaver en ifølge loven faktisk ikke har lov til å utføre.

Undersøkelser som blant annet Høgskolen i Østfold har gjort, viser at *funksjonell fleksibilitet* kan være veldig krevende for personalet fordi de må ha kontroll over flere oppgaver. Noe som kan føre til at flere arbeidstakere føler det tyngre å gå på jobb, fordi det kreves mer av dem og de opplever en økt belastning (Ramsdal m.fl. 2009, side 13).

Hvis det skulle resultere i at personalet sier opp, ønsker å gå av med pensjon tidligere, eller får et økt sykefravær for de sykehjemmene som praktiserer en «*alle gjør alt*» filosofi, kan det medføre kostnader, da sykehjemmet i større grad må lære opp nytt personell, noe som krever både tid og ressurser. Også lederne på «privat sykehjem 2» er bevisste på at den type styring medfører et økt press på personalet, noe som framgikk under ett av våre intervjuer.

Arbeidsmotstand *kan* også oppstå hvis de ansatte mener at det som forventes er urimelig, eller umulig. Det kan blant annet ytre seg i form av fravær, ignorering og distansering blant de ansatte (Ramsdal m.fl. 2009, side 71- 72). Når det handler om et utvidet antall oppgaver, er arbeidsgiveren også her avhengig av å ha de ansattes samtykke for at det skal fungere i praksis. De må akseptere for eksempel å utføre oppgaver som i utgangspunktet ikke inngår i deres stilling.

Ettersom Atkinsons teori om funksjonell fleksibilitet bygger på at kjernegruppen av ansatte er multifunksjonell, kan en selv tenke seg at ikke alle har de samme mulighetene, eller vilje, til å utføre et stort antall oppgaver.

Flere av de nevnte ulempene ved å praktisere en «*alle gjør alt*» filosofi, kan nok minskes hvis ledelsen er inspirerende, og ser de ansattes muligheter og begrensninger. Hvorvidt en slik filosofi lykkes, kan derfor tenkes å være situasjonsspesifikk, og variere fra tilfelle til tilfelle, blant annet avhengig av både leder og personal. Vi ser også her at hvis filosofien implementeres på en vellykket måte kan det medføre mange fordeler. Det medfører også at hvor vellykket et forsøk på å oppnå multifunksjonelle ansatte er, kan være tilfeldig ut fra

hvem som jobber på sykehjemmet, i tillegg til ledelsens evne til å se muligheter og begrensninger hos de ansatte.

Vi mener derfor at en ikke kan si noe generelt om hvilken driftsfilosofi som egner seg best for sykehjemsdrift, men at en må gå inn i hvert enkelt tilfelle. Likevel ser det ut som at hvis en leder er observant på hvilket personell som trives med å ha mange oppgaver, og hvem som ønsker å begrense seg, har filosofien større muligheter til å gi de positive resultatene som kan forventes å komme ut av den.

## 10.2. Våre funn

Vi har som utgangspunkt at alle sykehjemmene følger loven, og at de ansatte ikke gjør oppgaver de i lovlig forstand ikke kan gjøre.

Vi fikk blant annet vite at på «privat sykehjem 2» prøver de å tilnærme seg en driftsfilosofi om at «*alle gjør alt*», i den utstrekning det er mulig etter loven. På den måten, sier daglig leder, benytter de seg av en flat struktur. Ikke bare i organisasjonskartet, men også i den forstand at de har en tradisjon for at alle, uansett stilling, hjelper til med ting som trengs å gjøres, og som i utgangspunkt ikke er nedskrevet i stillingsinstruksen. Han sier også at det på sykehjemmet er en veldig tydelig policy om at den første som ser en oppgave som trengs å gjøres, slik som snømåking, rydding eller innkjøp av blomster, må gjøre det så lenge det ikke kan delegeres. På «privat sykehjem 2» har en jobbet for å få fram en tydelig policy om at det er tabu å se ting en kan og har lov til å gjøre, uten å gjøre det så fort som mulig selv.

Et eksempel på det er at daglig leder er mye ute i avdelingene og jobber, og viser de ansatte hvordan enkelte oppgaver skal utføres.

For eksempel har daglig leder gått og tømt søppel når de som vanligvis gjør det ikke har hatt mulighet.

Daglig leder nevner også at en av årsakene til at de har valgt denne type driftsfilosofien, er at det skaper høy grad av fleksibilitet. For at den modellen skal fungere må han som leder være veldig detaljorientert, og kunne være både «høyt og lavt». Det vil si å kunne utføre

arbeidsoppgaver der det måtte trenge. Den dagen vi var på intervju hadde han vært hos en døende, vært vaktmester, forhandlet om lønn, og vært sykepleier, i tillegg til de oppgavene som vanligvis inngår i det å være daglig leder. Når han selv utfører de arbeidsoppgavene, kan han også forvente det samme av de ansatte sier han. Det medfører i sin tur at de har en kultur for at det er sånn sykehjemmet skal fungere, og at praksisen legger opp til det. For eksempel er det nøkler tilgjengelig til vedlikeholdsrommet.

Fra «privat sykehjem 1» får vi vite at helsepersonelloven legger begrensninger på autonomi.

Det er enkelte grunnoppgaver som alle skal gjøre på «privat sykehjem 1». Det ser likevel ut som at «privat sykehjem 1» befinner seg nærmere en «*rett person på rett plass*» filosofi enn det «privat sykehjem 2» gjør. Vi har ikke funnet at de like sterkt prøver å innarbeide en kultur for at «alle gjøre alt».

Daglig leder på «privat sykehjem 1» mener at det ikke er hensiktsmessig å organisere seg etter en filosofi om at «alle gjør alt». Sykehjemmet holder nøye på stillingskategoriene, samtidig oppfordrer de også ansatte til å ta kurs, for at de skal kunne øke det antall oppgaver de utfører.

I utgangspunktet utfører sykepleierne sykepleieroppgaver, som for eksempel sykebesøk, veiledning av personalet, snakke med pårørende, og så videre. Hjelpepleierne kan dele ut medisiner dersom de har blitt kurset i det. De kan også ta blodtrykk, måle insulin og andre ting som de har blitt kurset til, i tillegg til typiske hjelpepleieroppgaver. Det er naturligvis ikke noe i veien for at sykepleiere hopper inn og hjelper hjelpepleiere hvis det skulle trenge, men i utgangspunkt skjer ikke det så ofte som på «privat sykehjem 2», forstår vi ut fra intervjuene.

Her ser vi altså forskjeller mellom de to private sykehjemmene. Hvorvidt de private nærmer seg en brukerorientert filosofi der «*alle gjør alt*», eller en filosofi med «*rett person på rett plass*», er altså avhengig av med hvilket sykehjem en har med å gjøre. De to private sykehjemmene i oppgaven vår praktiserer i det henseende en noe forskjellig driftsfilosofi, når det gjelder oppgaver som alle har lov til å utføre.

Når det gjelder «kommunalt sykehjem 1» har en klare grenser mellom faggruppene når det gjelder medisinske oppgaver. Hjelpepleiere kan gå på kurs for eksempel for å dele ut medisin og enkelte andre sykepleieroppgaver.

«*Enkelte oppgaver er kun medisinsk forsvarlige dersom de utføres av sykepleier.*»

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)



De delegerer minimalt med oppgaver til hjelpepleierne. Slik ønsker de å skape kvalitet for pasienten. Vi får beskjed om at det er strengere regler for hvem som kan gjøre hva, enn det som loven sier. De ser på seg selv som strenge i den forstand.

Når det gjelder oppgaver som alle har lov til å gjøre, som for eksempel enkelte vaktmesteroppgaver, sier institusjonssjefen at hun går ut i fra at de ansatte hjelper til hvis det er ting som de oppdager må gjøres. Som vi forstår det ut fra intervjuene, har de ikke jobbet aktivt for å opprette en slik kultur, slik som på «privat sykehjem 2». Institusjonssjefen er heller ikke ute i avdelingene og prøver å påvirke en slik kultur, som vi så på «privat sykehjem 2». Institusjonssjefene på de kommunale sykehjemmene er sjelden ute i avdelingene.

I intervjuene på «kommunalt sykehjem 2» får vi vite deres syn på saken. Sykepleiere og hjelpepleiere er gruppearbeidere, det vil si at de jobber sammen. Hjelpepleiere kan ta kurs for å dele ut medisiner. De hjelper hverandre, samtidig som de i en viss grad lærer opp hverandre i stillingene. Det poengteres også at det å stelle en pasient er en «hjelpepleier- ting», i like stor grad som det er en «sykepleier- ting». Samtidig er det en faglig vurdering.

Akkurat som på «privat sykehjem 1» og «kommunalt sykehjem 1» har vi ikke oppdaget at ledelsen aktivt prøver å innarbeide en kultur der alle skal hjelpe til med alt på «kommunalt sykehjem 2». En praktiserer en «rett person på rett plass» filosofi i større grad enn «privat sykehjem 2».

Når det gjelder i hvilken grad de forskjellige sykehjemmene slutter seg til en brukerorientert filosofi («alle gjør alt») eller en fagorientert filosofi («rett person på rett plass»), ser det ut til at «privat sykehjem 2» befinner seg nærmere en filosofi om at «alle gjør alt», mens de tre øvrige befinner seg nærmere en «rett person på rett plass» filosofi. Samtlige sykehjem er nøye med å holde på stillingskategoriene i de rent medisinske og faglige oppgavene, for å sikre best mulig tjenestekvalitet for beboerne, og at de ikke bryter loven.

Når det gjelder oppgavene som alle har lov til å gjøre, for eksempel å tømme søppel, ser vi at det er forskjell mellom sykehjemmene. «Privat sykehjem 2» viser her tydelig at de jobber for en kultur der «alle gjør alt», hvor alle hjelper til med «alt» uansett stilling. Vi har ikke funnet et like sterkt fokus på det i de øvrige sykehjemmene. Daglig leder på «privat sykehjem 1» mener også at det ikke er fornuftig å organisere driften på denne måten.

Her ser vi altså ikke noen forskjell mellom de private og de kommunale sykehjemmene. Det ser ut som om den variabelen er mer avhengig av med hvilket sykehjem en har med å gjøre,

enn om sykehjemmet er privat eller kommunalt. Forskjellen ligger i de oppgavene som alle har lov til å utføre, og i hvilken grad en jobber for å oppnå en policy om at «alle hjelper til med alt». «Privat sykehjem 1» er det sykehjemmet som i det henseende nærmer seg en brukerorientert filosofi, mens de øvrige befinner seg nærmere en fagorientert driftsfilosofi.

## 11. Sykehjemsetatens rolle

Før etableringen av Sykehjemsetaten varierte både kvalitet, organisering, bemanning, og lønnsnivå i større grad mellom de kommunale sykehjemmene i Oslo (Oslo kommune Byrådssak 158/11 2011, side 2).

Kommunen ønsket gjennom opprettelsen av Sykehjemsetaten å oppnå en økt standardisering av driften av sykehjemmene, som tidligere var spredt mellom sykehjemmene i Oslo (Sykehjemsetaten 2008, side 1-2). Et ønske med opprettelsen av Sykehjemsetaten var derfor å ha en felles norm som kan bidra til *standardisert drift*. Noe som i sin tur kan føre til større likhet mellom alle kommunale sykehjem i Oslo (Oslo kommune Byrådssak 158/11 2011, side 2).

I dag er det flere standarder for de kommunale sykehjemmene. De standardene er blitt utarbeidet etter kartlegging av situasjonen ved sykehjemmene da Sykehjemsetaten ble etablert, blant annet når det gjelder bemanning, antall ledernivåer m.m. (Sykehjemsetaten 2008, side 1- 3).

De forskjellige standardene for drift som Sykehjemsetaten har bidratt med vil vi utdype i senere avsnitt. Noen eksempler på standardisering av de kommunale sykehjemmene som kan nevnes allerede her er:

- At Sykehjemsetaten har prøvd å oppnå en lederstruktur og kvalifikasjonskrav som er mest mulig lik for alle kommunale sykehjem i Oslo. Det innebærer at alle sykehjemmene skal ha to lokale ledelsesnivåer. Det som lokalt på sykehjemmet kalles

ledelsesnivå 1 er institusjonssjefen, og det som kalles ledelsesnivå 2 er avdelingssykepleier/ avdelingsleder (Sykehjemsetaten 2008, side 2).

Gjennom standardiserte organisasjonskart for alle kommunale sykehjem sikrer en at sykehjemmene organiseres på samme måte. Det skal sikre god organisering og god standard på tjenestene. Samtidig lar omorganisering seg ikke gjøre på samme måte som i de private sykehjemmene.

En av forskjellene mellom de private og de kommunale sykehjemmene i oppgaven vår er at «privat aktør 1» og «privat aktør 2» ikke er pålagt å organisere «privat sykehjem 1» og «privat sykehjem 2» etter modellen til Sykehjemsetaten. De kan velge å konkurrere med en annen organisasjonsstruktur i anbudsrunder, dersom de finner det hensiktsmessig forteller daglig leder på «privat sykehjem 1». Det kan være verdifullt dersom de private aktørene finner en annen organisasjonsstruktur enn den kommunale mer hensiktsmessig, ut fra de aktuelle omstendighetene.

Det er opp til ledelsen i for eksempel «privat aktør 1» og «privat aktør 2» å konkurrere med en organisasjonsstruktur som de mener passer for sykehjemmet som er satt ut på anbud. «Privat aktør 1» har som vi sett valgt å organisere «privat sykehjem 1» i matrisestruktur.

En annen standardisering som fulgte av opprettelsen av Sykehjemsetaten er:

- I 2008 opprettet etaten et kvalitetsutvalg som skulle ta hånd om og utvikle rutiner for håndtering av klager og hvordan håndtere avvik. Rutinene er felles for alle kommunale sykehjem i Oslo (Kommunerevisjonen 2009, side 60). Ut fra intervjuene med de fire sykehjemslederene lærte vi at alle kommunale sykehjem har et felles datasystem der de fører inn avvik, og at de følges opp av områdedirektørene.

Når det gjelder konkurranseutsatte sykehjem er det i større grad opp til hvert enkelt sykehjem hvordan de velger å håndtere klager og avvik. På de private sykehjemmene vi har besøkt har en fulgt opp avvik og klager på samme måten som i de kommunale, bare med andre datasystemer.

For de kommunale institusjonene blir kvalitet, avvik og klager på sykehjemmet samt tjenestene, fulgt opp av områdedirektørene. Områdemøter foregår én til to ganger per måned. Det er i tillegg møter som foregår ca. fire ganger i året mellom områdedirektøren og ledelsen på sykehjemmet. Der tar de opp spørsmål om blant annet økonomi, bemanning, kvalitet og

sykefravær (møter mellom områdedirektør 3 og alle de ikke- kommunale institusjonene foregår ca. tre ganger i året) (Kommunerevisjonen 2009, side 37).

I hvilken grad Sykehjemsetaten utfører kontroller av de forskjellige sykehjemmene henger sammen med hvilken vurdering av risiko for brudd på standardene som Sykehjemsetaten gjør. Sykehjemsetaten vurderer risikoen for brudd på kontrakten for hvert enkelt sykehjem, framfor alt når det gjelder brudd på lønns- og arbeidsvilkår i de private sykehjemmene. Etter Adecco-saken er kontrollene innskjerpede på de områdene for samtlige private sykehjem (Sykehjemsetaten Innfører mer kontroll, 2011).

Etter opprettelsen av Sykehjemsetaten har det imidlertid vært flere personer som har uttrykt bekymringsmeldinger. Bekymringene har kommet både fra politiske hold og fra media. Det handler om situasjonen i kommunens sykehjemssektor, og knytter seg blant annet til fleksibiliteten i sektoren (Kommunerevisjonen 2009, side 9).

*«Opprettelsen av Sykehjemsetaten har ført til mindre delegering av ansvar til det enkelte sykehjemmet.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Stort sett styres de private sykehjemmene på sin side av den detaljerte kontrakten de har med Sykehjemsetaten som de forpliktet seg til i anbudsrunden, og med en økt kontroll etter Adecco-skandalen (Kommunerevisjonen 2009, side 36). Den private arbeidsgiveren har ansvar for lønns- og arbeidsforhold ved det enkelte sykehjem (Sykehjemsetaten Innfører mer kontroll, 2011).

Områdedirektøren for de ikke- kommunale institusjonene mener at kontraktsoppfølgingen bør skje ca. tre ganger i året. Det skal også være mulig å tilpasse hvilket tema en fokuserer på, ut i fra behov ved det enkelte sykehjemmet (Kommunerevisjonen 2009, side 36).

Kommunerevisjonen har imidlertid lagt merke til at det er en forskjell mellom de kommunale og de private sykehjemmene i hvor ofte oppfølgingen skjer, og at oppfølgingene av de ikke-kommunale sykehjemmene ikke alltid følges opp i praksis (Kommunerevisjonen 2009, side 38).

Vi blir fortalt av daglig leder på «privat sykehjem 2» som tidligere har jobbet i et kommunalt sykehjem, at hun opplever ikke å måtte drøfte like mye oppover i det private som i det

kommunale sykehjemmet. Hun mener at en kan ta flere beslutninger lokalt på det private sykehjemmet enn i de kommunale. Det kan for eksempel dreie seg om organisering.

Vi vil senere i oppgaven ta opp de forskjellige driftsmessige variablene som er standardiserte for de kommunale sykehjemmene, og se på i hvilken grad de kommunale og de private sykehjemmene skiller seg fra hverandre.

## 12. Organisasjonsstruktur

Viktige faktorer for at tilbudet av tjenester i blant annet sykehjem skal fungere så godt som mulig er organisasjonsstrukturen.

Innenfor litteraturen kan en bruke begrepet organisasjonsstruktur noe forskjellig, ut fra hvilken disiplin en baserer seg på. Den britiske arbeidslivsforskeren Tony Watson definerer begrepet på følgende måte:

*«All those relatively stable aspects or regularities in behavior within an organization, whether they be formally or «officially» sanctioned or not. »*

(Ramsdal m.fl. 2009, side 123)

Organisasjonsstrukturen i en bedrift kan påvirke de ansatte på mange måter. Her kommer noen eksempler:

- Organisasjonsstrukturen kan ha en viss grad av *begrensende* innvirkning på atferden. Det betyr for eksempel at den enkelte ansatte får bestemte arbeidsoppgaver som han eller hun skal utføre. Samtidig fremgår det hva den ansatte *ikke* skal drive med i arbeidstiden, hvem som har myndighet over hvem, og i hvilken grad.
- Organisasjonsstrukturen kan ha en *koordinerende* innvirkning på de ansatte gjennom at de ansattes atferd samkjøres, så helheten blir større enn summen av den enkeltes arbeid. Koordineringen er altså ikke et mål i seg selv, men et middel for å nå overordnede mål. En bør ikke undervurdere betydningen av det i omsorgstjenester, der

flere forskjellige faggrupper skal samarbeide for å oppnå mest mulig tilfredshet blant beboerne.

- I tillegg har organisasjonsstrukturen en mer eller mindre *stabiliserende* effekt, da de ansatte stort sett har de samme oppgavene fra dag til dag. Oppgavene skal også utføres på mer eller mindre bestemte måter (Jacobsen og Thorsvik 2005, side 69- 70).

Vi skal i neste kapittel fokusere på mer eller mindre hierarkiske versus flate organisasjoner. Vi kommer blant annet til å se på hva som skiller en flat fra en mer hierarkisk struktur, og hvilke fordeler og utfordringer en flat organisasjon kan føre med seg som kan ha betydning for tjenestekvaliteten. Vi vil også gjennom flere kapitler drøfte hvorvidt det er forskjell i flathet versus hierarki mellom de fire sykehjemmene i oppgaven vår. Er det noe som skiller de kommunale fra de private sykehjemmene?

## 12.1. Flate versus hierarkiske organisasjoner

Det er ingen eksakt definisjon på hva en *flat organisasjonsstruktur* er, men vi har valgt å se på tre faktorer som kan fungere som kjennetegn på i hvilken grad en organisasjon knytter til seg en *flat* eller en *hierarkisk* struktur:

- En kan blant annet ty til den «tekniske» betydningen av en flat organisasjon. Det handler da om en organisasjon med færre ledernivåer mellom øverste sjef og ansatt, enn i en organisasjon med en mer hierarkisk oppbygging (Moland og Bogen 2001, side 16). Det er en av de definisjonene som Agenda Kaupang brukte når de så på erfaringer i bruk av flat struktur i norske kommuner (Agenda Kaupang 2010, side 7).
- En annen forskjell kan handle om hvordan arbeidsoppgavene fordeles. Hjelper «alle til med alt», eller er det strenge grenser mellom stillingskategoriene? Hvis «alle hjelper til med alt», vitner det om at organisasjonen bruker flatere struktur (intervju med daglig leder på «privat sykehjem 2»).
- I vår oppgave har vi også valgt å bruke en definisjon av begrepet flat struktur som tufter på at beslutninger tas på et lavere nivå i organisasjonen enn i en mer hierarkisk organisasjon. På hvilket nivå beslutningsmyndigheten befinner seg, er en definisjon av

flat versus hierarkisk struktur som ble brukt av blant andre Agenda Kaupang i deres studie av norske kommuners erfaringer med flat struktur (Agenda Kaupang 2010, side 7 og 10).

Det mener vi *kan* henge sammen med tjenestekvaliteten, som til syvende og sist er det som er viktig.

### **12.1.1. Fordeler og utfordringer med flate organisasjoner**

Det har vært en generell «*utflating*» i mange organisasjoner i Norge, siden starten av 2000-tallet (Dahl og Gullikstad 2002, side 27). Det har blitt fremmet mange ulike grunner til at organisasjoner bør flates ut, og de grunnene kan tufte på vår tidligere nevnte betydning av en flat organisasjon.

Vi anser at det med «*flathet*» versus *hierarki* er interessant å se nærmere på, dels på grunn av de fordeler og utfordringer ulike organisasjonsstrukturer *kan* føre med seg. Slike fordeler og utfordringer kan blant annet handle om:

- At det er en antakelse om at beslutninger mange ganger kan tas raskere, dersom det gjøres lengre ned i organisasjonen, da en ikke må bruke mye tid på å drøfte oppover i organisasjonen (Agenda Kaupang 2010, side 10).
- Beslutningstakeren som befinner seg lenger ned i organisasjonen er nærmere brukeren enn i en mer hierarkisk organisasjon. Det betyr i sin tur at de som befinner seg nærmere brukeren har mer frihet. At ansatte lengre ned i bedriften får mer ansvar *kan* resultere i økt motivasjon (Bogen og Nyen 1998, side 111). Det har også blitt sagt at hvis beslutningstakeren befinner seg nærme brukeren, *kan* han/ hun ha større kjennskap til brukerens (i dette tilfellet beboerens) situasjon, enn om beslutningstakeren befinner seg lengre fra brukeren. Det *kan* resultere i bedre kvalitet på tjenestene.
- En har også gjennom utflating ønsket å oppnå innsparinger og bedre utnyttelse av ressursene (Dahl og Gullikstad 2002, side 27).

- En annen årsak til hvorfor en ønsker flatere organisasjoner handler om et ønske om modernisering og effektivisering. En har gjennom den type organisasjonsstruktur villet oppnå tverrfaglighet og fleksibilitet (Hillestad, 2003).
- Det har også eksistert en tro på at «*utflatingen*» kan bidra til økt kvalitet på produkter og tjenester, da det blir påstått at kreativitet og nyskapning lettere kan oppstå i en flat organisasjonsstruktur enn i en mer hierarkisk (Dahl og Gullikstad 2002, side 27).

Det er altså flere forskjellige positive utfall hvis en klarer å utnytte hver enkelt ansatts ferdigheter og kunnskap på best mulig måte. Den type organisering medfører også en del utfordringer.

Mulige utfordringer som det pekes på i forbindelse med *utflating* av organisasjoner er:

- At det oppstår nye type krav til planlegging i den nye typen av organisering (Hillestad, 2003).
- Det stilles også nye krav til ledelsen da flatere strukturer får konsekvenser for forholdet mellom ledere og de ansatte. I flate organisasjoner handler ledelse blant annet mer om delegering og å ha en motiverende og relasjonsbasert ledelse, enn i de mer hierarkiske organisasjonene. Det er blant annet viktig at lederen klarer å være inspirerende for at organisasjonsformen skal få best mulig utfall, noe som kan være en utfordring (Hillestad, 2003).
- Det kan også være vanskelig å finne den rette balansegangen når det gjelder delegering av riktig mengde ansvar fra ledelsen til de ansatte. Mindre hierarki kan for eksempel skape mer uklare makt- og ansvarsforhold (Hillestad, 2003).
- En må også forsikre seg om at de ansatte er i stand til å ta de aktuelle beslutningene på en tilfredsstillende måte, noe som altså er avgjørende for at en flat organisasjonsstruktur skal fungere optimalt (Jacobsen og Thorsvik 2005, side 85).

I forbindelse med flatere versus mer hierarkiske sykehjem kommer vi framover til å fokusere på hvor stor innvirkning Sykehjemsetaten, «privat aktør 1» og «privat aktør 2» har på de forskjellige sykehjemmene, kontra hvor stor innvirkning sykehjemmene selv har på forskjellige beslutninger som vi har omtalt i problemstillingen. Det hjelper oss til å forklare hvor stor beslutningsmyndighet det er lokalt på sykehjemmet.

Vi vil videre poengtere at det er et spørsmål om *grad* av eventuell flatet versus hierarki, og vi kommer ikke til å påstå at et sykehjem er utelukkende flatt eller hierarkisk.



## 12.2. Matrisestruktur

De private aktørene står fritt til å organisere seg etter hvilken organisasjonsstruktur som de finner mest hensiktsmessig, noe som skiller de private sykehjemmene fra de kommunale.

«Privat aktør 1» organiserer hele selskapet sitt i matrisestruktur noe som innebærer at flere funksjoner er med på å ta beslutninger. Det innebærer som vi skal se, et større fokus på teamarbeid og involvering av ulike ledd i organisasjonen. «Privat sykehjem 1» har en valgmulighet når det gjelder organisasjonsstruktur. De er ikke pålagt å følge en bestemt struktur fra Sykehjemsetaten, sånn som de kommunale sykehjemmene er (jf. kapitlet om Sykehjemsetaten).

De følger i stede «privat aktør 1» sin matrisestruktur. Det er i følge selskapet selv en organisasjonsstruktur som muliggjør bedre kommunikasjon mellom ansatte på alle nivåer, og kan lede til en mer kompetanseutviklende organisasjon («Privat aktør 1», 2011).

En matriseorganisasjon er en organisasjon der flere organisasjonsmønstre krysser hverandre. Typisk er den ene dimensjonen i bedriften en linjeorganisasjon, der bedriften er inndelt i divisjoner og/ eller avdelinger med ledere på forskjellige nivåer. Den andre dimensjonen er da en prosjektorganisasjon som er satt til å løse en bestemt tidsbegrenset oppgave, og hvor den beste kompetansen er hentet inn fra forskjellige deler av linjeorganisasjonen. Den kan også være en regional organisasjon som utfører faste oppgaver for bedriften på et regionalt nivå, men hvor de ansatte også inngår i hele bedriftens linjeorganisasjon (Store Norske leksikon, 2011).

I figur 8 viser vi en modell for hvordan matrisestruktur kan se ut.



De viktigste fordelene med matrisestruktur er:

- En får en effektiv utnyttelse av de menneskelige ressursene, fordi de ansatte kan fleksibelt skifte mellom produktområder etter behov.
- En får utviklet kompetanse både innenfor produktområder og innenfor spesialiserte oppgaver.
- En får koordinert funksjonsenhetenes arbeid omkring produktområdene, slik at en møter kundenes spesifikke krav til produktene (Jacobsen og Thorsvik 2005, side 77).

Samtidig er ulempene flere fordi matrisestruktur mangler de fordelene med hensyn til spesialisering av oppgaver, roller, ansvarsfordeling, og overordnet styring, som byråkratiske strukturer gir. Kort sagt er ulempene at:

- Ansatte må jobbe innen tosidige autoritetsstrukturer, hvor det kan være vanskelig å balansere krav fra produktenhetene og funksjonsenhetene (for eksempel krav til kostnader mot krav til kvalitet).
- Spesialiseringen både omkring produktområder og funksjonsområder kan skape målkonflikt og rollekonflikt i organisasjonen.
- Koordinering er både tidkrevende og stiller store krav til medarbeidernes evne og vilje til samarbeid (Jacobsen og Thorsvik 2005, side 77).

Det kan være utfordrende å få matrisestruktur til å fungere i praksis, ettersom det krever betydelig grad av kommunikasjon og samordning. Enkelte hevder at med mindre en absolutt trenger det så bør en unngå matrisestruktur som organisasjonsform (Jacobsen og Thorsvik 2005, side 77). Andre hevder at løsningen ligger i å definere rollene, ansvaret og autoriteten til hver enkelt i prosjektet (Youker 1977, side 3). Youker (1977) hevder videre at valg av organisasjonsstruktur bør gjøres ut fra nøkkelfaktorer i omgivelsene som er nevnt i tabell 5.

|                                  | Fordel funksjonell organisasjonsstruktur | Fordel matrisestruktur | Fordel prosjektstruktur |
|----------------------------------|--|------------------------|-------------------------|
| Usikkerhet                       | Lav                                      | Høy                    | Høy                     |
| Teknologi                        | Standard                                 | Komplisert             | Ny                      |
| Kompleksitet                     | Lav                                      | Medium                 | Høy                     |
| Varighet                         | Kort                                     | Medium                 | Lang                    |
| Størrelse                        | Liten                                    | Medium                 | Stor                    |
| Viktighet                        | Lav                                      | Medium                 | Høy                     |
| Kunde                            | Divers                                   | Medium                 | Én kunde                |
| Gjensidig avhengighet (innenfor) | Lav                                      | Medium                 | Høy                     |
| Gjensidig avhengighet (mellom)   | Høy                                      | Medium                 | Lav                     |
| Tid er kritisk                   | Lav                                      | Medium                 | Høy                     |
| Kritiske ressurser               | Avhengig                                 | Avhengig               | Avhengig                |
| Differensiering                  | Lav                                      | Høy                    | Medium                  |

**Tabell 5: Kriterier for valg av organisasjonsstruktur (Youker 1977, side 4)**

### 12.3. Våre funn

Som det framgår av de fire sykehjemmenes organisasjonskart, har de kommunale og de private sykehjemmene en lokal flat organisasjonsstruktur, med to ledelsesnivåer lokalt på hvert sykehjem. Det er én leder for hele sykehjemmet, og én leder for hver avdeling/ team. De kommunale sykehjemmenes organisasjonskart skiller seg altså ikke fra de private sykehjemmene, når det gjelder antall ledelsesnivåer lokalt på sykehjemmene (også «privat sykehjem 1» opererer med to ledelsesnivåer lokalt, selv om de er organisert i matrisestruktur). En kan i den bemerkelsen kalle alle sykehjemmene i oppgaven vår for flate.

I vår oppgave er «privat sykehjem 1» organisert i matrisestruktur. Sykehjemmet har et fagteam som er ansvarlig for den medisinske og helsefaglige omsorgen på sykehjemmet. Fagteamet består av eksperter på sine fagområder. Fagteammedarbeiderne har enten jobbet seg opp internt, eller blitt ansatt utenfra. Lederen for fagteamet er kvalitetssjefen. Hun rapporterer direkte til daglig leder. Fagteamet består av minst én representant for hver faggruppe ved sykehjemmet, og hver medarbeider har én avdeling som hovedansvarsområde. Fagteammedarbeiderne bistår i morgenstellet på sin avdeling to ganger i uken. Det koordineres mellom fagteammedarbeideren og teamlederen på avdelingen. Fagteammedarbeiderne underviser ansatte, og de har ansvaret for opplæring av nye ansatte (for eksempel sykepleierstudenter).

Daglig leder hevder i ett av intervjuene at matrisestrukturen gir mer fleksibilitet, er mer dynamisk enn en tradisjonell linjeorganisasjon, og gir kortere beslutningslinjer. Daglig leder kan omdisponere personalressursene internt, men tar gjerne med tillitsvalgsapparatet og den enkelte ansatte på råd før slike beslutninger tas.

*«Fagteamet kan betjene ulike avdelinger på forskjellige tidspunkt, noe som gjør organisasjonen mer dynamisk.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Daglig leder sier at de ansatte har stor grad av medvirkning, men at det samtidig er klare ansvarsrammer.

De private aktørene driver sykehjemmene i en tidsbegrenset periode (fire år med mulighet for to år forlengelse). I en konkurransesituasjon vil omgivelsene fortone seg noe annerledes, enn det de gjør for de kommunale sykehjemmene. Det kan stille andre krav til å tenke fleksibelt, og bidra til at en velger en annen organisasjonsstruktur, enn den vanlige linjeorganisasjonen. Når «privat aktør 1» organiserer seg i matrise, kan vi anta at det er etter en grundig vurdering av omgivelsene, og hva de ønsker å oppnå i forhold til å drive et sykehjem over relativt kort tid.

Matrisestrukturen bidrar også til at sykehjemmet kan ha faglig spisskompetanse samlet i et team (fagteamet). De betjener samtidig hele sykehjemmet, og er operative i den form av at de veileder og lærer opp personalet. Å være en del av fagteamet innebærer en viss prestisje, og respekt blant de ansatte, i form av besittelse av faglig kompetanse og personlige egenskaper. Det kan være en faktor som bidrar til å øke kvaliteten, ved å øke motivasjon hos de ansatte, og

ved å tilby de veiledning og praktisk ekspertise som er unik for det sykehjemmet. At det er mulig å jobbe seg opp i fagteamet internt er også noe som kan virke motiverende. En sikrer i tillegg at den beste kompetansen blir utnyttet på en slik måte at hele sykehjemmet får utbytte av den.

## **13. Budsjett, innkjøp og beslutningsmyndighet**

### **13.1. Hva er et budsjett, og hvorfor brukes det?**

Et budsjett kan fungere som et styringsverktøy og en handlingsplan for den enkelte bedriften (Hoff 2005, side 64- 65). Budsjettet uttrykker i tall slike handlingsplaner (Hoff og Bjørnenak 2005, side 21).

Når budsjettet utarbeides, baserer en seg ofte på forventninger om situasjonen det kommende året, på erfaringer, tidligere regnskapstall og på målsettinger (Economic, 2012).

I tillegg til selve budsjettet er også utarbeidelsen viktig. Selve prosessen der budsjettet jobbes fram, kan nemlig være med på å klargjøre hvilke mål bedriften har. Samtidig kan arbeidet med å få fram budsjettet hjelpe med å tydeliggjøre hva den enkelte kan bidra med for at bedriften skal klare å holde seg til budsjettets begrensninger, og på den måten oppnå sine mål (Hoff 2005, side 64).

Tre faktorer som er grunnleggende for utarbeidelsen av budsjettet er:

- Hvilke strategier organisasjonen har. Hva skal en drive med, og hvordan skal en drive med det?
- Hvilke mål organisasjonen har. Hva er de kortsiktige og de langsiktige målene?
- Hvordan organisasjonen ser ut. Hvilke ideer, handlingsplaner, maskiner, bygg m.m. eksisterer for å nå organisasjonens mål, og hvordan skal målene nås?

Utfordringen med å lage et budsjett er ofte å få det til å bli realistisk (Hoff og Bjørnenak 2005, side 21- 22).

## **13.2. Budsjett og innkjøp**

Vi mener at det kan være en mulighet for at prioriteringen av økonomiske midler påvirkes av hvor nært den som utarbeider budsjettet er brukeren, kontra den som foretar innkjøp. Vi har blant annet derfor valgt å belyse slike temaer.

I hvilken grad sykehjemmet må drøfte beslutninger om innkjøp og investeringer oppover, er en annen ting vi har funnet interessant å se nærmere på. Når beslutninger i stor grad må drøftes oppover, kan en tenke seg at det er noe som er både tids- og resurskrevende. Samtidig bør mye drøfting med ansatte oppover i systemet bidra til at flere får ha ett ord med i laget, noe som kan bidra til bedre beslutninger. Det *kan* altså være både fordeler og ulemper med et flatt versus hierarkisk system i den forbindelse.

Vi har derfor valgt å se nærmere på hvorvidt det er forskjeller mellom de private og de kommunale sykehjemmene når det gjelder utarbeidelse av budsjett og beslutningstaking når det gjelder større innkjøp.

## **13.3. Våre funn**

Områdedirektøren for de *kommunale* sykehjemmene (områdedirektør 1 og områdedirektør 2) er det enkelte sykehjemmets overordnede (Kommunerevisjonen 2009, side 13).

Områdedirektøren er blant annet ansvarlig for den delegerede økonomien, og har i sin tur delegert ansvar for at budsjett følges til de forskjellige sykehjemmene i området sitt (Kommunerevisjonen 2009, side 13- 14).

Når det gjelder inntekter sier institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» at institusjonssjefene på de kommunale sykehjemmene står ansvarlige for inntektene, altså hvor mange plasser de selger. Derimot peker hun på at muligheten til å påvirke hvor mange pasienter som ønsker å bo på et sykehjem er begrenset. Fire av rommene på sykehjemmet er dobbeltrom, noe de fleste beboere ikke ønsker. Det gjør at det store deler av året står ledige senger på hjemmet. Sykehjemmet får dermed ikke så høye inntekter som hvis rommene skulle vært bebodd, noe som fører til innsparinger. Det er forskjellig fra de private sykehjemmene, som mottar penger fra etaten basert på antall plasser. Det er uavhengig av om de er fylt eller ikke forteller institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» og daglig leder på «privat sykehjem 1».

Budsjettet for de kommunale sykehjemmene utarbeides i samarbeid mellom områdedirektøren og institusjonssjefen. Tallene verifiseres to til tre ganger før det endelige budsjettet fastsettes, i følge institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2».

Budsjettet for de kommunale sykehjemmene fastsettes på våren. Driftsbudsjettet for inneværende år blir fastsatt i mars for hvert enkelt kommunalt sykehjem. Hvor lang tid det tar å jobbe fram budsjettet er forskjellig fra sykehjem til sykehjem, forteller institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2». Det avhenger av hvor god orden institusjonssjefen har med tallene.

En gang i året får institusjonssjefen på de *kommunale* sykehjemmene tilsendt et fullmaktsbrev med det endelige budsjettet som sykehjemmet tildeles. Fullmakten gjør senere at hver enkelt institusjonssjef blir ansvarlig for inntekter og utgifter for sykehjemmet, og at budsjettet følges. At institusjonssjefen på kommunale sykehjem får en skriftlig fullmakt til å disponere investeringsmidler, betyr at de har ansvaret for at budsjettet følges (Oslo kommune Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, 2011).

Områdedirektøren kan selv regulere hvor mye han/ hun går inn og styrer de kommunale sykehjemmene. Noen ganger velger han/ hun å bry seg med detaljer om hvordan sykehjemmet drives, andre ganger overlater områdedirektøren detaljstyringen til institusjonssjefene på sykehjemmene, skriver Sykehjemsetaten i en epost til oss.

Lederne på de kommunale sykehjemmene blir vanligvis grundig kontrollert, og har som en følge god orden på tallene. Områdedirektøren følger opp alle tall for å forsikre seg om at



institusjonssjefene har kontroll over kostnadene, sier institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2».

Institusjonssjefen kan selv også velge å involvere områdedirektøren på detaljnivå, eller holde avstand. Forutsetningene er at sykehjemmet holder seg innenfor forventede rammer, skriver en ansatt i Sykehjemsetaten i en epost til oss.

Det er institusjonssjefens ansvar å etterkomme sin fullmakt. Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» sier at hun driver sykehjemmet, men at handlingsrommet innenfor økonomi stort sett er låst. I intervjuer med begge de kommunale institusjonssjefene får vi vite at de har noen muligheter til å omprioritere mellom utgiftsposter i budsjettet når det gjelder drift.

*«Sykehjemmet får en pott som skal fordeles på driften. Denne potten er basert på antall plasser og hvilke type sykehjemsplasser som finnes. Noe av driftsmidlene er øremerket, blant annet til strøm. Denne posten er låst og fra den kan man ikke flytte penger. Andre utgiftsposter, som forbruksvarer og annet vedlikehold, kan jeg sjonglere noe mellom.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

De innkjøpene som gjøres må imidlertid alltid passe med Oslo kommunes innkjøpsstrategi. Når det gjelder større utgiftsposter minsker muligheten til å omprioritere kostnadene, forteller institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2».

Driftsbudsjett inneholder blant annet mat, sårutstyr, medisiner, sykepleieartikler og alt annet som koster for å drive et sykehjem, eksklusivt lønn. Når «kommunalt sykehjem 2» sitt driftsbudsjett er klart til fordeling er det på ca. 2,5 millioner kroner. Hun forteller at hun har en del spillerom innenfor budsjettet, men når det gjelder kostnader som skal gå til for eksempel mat og strøm er budsjettet relativt låst.

Institusjonssjefen forteller at de har ledermøter hver fjortende dag med områdedirektøren. Her går de gjennom blant annet overbruk av utgifter.

Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» forteller også at institusjonssjefene på de kommunale sykehjemmene imidlertid ikke har noen påvirkningskraft når det gjelder lønnsbudsjettet.

Akkurat som Sykehjemsetaten følger opp og utarbeider budsjett i samarbeid med institusjonssjefene, er prosessen noenlunde lik mellom «privat sykehjem 1» og «privat aktør 1», og «privat sykehjem 2» og «privat aktør 2».

Daglig leder på «privat sykehjem 1» tildeles årlig et detaljert budsjett, som hun selv i samarbeid med «privat aktør 1» har utarbeidet.

*«Jo mer detaljert budsjettet er, jo bedre styringsverktøy.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Innenfor budsjettet er det ut fra erfaringstall budsjettert hvor mye som skal gå til forskjellige poster. Budsjettet fungerer som en fordelingsnøkkel på hvor mye som skal gå til for eksempel medisin, mat, turnus osv. Hun sier at forskjellen mellom de private og de kommunale sykehjemmene ikke er veldig stor i det henseende, men at handlingsrommet er noe større for de private enn for de kommunale sykehjemmene (daglig leder på «privat sykehjem 1» har som nevnt tidligere jobbet i et kommunalt sykehjem).

Direktivet fra «privat aktør 1» fordrer mest mulig kvalitet per investerte krone. Daglig leder er imidlertid fri til å omdisponere midlene, hvis hun mener at det er mer gunstig å handle på en annen måte enn det som er budsjettert. Hun sier at det viktigste er å nå resultater, og at hun dermed kan flytte kostnader mellom poster etter behov.

*«Forskjellen mellom et privat og et kommunalt sykehjem er at man i det private sykehjemmet har noe større handlingsrom, og kan bestemme noe mer lokalt. Det gjelder både økonomi og hvordan vi løser ting. Jeg har en del handlingsrom når det gjelder budsjettet, så lenge jeg holder kravet til kvalitet.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

«Privat aktør 1» har månedlig oppfølging med ledelsen på sykehjemmet for å gå gjennom resultatene og de forskjellige utgiftspostene.

Daglig leder har akkurat som på de kommunale sykehjemmene delegert ansvaret for bruken av budsjettet til teamlederne (sammen med ansvar for kvalitet og personal). Ansvaret handler om å godkjenne fakturaer for innkjøp av mat, bleier, m.m. på de respektive avdelingene. Det innebærer også at de har ansvar for de budsjetterte personalkostnadene.

*«Hvis det er avvik i regnskapet kontra budsjettet, er det viktig at teamledere vet grunnen til det, og har tanker om eventuelle tiltak for korrigering».*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Når det gjelder «privat sykehjem 2» forteller daglig leder at han må utføre mange oppgaver manuelt for å få en følelse med tallene og budsjettet, da han i stor grad er med på å utarbeide budsjettet. Videre beskrev han det som at han måtte «å gå noen runder» før han ble enig om budsjettet med «privat aktør 2».

Beslutningen om hvordan budsjettet skal se ut blir imidlertid til syvende og sist tatt på toppen.

*«Budsjettet er helt ned til kronen.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2».)

Budsjettposter som jobbes fram er svært detaljerte. Postene er slik som tilsynsavgifter, litteratur, reisekostnader, transport, avskrivninger (møbler og utstyr), personalkostnader som lønn, ubekvem arbeidstid, estimert sykelønn, korttidsfravær, nyttegrad, belegningsgrad, forventet lønnsøkning m.m. De har også lagt inn en viss prisjustering i budsjettet.

Daglig leder har så en ukesrapportering på sentrale tall med «privat aktør 2». Her må eventuelle avvik kunne forklares. Det kan blant annet handle om overtid, mertid (tid brukt utenom turnustid) og sykefravær.

I tillegg har daglig leder gjennomgang én gang i året med virksomhetssjefen i «privat aktør 1». Hver høst rapporterer han hver enkelt post av hva som hittil er brukt.

Daglig leder har delegert ansvaret for budsjettet til teamlederne på avdelingene. Ansvaret handler blant annet om at teamlederne må ha kontroll på turnustider og hindre mertid og overtid. Det er betydningsfulle utgiftsposter i følge daglig leder.

Daglig leder har i sin tur økonomioppfølging med teamlederne hver uke. Her ser de blant annet på hvor mye tid de har brukt på ulike ting.

Det er mange likheter mellom sykehjemmene når det gjelder utarbeidelsen og frihet rundt budsjettet sånn som vi ser det.

Når det gjelder budsjettet jobber alle institusjonssjefene/ daglige lederne fram budsjettet med sine overordnede. Samtlige sykehjem følges opp av sine overordnede (Sykehjemsetaten,

«privat aktør 1» og «privat aktør 2») på hva de bruker de økonomiske midlene til og om budsjettet følges.

Samtlige sykehjemsledere har også delegert ansvar for at budsjettet overholdes til avdelingslederne/ teamlederne på de forskjellige avdelingene og har oppfølging med dem.

Samtlige sykehjemsledere har også muligheten til «å sjonglere» noe med utgiftspostene når det gjelder driftsutgifter.

Etter uttalelser fra sykehjemslederne ser det likevel ut som at de daglige lederne på de private sykehjemmene står noe friere til å omdisponere driftsmidlene hvis de skulle finne det hensiktsmessig enn det de kommunale sykehjemmene gjør.

Forskjellen mellom sykehjemmene i forhold til budsjettet ser likevel ut til å være små.

### **13.3.1. Innkjøp, større summer**

Når det gjelder større innkjøp på de kommunale sykehjemmene må det behandles oppover i systemet før institusjonssjefen kan ta beslutningen om en investering. Skal en institusjonssjef på et kommunalt sykehjem investere for mellom 50 000 og 200 000 kroner må det godkjennes av områdedirektøren. Trenger hun å gjøre en investering over det beløpet må det godkjennes av Sykehjemsetaten, forteller institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2».

Når det gjelder innkjøp for store beløp, skriver daglig leder på «privat sykehjem 2» i en epost til oss at beløp for opp til 25 000 kan han ta beslutning om selv. Hvis han skal foreta et innkjøp på mellom 25 000 og 100 000 tar regionsjefen beslutningen.

Daglig leder på «privat sykehjem 1» sier at hun tar opp med sin overordnede hvis hun foretar innkjøp over 20 000 kr.

Vi ser her at beløpsgrensene for investeringer som sykehjemmet selv kan ta beslutninger om er lavere for de private enn for de kommunale sykehjemmene.

*«De private sykehjemmene fungerer mer effektiv og dynamisk der ting ikke er så formelt. En forskjell er at man i mindre grad i de private enn i de kommunale sykehjemmene må «sende søknader i øst og vest og begrunne.»»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Det kan være en faktor som kan bidra til at beslutninger i de kommunale sykehjemmene tar noe lengre tid enn i de private.

Vi ser at de private sykehjemmenes beløpsgrense for hva de kan ta beslutninger om selv er lavere enn for de kommunale. Uttalelser fra «privat sykehjem 1» sin daglige leder kan likevel tyde på at selve prosessen med å drøfte innkjøp for større beløp er noe mer tungvint i de kommunale enn i de private sykehjemmene. Forskjellene mellom sykehjemmene ser imidlertid ut til å være små i det henseende.

### **13.3.2. Innkjøp til avdelingene**

Å la ansatte på sykehjemmet ha innkjøpsansvar kan være en måte å inkludere de på. Det kan i sin tur skape gode eierforhold til jobben og ansvarsfølelse, noe som kan fungere som en motivasjonsfaktor (se også kapittelet om motivasjon).

Vi har derfor valgt å se nærmere på hvorvidt det er forskjeller mellom de private og de kommunale sykehjemmene når det gjelder innkjøp/ innkjøpsansvar.

Teamlederne på «privat sykehjem 2» har et fordelt ansvar for innkjøp av forskjellige artikler til forskjellige ansatte på sykehjemmet. Innkjøpsansvarlige kan være både teamledere og andre ansatte.

Teamleder melder hvilke behov deres avdeling har til de innkjøpsansvarlige. Én av teamlederne har ansvar for innkjøp av medisiner, en annen for medisinsk utstyr, én renholder har innkjøpsansvar for såpe, renholdsprodukter og tørrmat m.m. Den som har ansvar for innkjøp av et visst produkt kjøper inn til *alle* avdelingene på sykehjemmet. Kontrollen av innkjøpene foregår ved at daglig leder følger med på budsjettpostene i etterkant.

«Privat sykehjem 1» har løst spørsmålet om innkjøp på en litt annen måte. Her bestiller hver innkjøpsansvarlig inn til sin avdeling. Innad i avdelingen er det forskjellige personer som har innkjøpsansvar for forskjellige artikler. Det kan også bidra til at det er en prosentvis større andel av ansatte med innkjøpsansvar på «privat sykehjem 1» enn på «privat sykehjem 2». De fleste med en stor stillingsprosent har innkjøpsansvar for noe på avdelingen. Det skaper ifølge daglig leder en følelse av ansvar og at en har noe å si. Sykehjemmet har lagt det opp på den måten fordi de som har forskjellige ansvarsområder skal bestille i henhold til sitt ansvarsområde.

Teamlederne godkjenner fakturaen og sender den deretter til daglig leder.

Institusjonssjefene på de *kommunale* sykehjemmene har også lov til å delegerere ansvaret for innkjøp til de ansatte. Det er forutsatt at de har tilstrekkelig beslutningskompetanse til å ta ansvar. I Sykehjemsetaten ønsker en at beslutninger tas av kompetent personal på lavest mulig nivå. Samtidig må den som delegerer ansvaret påse at den som tar beslutningen har tilstrekkelig kompetanse (Oslo kommune Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, 2011).

På «kommunalt sykehjem 2» har ulike ansatte ansvar for innkjøp av forskjellige varer, akkurat som på «privat sykehjem 2». Innkjøpsansvaret ligger fordelt på forskjellige personer rundt om på sykehjemmet. De har dermed ikke *én* innkjøpsansvarlig per artikkel per avdeling. Det er heller ikke nødvendigvis teamlederne som er ansvarlig for innkjøpene. For eksempel har en av avdelingssykepleierne ansvaret for å bestille medisiner. Vaktmesteren har sitt innkjøpsområde og resepsjonisten et annet.

Når det gjelder innkjøp skiller «privat sykehjem 1» seg noe fra de øvrige. Der har de fordelt innkjøpsansvaret på flere personer. Ellers ser det ut som at de har løst det på lik måte ved de forskjellige sykehjemmene. Vi har dermed ikke funnet noen store forskjeller mellom kommunale og private sykehjem i det henseende. Snarere ser det ut til å skille seg mellom sykehjemmene, uavhengig av om de er kommunale eller private.

## 14. Outsourcing og samordning av tjenester

Norske undersøkelser viser at det på *generell* basis ikke er noen forskjell mellom offentlige og private organisasjoner når det gjelder hvor mange bedrifter som setter ut tjenester (Solli-Sæther og Gottschalk, 2008).

For oss har det likevel vært interessant å se på om det er noen forskjeller mellom kommunale og private *sykehjem*. Dels på grunn av at det er en rekke mulige fordeler og ulemper med outsourcing. Dels for å se hvem som har noe å si i spørsmålet om utsetting av tjenester. Hvor tas beslutningene?

### 14.1. Hva er outsourcing?

Konkurransetsetting og privatisering er to forskjellige eksempler på måter offentlig virksomhet kan settes ut tjenester til eksterne aktører på. Da vi i oppgaven vår også bruker begrepet *konkurransetsetting*, et begrep som har mye til felles med begrepet *outsourcing*, kan det være nyttig med en forklaring på hva som skiller de to begrepene fra hverandre.

Begrepet *konkurransetsetting* brukes først og fremst når *offentlige* oppgaver settes ut på anbud. Når en virksomhet velger å outsource en aktivitet, er det bedriftens egne ansatte som først og fremst berøres. Det er ikke nødvendigvis tilfellet ved en konkurransetsetting.

I tillegg er konkurransetsetting et resultat av en politisk beslutning, mens outsourcing er en beslutning som tas av den enkelte bedriften (Bogen og Kvinge 2005, side 12).

Ved konkurransetsetting i kommunal sektor er det også strengere regler enn ved outsourcing i private bedrifter. Det innebærer blant annet at en i privat sektor er friere til å velge leverandør enn i offentlige sektor (Bogen og Kvinge 2005, side 13).

Outsourcing, eller tjenestetsetting, kan kortfattet beskrives som «å sette ut forskjellige oppgaver», ofte såkalte støttetjenester, til eksterne tjenesteleverandører. Eierskapet til de

tjenestene endres dermed for en periode som fastsettes i en kontrakt (Bogen og Kvinge 2005, side 12).

Iblant er omstendighetene slik at en ved outsourcing lett kan erstatte en tjenesteleverandør med en annen hvis den ikke lever opp til kundens forventninger. Det skaper fleksibilitet for kunden, da det kan bidra til at de kan kjøpe inn ulike mengder, alt etter som behovet forandrer seg. Samtidig kan en sikre seg god kvalitet på de varer eller tjenester en mottar. Den eksterne leverandøren har den utsatte tjenesten som sin kjernefunksjon, og har dermed spesialkunnskap på området. Samtidig *kan* utsetting av en støttefunksjon skape stordriftsfordeler (Bogen og Kvinge 2005, side 14- 15).

Hvor mye fleksibilitet outsourcing bidrar med har delvis å gjøre med avhengighetsforholdet partene imellom. Det vil si hvor mange leverandører og kunder med samme kompetanse det er på markedet (det såkalte gjensidige avhengighetsforholdet).

Den organisatoriske fleksibiliteten økes dersom det er flere eksterne leverandører. En leverandør kan dermed lettere skiftes ut med en annen, dersom en ikke er fornøyd med pris eller kvalitet (Ramsdal m.fl. 2009, side 45- 46).

En undersøkelse fra 2008 viser at den viktigste årsaken til at bedrifter generelt velger å sette ut tjenester til eksterne leverandører, er et ønske om høyt kvalifisert arbeidskraft. Grunnen som ble rangert som den nest viktigste, er at bedriften får større mulighet til å fokusere på sin kjernekompetanse. Det kalles for *kjernekompetanseteorien*, og innebærer at bedriften kan outsource alt som ikke tilhører kjernekompetansen eller kjernevirksomheten (Solli- Sæther og Gottschalk, 2008).

En annen grunn er at outsourcingen kan føre med seg lavere produksjonskostnader. Den *klassiske, økonomiske teorien* taler for at en skal outsource de funksjonene som kan utføres rimeligere av en ekstern leverandør. Det kan blant annet gi stordriftsfordeler ved at den eksterne leverandøren har det som sin hovedaktivitet, og at en slipper å investere i utstyr (Solli- Sæther og Gottschalk, 2008). Samtidig slipper en å betale for mer enn det som strengt talt er nødvendig av personalressurser. Det kan gi økonomiske besparelser, sammenlignet med om bedriften hadde latt være å sette ut tjenesten (Accountor, uten årstall).



Outsourcing innebærer også at en slipper administrative kostnader, bekymringer ved å ringe inn ekstra personell ved sykdom, samt andre administrative oppgaver i forbindelse med tjenesten (Hoff 2009, side 101).

Outsourcing kan også føre med seg en del utfordringer, og at de nevnte fordelene ikke trenger å bli en realitet. Blant annet er det viktig at bedriften har nok kompetanse til å følge opp kvaliteten på de tjenestene som settes ut (Solli- Sæther og Gottschalk, 2008).

Det er heller ikke noen *garanti* for at outsourcing fører til kostnadsbesparelser. Det er mange eksempler på næringer som har tatt tilbake utsatte tjenester, som har ført til kostnadsøkninger. Den eksterne leverandøren klarer heller ikke alltid å gjøre en bedre jobb enn det bedriften selv kan (Hoff 2009, side 107).

Som beskrevet tidligere er det flere fordeler og ulemper ved å sette ut tjenester til eksterne leverandører. Nøkkelen er å veie de mot hverandre, og ta en beslutning om hvorvidt outsourcing er lønnsomt for bedriften i omstendighetene som råder eller ikke.

## **14.2. Våre funn**

I en epost fra Sykehjemsetaten får vi vite at tjenester i den offentlige driften av de kommunale sykehjemmene kan settes ut til eksterne tjenesteleverandører. Det vil si kjøp av vaskeritjenester, renhold, kjøkken, renovasjon, kantine, frisør, fotpleie etc. *Etaten* kan fritt vurdere hvorvidt den vil at tjenesten skal utføres av kommunalt ansatte, eller ved kjøp fra eksterne leverandører.

*«Utsetting av støttefunksjoner forutsetter at etaten følger regelverket, og her er det mange hensyn å ta. Er det et reelt kjøp av tjenester som det kommunale apparatet ikke gjør selv, blir det rene konkurranser og anbud. Hvis spørsmålet om outsourcing er en vurdering om hvorvidt en skal utføre en tjeneste i egen regi eller ikke, finnes det regler for hvordan etaten skal vurdere dette. Medfører det endringer i den enkelte arbeidstakers hverdag, skal det risikovurderes. Kan det medføre overtallighet, skal det gjennomføres konkrete prosesser.»*

(Epost fra en ansatt i Sykehjemsetaten)

Vi ser at det i hovedsak er *etaten*, og ikke det enkelte *kommunale* sykehjem, som tar beslutning om hvor, og av hvem, støttefunksjoner skal utføres på det enkelte sykehjemmet.

Sykehjemsetaten bekrefter også i en epost til oss at det er muligheter for det enkelte kommunale sykehjemmet å ta beslutninger om outsourcing.

*«Da må sykehjemmet imidlertid imøtekomme alle de krav som stilles når det gjelder konkurranseutsetting av tjenester med egne ansatte. I tillegg må man «stå alene» om at vedtaket er nødvendig.»*

(Epost fra en ansatt i Sykehjemsetaten)

Vi tror det kan påvirke institusjonssjefene til å følge Sykehjemsetatens mal. Utsagnet fra Sykehjemsetaten tyder på at det er tungvint for de kommunale sykehjemmene å sette ut tjenester til eksterne leverandører.

*«De kommunale sykehjemmene må kjøpe kjøkkentjenestene av en av de store produksjonskjøkkene i Sykehjemsetaten, dersom de ikke ønsker å lage maten selv.»*

(Epost fra en ansatt i Sykehjemsetaten)

Det viser at de kommunale sykehjemmene har begrensninger når det gjelder hvilke tjenester de kan sette ut.

En av hovedoppgavene til Sykehjemsetaten er å sikre god ressursutnyttelse i hele virksomheten (Sykehjemsetaten Årsberetning 2009, side 5). Et ønske er blant annet å oppnå innsparinger gjennom å sentralisere støttefunksjonene (Sykehjemsetaten Årsberetning 2009, side 11). Gjennom sentraliseringen ønsker Sykehjemsetaten å oppnå større likhet mellom de kommunale sykehjemmene når det gjelder kvalitet på tjenestene, sier daglig leder på «kommunalt sykehjem 2».

Sykehjemsetaten startet derfor i 2008 et prosjekt som de kalte *Mulighetsrom*. I prosjektet var det et delprosjekt med hensikt å samordne tjenester og funksjoner.

Prosjekt *Mulighetsrom* har resultert i mindre delegering av myndighet til hvert enkelt sykehjem. Tjenesten som så langt er samordnet er kjøkkentjenesten. I tillegg er det et

framtidig ønske om å samordne flere tjenester, blant annet vaktmestertjenester, som i følge institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» er neste steg.

Før lagde hvert sykehjem maten selv. I dag lager to kommunale sykehjem med storkjøkken mat til nesten alle kommunale sykehjem. Det har bidratt til at sykehjemmene har klart å oppnå besparelser. På Solvang storkjøkken klarer de i dag å servere 1200 personer med ni ansatte. Tidligere var det institusjoner som forsynte 100 personer med hjelp av fem ansatte (Kommunerevisjonen 2009, side 22- 24).

Det er i tillegg fire små produksjonskjøkken på fire forskjellige sykehjem. Hvis ikke et sykehjem har eget produksjonskjøkken, skal det etter reglene kjøpe mat av etatens storkjøkken. Avvik kan aksepteres i noen veldig få tilfeller, for eksempel hvis storkjøkkenet ikke har kapasitet, skriver en ansatt i Sykehjemsetaten i en epost til oss.

I tabell 6 ser vi de forventede besparelsene ved samlokalisering av tjenester. Hva de reelle tallene er så langt for innsparingen, har vi dessverre ikke fått vite. Sykehjemsetaten skriver i en epost til oss at for å finne hvilke besparelser som er gjort, må en inn i hvert enkelt sykehjem å granske.

Tabell 6 viser byrådets estimat av innsparinger i henhold til effektiviseringstiltakene vi nevnte tidligere.

| <b><u>Forventede besparelser på grunn av sammenstilling av tjenester</u></b> |                      |
|--|----------------------|
| <b>Kommunale sykehjem</b>  |                      |
| Effektivisering av kjøkkendrift  | 5 000 000 per halvår |
| Endringer i avtaler med konkurranseutsatte sykehjem                          | 10 000 000           |
| Samordne vaktmestertjenester og avslutte avtaler                             | 800 000              |
| Innkjøpseffektivisering  | 2 000 000            |
| Nye avtaler for nettleie   | 800 000              |

**Tabell 6: Forventede besparelser på grunn av sammenstilling av tjenester 2009**  
(Kommunerevisjonen 2009, side 22)

Vi ser at stordriftsfordeler for kjøkkendrift er den desidert største innsparingsmuligheten i samorganiseringen for de kommunale sykehjemmene.

Når det gjelder «kommunalt sykehjem 1» og «kommunalt sykehjem 2», har de altså ikke beslutningsmyndighet med hensyn til hvem de skal kjøpe mat fra, dersom de ikke velger å lage maten selv.

I tillegg til kjøkkentjenestene har Sykehjemsetaten også jobbet for å samordne vaskeri- og vaktmestertjenestene, noe de mente ville føre til både besparelser og høyere kvalitet (Kommunerevisjonen 2009, side 22- 23). Vaktmestertjenesten er ifølge institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» planlagt å bli samordnet for alle sykehjemmene i 2012.

Samtidig er det inngått rammeavtaler for noen av sykehjemmenes innkjøp. De første ni månedene av 2008 ble det benyttet 148 ulike mat- og drikkeleverandører. Samlet sett kjøpte etaten varer og tjenester fra 1600 ulike leverandører i den perioden. Sjansene for å oppnå stordriftsfordeler er dermed gode (Kommunerevisjonen 2009, side 22- 23).

Kreativiteten kan hemmes ved å standardisere driften, ifølge institusjonslederen på «kommunalt sykehjem 2». På den andre siden kan en samordnet drift bidra til mer ryddighet og forutsigbarhet sier hun. Det sikrer at alle mottar den samme kvaliteten, samtidig som det er store muligheter for å oppnå stordriftsfordeler.

Sykehjemsetaten skriver i en epost til oss at forskjellen mellom private og kommunale sykehjem handler mye om at de private aktørene har større fleksibilitet i støttefunksjonene.

Det er et skille mellom de kommunale og de private sykehjemmene. Når en privat aktør vinner en anbudsrunde må det være fastsatt i kontrakten med Oslo kommune hvilke tjenester som skal settes ut, og til hvem (epost fra daglig leder på «privat sykehjem 2»). Til tross for det har private sykehjem en større valgmulighet enn de kommunale sykehjemmene om hvorvidt støttefunksjoner skal settes ut til eksterne underleverandører, eller ikke *før* kontrakten er vunnet.

Daglig leder på «privat sykehjem 2» skriver også til oss at «store ting» må være fastsatt i kontrakten med Oslo kommune før kontraktsinngåelsen. Det er også en gråson med muligheter til noen forandringer, også etter at kontrakten er inngått. Eventuelle endringer som skjer etter hvert, må imidlertid godkjennes av Sykehjemsetaten.

Det som private sykehjem må passe på dersom endringer om outsourcing av støttefunksjoner skjer etter kontraktsinngåelse med kommunen, er at de må tilby jobb til ansatte som eventuelt rammes. Samtidig skal antall stillinger under hele perioden være omtrent lik (epost fra daglig leder på «privat sykehjem 2»).

I følge daglig leder på «privat sykehjem 2» har de private sykehjemmene (og de private aktørene) en bedre mulighet enn de kommunale sykehjemmene til å forhandle med eksterne leverandører om pris. Han sier at de private aktørene kan være mer pågående overfor en leverandør enn det kommunen kan.

Vi har ikke fått tak i noen tall men det er heller ikke noe som utelukker at de eksterne leverandørene av mat til «privat sykehjem 2» og «privat sykehjem 1» også oppnår stordriftsfordeler, ettersom de kan levere mat til mange oppdragsgivere (en av grunnene til at kommunen valgte å konkurranseutsette noen sykehjem er nettopp for å oppnå lavere pris).

Noe som bør nevnes er at «privat aktør 1» og «privat aktør 2» involverer lederne lokalt på sykehjemmene når det tas beslutninger om outsourcing eller insourcing. Det er imidlertid direktøren for sykehjemsdriften i for eksempel «privat aktør 1» som har hovedansvaret for å skrive anbud og ta beslutninger om utsetting av tjenester. Til tross for det bruker de matrisen på «privat sykehjem 1» med daglig leder på de ulike sykehjemmene, økonomiavdelingene og eventuelt teamledere til å være med i prosessen, når slike beslutninger skal tas forteller daglig leder på «privat sykehjem 1».

Det kan føre til at også personalet lokalt på sykehjemmet, som eventuelt har andre perspektiver på hva som bør settes ut til eksterne tjenesteleverandører, blir tatt med i beregningen.

På «privat sykehjem 1» ble tjenestene renhold, kjøkken, vaskeri og journalføring satt ut til eksterne underleverandører etter at «privat aktør 1» tok over driften i 2009. Grunnen til at aktøren valgte å sette ut tjenestene er at de først og fremst er gode på pleie og omsorg, og at de legger vekt på at hver aktør bør bruke sin kjernekompetanse.

I tillegg var kjøkken og vaskeri på sykehjemmet ganske nedslitt da «privat aktør 1» tok over driften av sykehjemmet. Kostnadene med å pusse opp kjøkkenet, bytte ut vaskemaskiner osv. ville vært betydelige. En kan tenke seg at det gir et større insentiv til å sette ut tjenester ettersom kontrakten med kommunen har et begrenset tidsrom, og at det dermed ikke vil lønne seg å pusse opp et kjøkken for den korte perioden.

Når det gjelder «privat sykehjem 2», kjøper de mat fra Kirkens Bymisjon. Det er samme leverandør som ble brukt før «privat aktør 2» tok over driften av sykehjemmet. Selskapet valgte å beholde samme leverandør fordi de var fornøyd med betingelsene i kontrakten.

Daglig leder på «privat sykehjem 2» forteller at han selv er med i beslutningsprosessen, om hvilke tjenester som skal settes ut. Han forteller at de valgte å sette ut kantinetjenesten, men at de samtidig valgte å ta tilbake vaskeritjenesten som tidligere var outsourcet, ettersom det ble billigere for sykehjemmet. Blodprøvetaking er en annen tjeneste som tidligere var satt ut til en ekstern leverandør, men som de valgte å insource da «privat aktør 2» tok over driften av sykehjemmet.

Daglig leder på «privat sykehjem 2» forteller også at hvis de velger å sette ut tjenester til eksterne leverandører, må personalet som tidligere utførte tjenesten over i en annen stilling. Da kantinetjenesten på «privat sykehjem 2» ble satt ut flyttet de det ene årsverket til vaskeri og renhold. Det skal sikre at personell som «privat aktør 2» overtar gjennom kontraktsinngåelse fra forrige drifter, ikke mister jobben ved konkurranseutsetting.

På samme måte som daglig leder har mulighet til å påvirke beslutningen om hvorvidt en tjeneste skal settes ut eller ikke, kan han også være med på å påvirke det motsatte. Da «privat aktør 2» tok over driften av «privat sykehjem 2» besluttet de at vaskeritjenesten skal skjøttes av egne ansatte. De så en mulighet for å spare penger på den måten. Slike beslutninger krever dyp innsikt i hvordan tjenestene utføres. Det fordrer at personalet lokalt på sykehjemmene blir involvert i problemstillingen.

*«Private aktører er nok flinkere til å se på hvilke områder de kan benytte outsourcing til å spare tid og penger, og således drive med det de er flinkest til, nemlig pleie og omsorg.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Vi ser at det er fordeler med å samordne støttefunksjoner i de kommunale sykehjemmene i form av stordriftsfordeler, og i form av større likhet i kvaliteten på tjenestene som tilbys på sykehjemmene. Noen av fordelene med outsourcing kan dermed også komme ved sentralisering av støttefunksjonene.

Likheten mellom de kommunale og de private sykehjemmene er også at de kommunale sykehjemmene *kan* bestemme om de vil sette ut noen tjenester til eksterne leverandører. Ut fra

de uttalelsene vi har notert oss fra Sykehjemsetaten og fra de forskjellige lederne, framgår det at de private sykehjemmene oppnår større fleksibilitet i støttefunksjonene til sykehjemmet.

En annen forskjell mellom de kommunale og de private sykehjemmene, er muligheten til å påvirke hvilke tjenester som skal settes ut til eksterne leverandører lokalt på sykehjemmet. Muligheten ser ut til å være betydelig mindre på de kommunale sykehjemmene, og det vitner om en forskjell i «flathet» versus «hierarki» mellom private og kommunale sykehjem.

## 15. Hjemideologien

Som tidligere nevnt er en ting som skiller de to driftsfilosofiene *fagorientert* og *brukerorientert* fra hverandre at *hjemideologien* gjør seg mer gjeldende i den brukerorienterte modellen enn i den fagorienterte. Tanken er at sykehjemmet ikke først og fremst er en arbeidsplass for de ansatte, men et hjem for beboerne. Målet er å involvere beboerne i størst mulig grad i alt det personalet gjør, eller å gjøre det i fysisk nærhet til beboerne. Samtidig ønsker en å skape så mye hjemmefølelse som mulig (Dahl og Gullikstad 2002, side 65).

Vi har valgt å se på to variabler som kan fungere som indikatorer på i hvor stor grad en slutter seg til *hjemideologien*:

Det er om de ansatte spiser sammen med beboerne, i stede for kun å være til stede som assistanse under måltidene. Grunnen til at vi fant variabelen interessant å se nærmere på, er en undersøkelse fra Høgskolen i Østfold utført på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2010. Her kommer det fram at 25 prosent av beboerne ikke ser fram til måltidene, og at 33 prosent heller velger å spise alene enn i felleskap med de andre (Halvorsen, 2010).

Måltidene er viktige for pasientene av mange grunner, mener Helsedirektoratet da måltidsmiljøet i stor grad påvirker trivselen for beboerne (Helsedirektoratet, 2011). De aller eldste i befolkningen som gjerne befinner seg på sykehjem er den gruppen som oftest er utsatt

for undernæring. Noe som gjør at hvordan måltidene serveres blir enda viktigere (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2010).

## 15.1. Våre funn

Vi oppdaget at alle sykehjemmene vi besøkte etterstreber seg til å få sykehjemmet å føles som et ordentlig hjem for beboerne, likevel noe forskjellig. Grunnen til at vi valgte å belyse *hjemideologi*, er vår antakelse om at brukertilfredsheten øker jo mer beboerne opplever sykehjemmet som et riktig hjem.

De funnene vi gjorde i løpet av våre sykehjemsbesøk er at det er en uttalt praksis om at de ansatte på «privat sykehjem 2» skal være både til assistanse under måltidene, men også at de selv skal sitte ned å spise litt sammen med beboerne. Det for at måltidene skal føles som en naturlig setting for beboerne, og at *hjemideologien* skal bidra til nærhet mellom de ansatte og beboere. Når det gjelder «privat sykehjem 1» og de to kommunale sykehjemmene får vi vite at det ikke er noe i veien for at de ansatte kan spise litt sammen med beboerne, men det er heller ingen policy at det skal forekomme selv om det skjer. Ett av svarene fra de kommunale sykehjemmene var:

*«Vi kan ikke tvinge de ansatte til å spise sammen med beboerne.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

I de tre sistnevnte sykehjemmene er de ansatte med i stede som en assistanse under måltidene, i den grad beboerne trenger det. Vi finner ikke noen forskjell mellom de private og de kommunale sykehjemmene, men vi finner forskjell mellom ett av de private sykehjemmene, og de resterende tre sykehjemmene.

En annen forskjell vi fant er at det er en regel på «privat sykehjem 2» om at de ansatte ikke har lov til å snakke sammen i nærheten av beboerne på stuen der de sitter, uten å inkludere de i samtalen.



På de øvrige sykehjemmene fikk vi svaret at det ikke er en slik regel for de ansatte, men at det heller ikke er noe behov for det ettersom det er underforstått i jobben med beboerne på sykehjemmet. Hvorvidt det har noe å si i praksis blir dermed vanskelig for oss å svare på. Vi kan bare konstatere den forskjellen vi har nevnt. Noe vi likevel kan anta er at en slik uttalt regel i større grad sikrer at de ansatte følger det i praksis, og at det gjør de mer oppmerksomme enn om en uten regelen stoler på at de ansatte gjør det.

Vi ser at «privat sykehjem 2» i størst grad av de fire sykehjemmene slutter seg til den *brukerorienterte driftsfilosofien ved hjemideologien* i forhold til de variablene vi har valgt å se på i sammenhengen. Samtidig ga alle sykehjemslederne uttrykk for at de ønsker at beboerne i størst mulig grad skal oppleve sykehjemmet som et hjem, og at det ikke er behov for regler for noe som personalet bør skjønne uansett.

Samtidig er en slik regel om at personalet ikke har lov til å samtale i beboernes nærhet uten å inkludere de i samtalen en faktor som kan øke brukertilfredsheten, uten at det kreves større økonomiske midler for å få det til.

## **16. Team versus avdeling**

Vi ønsker å se på forskjellene mellom å jobbe i team og å jobbe i avdeling. Har det noe å si for flathet versus hierarki i sykehjemmene i oppgaven vår?

De kommunale sykehjemmene organiserer seg i avdelinger mens de private sykehjemmene organiserer seg i team.

## 16.1. Teori

Arbeidsgrupper måler produktivitet ut fra individuelle arbeidsgrupper. En arbeidsgruppe kommer sammen for å dele informasjon, perspektiver, innsikt og ta beslutninger. Det hjelper den enkelte til å gjøre jobben sin bedre. Individuelt ansvar og mål er alltid i fokus, i motsetning til i team, der de kollektive arbeidsproduktene samlet er større enn alle de individuelle arbeidsproduktene til sammen (Katzenbach og Smith, 1993).

En effektiv arbeidsgruppe, i likhet med et team, er best tjent med et klart formål og felles forståelse for hvordan prestasjonene vil bli evaluert. Arbeidsgrupper trives best i hierarkiet, der individuell ansvarlighet teller mest (Katzenbach og Smith, 1993).

En definisjon av team er:

*«Et mindre antall mennesker med komplementære ferdigheter, som er forpliktet til en felles hensikt, felles resultatmål og felles tilnærming og har gjensidige forpliktelser.»*

(Katzenbach og Smith, 1993)

De to vanligste formene er *funksjonelle* og *kryssfunksjonelle* team.

I *funksjonelle* team utfører en oppgaver som er noe spesialisert, men som fortsatt er en del av den samme grunnfunksjonen. Teamet opererer gjerne over en lengre tidsperiode, og medlemskapet er stabilt. I et funksjonelt team kan medlemmene være med i beslutningsprosesser og komme med innspill. Lederskapet er vanligvis underlagt en formell leder (Yukl 2008, side 338).

I *kryssfunksjonelle* team er medlemmene ofte representanter for de forskjellige underenhetene som er involvert i prosjektet. Kryssfunksjonelle team blir stadig oftere brukt i organisasjoner, for å forbedre koordinasjon av uavhengige aktiviteter (Yukl 2008, side 338- 339). Teamet kan også bestå av eksterne leverandører, kunder eller samarbeidspartnere. Fordeler med kryssfunksjonelle team er at de gir mer fleksibel drift og en effektiv utnyttelse av personalressurser. Samtidig opprettholdes funksjonell ekspertise innen teamet, ettersom medlemmene fortsatt er i kontakt med sin funksjonelle underenhet i organisasjonen. Ved riktig sammensetting av teamet vil ekspertisen være høyere enn ledelsens, og det kan tas beslutninger på viktige områder internt i teamet. Det kan også hjelpe medlemmene til å se

problemer og utfordringer fra andre perspektiver. Medlemmene kan måtte lære seg nye ferdigheter, og få nye erfaringer, som kan innlemmes i deres daglige jobber (Yukl 2008, side 338- 339).

I mange organisasjoner kan team ta beslutninger som tidligere ble tatt på ledernivå.

Fordeler og ulemper ved teamarbeid er i hovedsak:

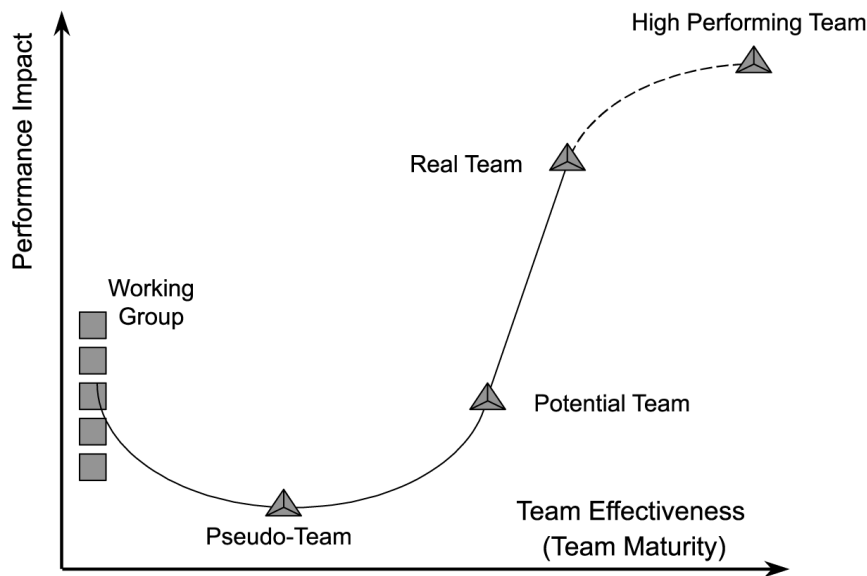
*Fordeler:* Teamet skaper synergier, fostrer nye ideer og tanker, skaper oppslutning og læring.

*Ulemper:* Det tar tid å utvikle et godt fungerende team. Medlemmene kan ha ulike interesser, og konflikter kan oppstå. Faglige eller saklige konflikter kan utvikle seg til å bli personlige konflikter.

Bruk av team kan være mer et svar på prestasjonskrav i organisasjonen, enn et prinsipp i seg selv. Team er en måte å oppnå prestasjon, og kan ikke erstatte hierarkiet. Det kan imidlertid være et fint supplement, da det i det lange løp vil endre grunnleggende atferd, tenkning og verdier (Giertsen, 2007).

Det er alltid risikoer forbundet med å utvikle et team. Nøkkelen til et velfungerende team er at alle fungerer som en enhet. En riktig sammensetning av mennesker er derfor viktig. Alle kan bidra på forskjellige måter, med sin kunnskap og fagbakgrunn. Ny kunnskap og nye ferdigheter kan læres underveis. Hvert team er en individuell organisme, som utvikler seg over tid. Å skape gode team er derfor tidkrevende (Giertsen, 2007).

I figur 9 viser vi team prestasjonskurven. Den viser hvor godt et team presterer, ut fra hvilken tilnærming det har, og hvor flink teamet er til å implementere tilnærmingen (Katzenbach og Smith, 1993).



**Figur 9: Team prestasjonskurve (Katzenbach og Smith 1993)**

Den som ikke tar risiko forbundet med teamarbeid er på sitt beste et pseudo team, hevder Katzenbach og Smith (1993). Slike risikoer gjelder blant annet konflikter, levering av felles produkter, og den kollektive innsatsen som er nødvendig for å bygge felles formål, sette seg mål, og ha felles tilnærming og gjensidig tillit (Katzenbach og Smith, 1993).

Noen potensielle team som klatrer oppover på kurven vil på et eller annet tidspunkt møte hindringer. Enkelte team overviner hindringene mens andre kjører seg fast. For teamene som kjører seg fast er det viktig å holde fast ved sine mål og komme seg videre steg for steg (Katzenbach og Smith, 1993).

Teamarbeid kan være effektivt for å løse kommunikasjonsutfordringer. Et team kan generere et sterkere resultat enn det summen av individene gjør. Fordelen med teamarbeid er også at det kan løse mer komplekse oppgaver. Siden et team gjerne består av personer med ulik fagbakgrunn kan teamet bruke ulike ferdigheter og forskjellig kunnskap og kompetanse til å løse problemer som oppstår på tvers i organisasjonen. Teamarbeid er også et hjelpemiddel for å stimulere til nytenkning, skape kreativitet og innovasjon. I interaksjonen mellom menneskene i teamet oppstår nye ideer og mulighetene for nye perspektiver øker innovasjonskraften (Hackman m.fl., 2000).

Det er spesielt tre hindre som et team må overvinne:

1. De må gjøre en slik innsats at oppgaven blir fullført på en tilstrekkelig god måte.

2. De må ha tilfredsstillende ferdigheter og kunnskap til å utføre arbeidet.
3. De må iverksette strategier for oppgaveløsning som passer til det arbeidet i en gitt situasjon (Hackman m.fl., 2000).

De tre kriteriene kalles prosesskriteriene for effektivitet. Det er ikke uttømmende kriterier for hvordan et team fungerer, men de kan være nyttige når en vurderer hvordan gruppearbeidet utvikler seg, og når en skal stille diagnose på eventuelle problemer. En kan spørre seg for eksempel om et team har problemer med innsatsen, om det er manglende talent, eller om det har et strategisk problem (Hackman m.fl., 2000).

Det er i tillegg fire organisatoriske forhold som øker sannsynligheten for at teamet yter tilstrekkelig, har relevante kunnskaper og ferdigheter, og at strategiene passer:

1. En klar og tydelig retning.
2. En teamstruktur som muliggjør.
3. En støttende organisasjonskontekst.
4. Coaching av en ekspert (Hackman m.fl., 2000).

Teamets formål må være like klart som det er utfordrende. En klar retning styrer individene mot målet, og er uvurderlig i det en veier ulike strategier opp mot hverandre. Dersom retningen blir *for* klar gir det lite rom til medlemmene å gjøre seg egne tanker og å danne seg meninger. Meningsdanning er viktig for medlemmene og skaper eierskap til prosjektet. En god retning for teamet skal derfor være klar, følbart og ufullstendig (Hackman m.fl., 2000).

## **16.2. Våre funn**

Vi ønsker å se på forskjellene mellom team og avdeling, ettersom de kommunale sykehjemmene organiserer seg i avdeling og de private sykehjemmene i team.

I intervjuene med institusjonssjefene og de daglige lederne oppfatter vi et klart skille i holdningene til å jobbe i team.

På alle kommunale sykehjem er en organisert i avdeling, ettersom en følger Sykehjemsetatens standard organisasjonsstruktur.

På «kommunalt sykehjem 2» jobber en innenfor avdelingene i sårgrupper, demensgrupper, ernæringsgrupper, o.l.

*«Grupper og team jobber egentlig ikke forskjellig. Å kalle seg team viser kanskje et ønske om å være moderne eller innovativ, men endrer egentlig ikke noen ting.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Hun sier videre at de ikke kaller seg team, men at de jobber noenlunde likt.

På «kommunalt sykehjem 1» svarer institusjonssjefen på spørsmålet om forskjeller mellom team og avdeling, at det ikke er noen forskjeller på å jobbe i team eller å jobbe i avdeling.

*«Alle er ansatt i Oslo kommune, ikke på bestemt avdeling. En del faste ansatte på avdeling danner team.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

De jobber også i sårgrupper, demensgrupper, ernæringsgrupper, o.l. på avdelingene.

«Privat aktør 1» er organisert i matrisestruktur på alle nivåer i organisasjonen, noe som innebærer et høyere fokus på teamarbeid, også innenfor «privat sykehjem 1».

*«Vi kaller avdelinger «team». Men jeg bruker også betegnelse avdeling ofte. Tanken bak var at vi har fokus i teamarbeid.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Daglig leder bruker ofte begrepet avdeling når hun snakker om den fysiske etasjen.

På «privat sykehjem 2» svarer daglig leder noe lignende det de gjør på de kommunale sykehjemmene.

*«Team eller avdeling er en språklig greie. Team er mer en gruppe. Avdeling er mer institusjonelt.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

På spørsmål om hva som er forskjellen mellom team og avdeling, svarer de to kommunale sykehjemmene og «privat sykehjem 2» noenlunde likt.

Vi ser likevel at det i utgangspunktet ut fra teorien kan være noen vesensforskjeller mellom å jobbe i team eller avdeling (arbeidsgruppe). Gjennom et team kan en oppnå bedre resultater, og samtidig stimulere til nytenkning og innovasjon. En kan i vår sammenheng også forestille seg at noe av det institusjonelle «brytes ned», og at det skapes nye ideer og perspektiver ved å jobbe i team.

Vi kan i vårt tilfelle se på teamarbeid som en måte å tilnærme seg en flat struktur, og en brukerorientert filosofi der «alle gjør alt». Det fordi teamarbeid skaper synergier som er vanskelige å få til i hierarkiet, der individuell ansvarlighet teller mer.

Avdelinger (arbeidsgrupper) vil vi plassere nærmere en hierarkisk organisasjonsstruktur, og fagorientert driftsfilosofi med «rett person på rett plass», der grensene mellom stillingene er større enn i den brukerorienterte filosofien.

Vi kan i så fall si at de private sykehjemmene nærmer seg en brukerorientert filosofi i større grad, selv om «privat sykehjem 1» skiller seg mer ut i det henseende enn «privat sykehjem 2». «Privat sykehjem 2» oppfatter vi å være nærmere de kommunale sykehjemmene, selv om en her også jobber i team. Det ut fra intervjuene, og det som daglig leder gir uttrykk for. Det må også sies at «privat sykehjem 2» er det sykehjemmet som har størst fokus på flat struktur, og det sykehjemmet som vi oppfatter i flere henseender i oppgaven vår å være nærmere en brukerorientert driftsfilosofi enn de andre.

Team innebærer en åpen og fleksibel struktur, der grensene mellom stillingskategoriene og de ansatte på ulike nivåer i organisasjonen er mindre enn i en hierarkisk struktur med avdelinger. Vi oppfatter at team kan være en nytenkende og løsningsorientert arbeidsform, som trives best i flat struktur.

## **17. Sammenligning av kostnader for private og kommunale sykehjem**

Vi har videre valgt å sammenligne kostnadene mellom de private og de kommunale sykehjemmene i oppgaven vår. Hvis vi finner forskjeller mener vi det kan være interessant å drøfte mulige forklaringer. Det forteller oss noe om hvorvidt det er forskjeller i hvordan sykehjemmene prioriterer og utnytter sine resurser.

Vi kommer i utgangspunkt til å fokusere på hvorvidt det er tydelige forskjeller i lønnskostnader mellom sykehjemmene. Lønn er den største utgiftsposten i sykehjem, som er en personalintensiv bransje.

Det føres regnskap over driftskostnadene for hvert sykehjem, og ved hjelp av regnskapstallene lager Sykehjemsetaten hvert år en sammenligning mellom sykehjemmene i Oslo. Sammenligningene inkluderer både kommunalt, privat og ideelt drevne sykehjem (Sykehjemsetaten Rapport kostnadstall, 2010).

Kostnadssammenligningene som lages sender Sykehjemsetaten så over til Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. Sammenligningen inneholder blant annet kommentarer og analyser av tallene de har kommet fram til (Sykehjemsetaten Årsberetning 2010, side 10). Vi baserer oss videre på tall fra 2010, ettersom tall fra 2011 ikke er tilgjengelig i skrivende stund.

Noen av de faktorene som Sykehjemsetaten fant i sammenligningen, og som er med å påvirke det enkelte sykehjemmets kostnadsbilde er:

- Hvor nye og funksjonelle lokaler sykehjemmet har. Det er i sin tur med på å påvirke hvor effektivt arbeidet på sykehjemmet kan foregå, både når det gjelder den daglige pleien, men også i forbindelse med støttefunksjoner og administrative kostnader. Blant annet forteller daglig leder på «privat sykehjem 1» at deres driftskostnader er høye på grunn av at bygget er gammelt og mindre funksjonelt.



- Hvor mange forskjellige typer beboere sykehjemmet har, viser seg også å spille en viktig rolle for kostnadsbildet. (En skiller for eksempel mellom korttidsplasser, langtidsplasser, rehabiliteringsplasser, m.m.).
- Hvilken type kunnskap og kompetanse personalet har.
- Beboernes turnover har vist seg å påvirke sykehjemmets kostnader. Høy turnover gir høyere kostnader.
- Høy turnover blant personalet gir også høyere kostnader (Sykehjemsetaten Årsberetning 2010, side 10).
- Sammenligningen viste også til en lavere gjennomsnittskostnad per pasient jo flere plasser sykehjemmet har. Det kan forklares med at sykehjemmet har flere pasienter å fordele de faste kostnadene på, samtidig som det gir større muligheter for å oppnå stordriftsfordeler med flere beboere på sykehjemmet (Sykehjemsetaten Administrasjonen 2010, side 2).

I tabell 7 ser vi den gjennomsnittlige forskjellen i kostnader mellom private og kommunale sykehjem i 2010.

| Sammenligning av kostnader 2010 for sykehjem i Oslo |                             |                              |  |
|---|-----------------------------|------------------------------|--|
|   | <i>Antall institusjoner</i> | <i>Antal vektete plasser</i> | <i>Gjennomsnittlig kostnad per pasient</i> |
| <i>Kommunale</i>                                    | 28                          | 3197                         | 661000                                     |
| <i>Private</i>                                      | 8                           | 951                          | 570000                                     |
| <i>Forskjell</i>                                    |                             |                              | 91000                                      |

**Tabell 7: Sammenligninger av kostnader 2010 for sykehjem i Oslo (Sykehjemsetaten Administrasjonen 2010, side 2).**

I tabellen ser vi forskjellen i gjennomsnittlige kostnader per beboer på de kommunale og de private sykehjemmene i 2010, etter Sykehjemsetatens beregninger. Vi ser at en sykehjemsplass på et privat sykehjem i gjennomsnitt koster 91 000 kr. mindre per beboer per år, enn et kommunalt sykehjem. Det viser at gjennomsnittskostnadene per pasient i de privat drevne sykehjemmene kun er 86, 2 prosent av kostnaden per beboer i et kommunalt sykehjem.

«Kommunalt sykehjem 1» har en trygghetsavdeling. Det medfører noe høyere administrative kostnader for sykehjemmet. Når Sykehjemsetaten utarbeidet denne sammenligning prøvde de å holde slike kostnader utenfor. Det kan likevel ha hatt en liten innvirkning på de endelige tallene, ettersom en ikke med sikkerhet vet om en har klart å isolere disse kostnadene (Sykehjemsetaten Administrasjonen 2010, side 2).

En har i tabell 8 brukt antall vektete plasser på sykehjemmene, ettersom de forskjellige sykehjemmene har beboere med noe forskjellig sykdomsbilde. For å få sammenlignbare tall har en gjort om antall pasienter i oversikten fra uvektet (reelt antall pasienter) til vektet, fordi forskjellige type pasienter krever forskjellige mengder ressurser.

| <b>"Privat sykehjem 1"</b>           |            |
|--------------------------------------|------------|
| <b>Utgifter/ kostnader i 1000 kr</b> |            |
| Sum plasser uvektet                  | 197        |
| Sum plasser vektet                   | 164,17     |
| Lønnsutgifter                        | 89,719     |
| Arbeidsgiveravgift                   | 0          |
| Pensjonsavgift                       | 0          |
| Adm. kost                            | 0          |
| FDV, utstyr og vedlikehold           | 1,879      |
| Utgift etter driftsavtale            | 23         |
| Sum utgifter                         | 91,621     |
| Diverse inntekter og overføringer    | -588       |
| Refusjon sykepenges                  | 0          |
| Sum inntekter                        | -588       |
| Netto utgifter                       | 91,033     |
| <b>Kostnad per vektet plass 2010</b> | <b>555</b> |

| <b>"Kommunalt sykehjem 1"</b>        |            |
|--------------------------------------|------------|
| <b>Utgifter/ kostnader i 1000 kr</b> |            |
| Sum plasser uvektet                  | 195        |
| Sum plasser vektet                   | 160,1      |
| Lønnsutgifter                        | 82,134     |
| Arbeidsgiveravgift                   | 12,565     |
| Pensjonsavgift                       | 8,748      |
| Adm. kost                            | 1,213      |
| FDV, utstyr og vedlikehold           | 3,935      |
| Andre driftsutgifter                 | 14,827     |
| Sum utgifter                         | 123,422    |
| Diverse inntekter og overføringer    | -2,332     |
| Refusjon sykepenges                  | -5,005     |
| Sum inntekter                        | -7,337     |
| Netto utgifter                       | 116,085    |
| <b>Kostnad per vektet plass 2010</b> | <b>725</b> |

| <b>"Privat sykehjem 2"</b>           |            |
|--------------------------------------|------------|
| <b>Utgifter/ kostnader i 1000 kr</b> |            |
| Sum plasser vektet                   | 94,16      |
| Lønnsutgifter                        | 52,332     |
| Arbeidsgiveravgift                   | 0          |
| Pensjonsavgift                       | 0          |
| Adm. kost                            | 0          |
| FDV, utstyr og vedlikehold           | 2,145      |
| Utgift etter driftsavtale            | 11         |
| Sum utgifter                         | 54,488     |
| Diverse inntekter og overføringer    | -1,413     |
| Refusjon sykepenges                  | 0          |
| Sum inntekter                        | -1,413     |
| Netto utgifter                       | 53,075     |
| <b>Kostnad per vektet plass 2010</b> | <b>564</b> |

| <b>"Kommunalt sykehjem 2"</b>        |            |
|--------------------------------------|------------|
| <b>Utgifter/ kostnader i 1000 kr</b> |            |
| Sum plasser uvektet                  | 145        |
| Sum plasser vektet                   | 113,79     |
| Lønnsutgifter                        | 52,136     |
| Arbeidsgiveravgift                   | 7,768      |
| Pensjonsavgift                       | 5,321      |
| Adm. kost                            | 776        |
| FDV, utstyr og vedlikehold           | 1,826      |
| Andre driftsutgifter                 | 6,577      |
| Sum utgifter                         | 74,404     |
| Diverse inntekter og overføringer    | -919       |
| Refusjon sykepenges                  | -2,677     |
| Sum inntekter                        | -3,596     |
| Netto utgifter                       | 70,808     |
| <b>Kostnad per vektet plass 2010</b> | <b>622</b> |

Tabell 8: Kostnader på de enkelte sykehjem (Sykehjemsetaten Administrasjonen, 2010)

I sammenligningen som Sykehjemsetaten har gjort er driftskostnadene noe forskjellig mellom de kommunale og de private sykehjemmene. Posten driftskostnader er lavere i de private sykehjemmenes oppstillinger. Grunnen til det er at kostnadene settes opp forskjellig, ut i fra om sykehjemmet er privat eller kommunalt.

De private aktørene har ikke festet i kontrakten med Sykehjemsetaten hvor mye kostnader som skal gå til drift, utover kostnader til bygg. Derfor er driftskostnadene i de private sykehjemmenes oppstilling kun basert på hva de betaler for lokaler og bygg, forteller en ansatt i Sykehjemsetaten. De resterende driftskostnader, lønnsutbetalinger, arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader m.m. er inkludert i posten lønn. Det er grunnen til at postene arbeidsgiveravgift, pensjonsavgift og administrative kostnader er kr 0 i de private sykehjemmenes oppstillinger, får vi vite i en samtale med en ansatt i Sykehjemsetaten.

Den ansatte i Sykehjemsetaten forteller også at ca. 85 prosent av de private sykehjemmenes totale kostnader skal være lønnsutgifter (inkludert arbeidsgiveravgift, administrative kostnader og pensjonskostnader).

Vi sammenligner derfor de kommunale sykehjemmenes totale lønnskostnader (lønn, arbeidsgiveravgift, pensjonskostnader og administrative kostnader) med 85 prosent av de private sykehjemmenes totale kostnader, ettersom det gir oss sammenlignbare tall.

Tabell 9 viser den gjennomsnittlige kostnaden i forbindelse med lønn, per pasient per år på sykehjemmene. Vi ser at begge de private sykehjemmene har oppnådd lavere lønnskostnader per beboer (vektet plass) per år, enn begge de kommunale.

| <i>Sammenligning av lønnskostnader per pasient per år</i> |                            |                            |                               |                               |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|   | <i>”Privat sykehjem 2”</i> | <i>”Privat sykehjem 1”</i> | <i>”Kommunalt sykehjem 2”</i> | <i>”Kommunalt sykehjem 1”</i> |
| <i>Lønn</i>   | -                          | -                          | 52 136 000                    | 82 134 000                    |
| <i>Arbeidsgiveravgift</i>                                 | -                          | -                          | 7 768 000                     | 12 565 000                    |
| <i>Pensjon</i>  | -                          | -                          | 5 321 000                     | 8 748 000                     |
| <i>Administrative kostnader</i>                           | -                          | -                          | 776 000                       | 1 213 000                     |
| <i>Total lønn</i>   | 46 314 800                 | 77 877 850                 | 66 001 000                    | 104 660 000                   |
| <i>Vektet antall plasser per pasient</i>                  | 94,16                      | 164,17                     | 113,79                        | 160,1                         |
| <i>Lønnskostnader per pasient/ år</i>                     | 491 873,407                | 474 373,211                | 580 024,607                   | 653 716,427                   |

**Tabell 9: Lønnskostnader for samtlige sykehjem (Sykehjemsetaten Administrasjonen, 2010)**

«Privat sykehjem 1» er sykehjemmet som betaler ut minst lønn per pasient, og «kommunalt sykehjem 1» er det sykehjemmet som betaler ut mest lønn per pasient. Mellom de to sykehjemmene skiller det 179 343 kr. per pasient per år.

De lavere lønnskostnadene i de private sykehjemmene er også den største årsaken til at kostnadene per plass totalt sett er lavere på de private sykehjemmene enn på de kommunale, noe vi ser i tabell 8.

## **17.1. Våre funn**

Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» sier at lønnsnivået i de private sykehjemmene nok mange ganger er lavere enn i de kommunale.

«Noe skal de jo tjene penger på.»

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

Også etter samtale med daglig leder på «privat sykehjem 2» får vi bekreftet at de private sykehjemmene generelt sett betaler ut lavere lønninger og lavere pensjon, enn hva de kommunale sykehjemmene gjør. Daglig leder på «privat sykehjem 2» nevnte at en sykepleierlønn kan være rundt 30 000 kroner lavere per år, og kanskje enda lavere i et privat sykehjem enn i et kommunalt.

*«Det påstås at den mest sannsynlige besparelsen kan hentes ved at det er forskjeller i lønns- og arbeidsvilkårene for de private og offentlige. Stort sett går dette på pensjon.»*

(Epost fra Sykehjemsetaten)

Som vi har sett tidligere har Sykehjemsetaten konkludert med forskjellige faktorer som påvirker kostnadene på sykehjemmene. Hvis vi begrenser oss til å se på lønnskostnadene er det interessant å se på hvorvidt det er andre medvirkende faktorer enn *nivået* på lønningene som fører til at de private sykehjemmene har lavere lønnsutgifter i forhold til de tjenestene de leverer.

*«Personalet i de private sykehjemmene har høyere krav på seg enn i de kommunale sykehjemmene. I de private sykehjemmene har man fokus på ansvarliggjøring av den enkelte medarbeider, man følger opp mer om hvor vidt den enkelte ansatte klarer å gjøre jobben sin. Mange opplever at det er mer ansvar her enn i de kommunale. Samtidig er det i de private sykehjemmene mye mer kultur for å avskjedige de som ikke gjør jobben sin på en tilfredsstillende måte.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Også daglig leder på «privat sykehjem 2» henviser til at det finnes en annen kultur i de private sykehjemmene enn i de kommunale når det gjelder avskjedigelser av personell, til tross for at de må forholde seg til samme lovene. Kulturen innebærer at en i større grad aktivt finner gode nok grunner til å avskjedige en ansatt som ikke presterer godt nok.

*«Loven er lik for private og kommunale sykehjem, men de private har en tradisjon for å se folk i øynene å si; sorry, du har ikke gjort en god nok jobb. De ansatte kan få både skriftlige og muntlige advarsler. Når «privat aktør 2» tok over har noen blitt sagt opp, mens andre har blitt omplassert til mer kliniske stillinger, grunnet mye «trykk» ute i avdelingene.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Ut fra uttalelser fra de daglige lederne ser det ut som at de private sykehjemmene i større grad enn de kommunale fokuserer på å avskjedige eller omplassere de ansatte som ikke presterer godt nok (det utelukker naturligvis ikke at ansatte på kommunale sykehjem også kan miste jobben, men det ser ut som at dette er et mer vanlig forekommende i de private sykehjemmene).

En kan også tenke seg at prestasjonene øker hvis en ikke sitter like trygt i stillingen sin.

*«Det er viktig at beboerne føler seg sett, derfor kan jeg leie in kulturmedarbeider som tar med den enkelte beboer på aktiviteter. Jeg leier også inn en arbeider ekstra på f.eks. farsdag for å servere de besøkende. Individuell tilpasning er bra for kvaliteten på tjenestene, men det koster. Derfor må jeg være beinhard på det andre. Eksempelvis at vi ikke sløser bort tid på mertid og overtid.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Det viser til et stort fokus på hvilke kostnader som prioriteres i de private sykehjemmene.

*«Det er også en kultur i de private sykehjemmene at daglig leder prøver å være ute i avdelingene så mye som mulig. I de private sykehjemmene blir hver og enkelt mer synlig.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

At de daglige lederne prøver å være ute i avdelingen, kan en tenke seg medfører at de kan kartlegge om arbeidet gjøres tilfredsstillende.

Vi har nå fått konstatert at de private sykehjemmene betaler ut lavere lønninger per pasient enn de kommunale.

En mulig forklaring til de lavere lønnskostnadene per beboer i de private sykehjemmene, er at de stiller høyere krav til bemanningen enn i de kommunale sykehjemmene, sånn at hver enkelt ansatt presterer mer enn om det for eksempel hadde vært vanskeligere å miste jobben.

At de private sykehjemmene har lavere lønnskostnader kan også tyde på at de private sykehjemmene bruker bemanningen på en annen måte enn de kommunale, noe som kan bidra til at de private sykehjemmene klarer seg med mindre personell/ mindre fagutdannet

bemanning, slik at det kan være forskjell i hvordan bemanningsstrukturen ser ut per beboer på private versus kommunale sykehjem.

Vi vil derfor starte med å undersøke hvorvidt det er forskjeller i bemanningsstrukturen per pasient.

Sparte kostnader på lønn kan dels gå til profitt for de private aktørene. Det kan også brukes til å finansiere ulike tiltak, som for eksempel kulturbegivenheter, som i sin tur kan være med på å høyne brukertilfredsheten hos beboerne.

## 18. Bemanning

*«Før opprettelsen av Sykehjemsetaten hadde noen sykehjem veldig høy bemanning, og noen betydelig lavere. Ved opprettelsen av Sykehjemsetaten ønsket man derfor blant annet å minske forskjellen i bemanningen mellom sykehjemmene.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Etter opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2007 ble det gjennomført en kartlegging av bemanningen, både i antall årsverk og i kompetansen til de ansatte på de forskjellige sykehjemmene i Oslo (Kommunerevisjonen 2009, side 40). Gjennom et prosjekt som ble startet av Sykehjemsetaten (prosjektet *Bemanning*) har det blitt opprettet standarder for bemanningen per type sykehjems plass (Sykehjemsetaten, 2008 side 3).

*«Det skal i utgangspunktet være like tjenester for alle sykehjemsbeboere, uavhengig av om en bor på et kommunalt eller et privat sykehjem. Drift av sykehjem er styrt av en rekke lover og forskrifter som setter en del krav. Det finnes likevel ingen lov- eller forskriftskrav til hvordan bemanningen skal være på sykehjemmene, utover at det skal være lege- og sykepleierdekning. I tillegg til disse kravene har bystyret i Oslo vedtatt bemanningsnormer/ måltall for lege og fysioterapidekningen, som gjelder for alle sykehjem i Oslo, enten de er kommunale eller private.»*

(Epost fra Sykehjemsetaten)



I kontrakten mellom de private sykehjemmene og kommunen defineres likevel minimum pleiefaktor (antall sykepleiere og hjelpepleiere per pasient). Ettersom de private aktørene konkurrerer med andre sykehjem om oppdraget, må de holde seg til det minimumet. Ellers har de ingen mulighet til å vinne anbudsrunder, forteller en ansatt i Sykehjemsetaten til oss.

*«Det differensieres på plasstyper som stiller krav til pleiefaktor, delaktighet av ergoterapeut, fysioterapeut og lege. Det er også krav til betjening på natt og i helg. Alt dette er presisert i kontrakter og i underlag som brukes som kontraktsoppfølging av de private sykehjemmene.»*

(Epost fra Sykehjemsetaten)

I et intervju med daglig leder på «privat sykehjem 2» får vi vite at kontraktsoppfølgingsmøter med Sykehjemsetaten foregår fire ganger i året. Her spør de om bemanning i henhold til kontrakten, og det handler om antall fagfolk. Daglig leder forteller at de etter kontrakten lager en bemanningsplan, som har et visst antall sykepleiere på natt og på kveld. Sykehjemmet må for eksempel oppfylle kravet om å ha minimum to sykepleier på vakt på kvelden. Før har sykehjemmet brukt å ha en sykepleier på vakt på natten, pluss en erfaren hjelpepleier (som en «runner»). I kontrakten hadde sykehjemmet likevel signert på å ha *to* sykepleiere på natten, og til tross for at det ikke trenger å være noen forskjell i kompetanse eller lønnsutgifter mellom en erfaren hjelpepleier og en ung sykepleier, måtte praksisen opphøre ettersom det ikke er i henhold til kontrakten.

## **18.1. Våre funn**

Det kan være interessant å se på bemanningsoversiktene, ettersom de kan gi en indikasjon på hvilken type kompetanse som vektlegges på de forskjellige sykehjemmene, og hvor stor rolle faglig utdanning spiller. Er det noen forskjell mellom de kommunale og de private sykehjemmene i det henseende? Hvilken rolle faglig utdanning spiller forteller oss også noe om i hvilken grad sykehjemmet nærmer seg en brukerorientert eller en fagorientert driftsfilosofi.

Det er også interessant å se på forskjell i bemanningsstrukturen, da det eventuelt kan forklare noen av forskjellene i lønnskostnad mellom sykehjemmene.

Sykehjemmene i vår oppgave er i utgangspunkt noe forskjellige, ettersom de har avdelinger med noe ulike pasienter. For å få et best mulig sammenligningsgrunnlag har vi valgt å utelukke de avdelinger og team som har pasienter med diagnoser som ikke er representert på samtlige sykehjem. Det har resultert i at vi har brukt tallene fra de somatiske avdelingene (langtidsavdelingene), og de avdelingene som er lukket på grunn av pasienter med langt utviklet demens, ettersom de avdelingene er representert på samtlige sykehjem (en avdeling med demens på hvert sykehjem). Vi starter med å se på «kommunalt sykehjem 1» og dets bemanningsstruktur i tabell 10.

| <b><i>”Kommunalt sykehjem 1”</i></b> |                             |                                   |                                     |  |                     |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|
| <b><i>Avdeling</i></b>               | <b><i>Antal beboere</i></b> | <b><i>Årsverk sykepleiere</i></b> | <b><i>Årsverk hjelpepleiere</i></b> | <b><i>Årsverk pleieassistenter</i></b> | <b><i>Total</i></b> |
| <i>Avdeling 1</i>                    | 18                          | 5,45                              | 8,71                                | 0                                      | 14,164              |
| <i>Avdeling 2</i>                    | 18                          | 4,53                              | 9,90                                | 0                                      | 14,433              |
| <i>Avdeling 3</i>                    | 18                          | 3,97                              | 8,04                                | 1,72                                   | 13,726              |
| <i>Avdeling 4</i>                    | 18                          | 4,45                              | 8,47                                | 1,44                                   | 14,364              |
| <i>Avdeling 5</i>                    | 18                          | 4,15                              | 9,26                                | 1,04                                   | 14,455              |
| <i>Avdeling 6</i>                    | 18                          | 4,63                              | 12,34                               | 0                                      | 16,966              |
| <i>Sum</i>                           | 108                         | 27,18                             | 56,72                               | 4,21                                   | 88,108              |

**Tabell 10: Bemanning på «kommunalt sykehjem 1» (epost fra «kommunalt sykehjem 1»)**

Samtlige avdelingsledere på «kommunalt sykehjem 1 » og «kommunalt sykehjem 2 » har sykepleierutdanning. Vi har valgt å inkludere de i tabellene da samtlige teamledere er inkludert i bemanningsoversikten for de private sykehjemmene. Også fordi de i tillegg til en administrativ rolle skal være tilgjengelige for å veilede personalet som er ute i avdelingene.

I første omgang har avdelingslederne ansvaret for administrative oppgaver, i tillegg til veiledning av personalet ute i avdelingen i den grad det trengs.

Vi ser i tabellen at sykehjemmet i første omgang benytter seg av sykepleiere og hjelpepleiere. Det er også noen få pleieassistenter ansatt på sykehjemmet.

*«Vi har noen voksne pleiere uten formell utdanning, men disse har mye erfaring.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

Sykehjemmet holder oppe antall ansatte per beboer gjennom at de bruker et større antall sykepleiere og hjelpepleiere per beboer enn de private sykehjemmene. Vi ser at «kommunalt sykehjem 1» bruker pleieassistenter i mye mindre omfang enn de private sykehjemmene.

Vi har i tabellen inkludert nattsykepleierne som deles på hele huset gjennom å ta et gjennomsnitt av hvor stor del av de årsverkene som kommer den enkelte avdeling til gode

| <b><i>”Kommunalt sykehjem 2”</i></b> |                              |                                   |                                     |  |                     |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|
| <b><i>Avdeling</i></b>               | <b><i>Antall beboere</i></b> | <b><i>Årsverk sykepleiere</i></b> | <b><i>Årsverk hjelpepleiere</i></b> | <b><i>Årsverk pleieassistenter</i></b> | <b><i>Total</i></b> |
| <i>Avdeling 1</i>                    | 16                           | 7,5                               | 7,3                                 | 0                                      | 14,8                |
| <i>Avdeling 2</i>                    | 16                           | 3,5                               | 9,3                                 | 0                                      | 12,8                |
| <i>Avdeling 3</i>                    | 17                           | 3,5                               | 9,6                                 | 0                                      | 13,1                |
| <i>Avdeling 4</i>                    | 17                           | 3,5                               | 9,6                                 | 0                                      | 13,1                |
| <i>Avdeling 5</i>                    | 28                           | 5,5                               | 19                                  | 0                                      | 24,5                |
| <i>Sum</i>                           | 94                           | 23,5                              | 54,8                                | 0                                      | 78,3                |

**Tabell 11: Bemanning på «kommunalt sykehjem 2» (epost fra «kommunalt sykehjem 2»)**

Vi ser av tabell 11 at en på «kommunalt sykehjem 2» til forskjell fra «privat sykehjem 1» og «privat sykehjem 2» *ikke* tar i bruk noen pleieassistenter. I stede har en bemanning bestående av sykepleiere og hjelpepleiere ute i avdelingene. Også her har samtlige avdelingsledere sykepleierutdanning og er inkludert i bemanningsoversikten som hele årsverk sykepleiere.

### **"Privat sykehjem 1"**

| <b>Team</b> | <b>Antall beboere</b> | <b>Årsverk sykepleiere</b> | <b>Årsverk hjelpepleiere</b> | <b>Årsverk pleieassistenter</b> | <b>Total</b> |
|-------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Team 2      | 14                    | 1 +1*                      | 5,6                          | 2,3                             | 9,9          |
| Team3       | 27                    | 2                          | 10,8                         | 5,1                             | 17,9         |
| Team 4      | 29                    | 1+1*                       | 10                           | 5,9                             | 17,9         |
| Team 5      | 29                    | 2,3+1*                     | 10                           | 5,1                             | 18,4         |
| Team 6      | 29                    | 2+1*                       | 10                           | 4,9                             | 17,9         |
| Team 7      | 24                    | 1,8                        | 12                           | 5,1                             | 18,9         |
| Fagteam     | -                     | 14,9                       | -                            | -                               | 14,9         |
| Sum         | 152                   | 29                         | 58,4                         | 28,8                            | 116,2        |

**Tabell 12: Bemanning på «privat sykehjem 1» (epost fra «privat sykehjem 1»)**

De sykepleierne som er merket med \* i tabell 12 er de ansatte som blir ferdige med sine sykepleierutdanninger i løpet av 2011 eller i første kvartal 2012. På «privat sykehjem 1» jobber det sykepleiere, hjelpepleiere, snart ferdigutdannede sykepleiere og pleieassistenter, som tabellen viser.

På «privat sykehjem 1» (som på «privat sykehjem 2») kan både hjelpepleiere og sykepleiere bli teamledere. På de forskjellige teamene på sykehjemmet er det fem sykepleiere og tre hjelpepleiere som er teamledere, og de har en delvis administrativ delvis operativ stilling. I tabellen har teamlederne blitt inkludert som *hele* årsverk sykepleiere og hjelpepleiere, da de til tross for teamlederrollen er mye ute i avdelingene og pleier.

*«Det er ikke ansatt ufaglærte i større stillinger. Teamet inneholder flest hjelpepleiere, og i små stillinger har vi ansatt assistenter. Den tidligere aktøren hadde ansatt flere assistenter enn det som er ansatt her nå. Mange av de som den gang var assistenter, har nå blitt hjelpepleiere. I tillegg baseres nyansettelser utelukkende på fagpersoner i stedet for assistenter.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Det viser at sykehjemmet prøver å øke antall fagutdannet personell, i forhold til hva som har vært tilfelle tidligere på sykehjemmet.

Vi ser i tabell 13 at «privat sykehjem 2» i likhet med «privat sykehjem 1» ansetter både pleieassistenter, hjelpepleiere og sykepleiere.

| <b><i>”Privat sykehjem 2”</i></b> |                              |                                   |                                     |  |                     |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|
| <b><i>Team</i></b>                | <b><i>Antall beboere</i></b> | <b><i>Årsverk sykepleiere</i></b> | <b><i>Årsverk hjelpepleiere</i></b> | <b><i>Årsverk pleieassistenter</i></b> | <b><i>Total</i></b> |
| <i>Team 1</i>                     | 17                           | 3                                 | 8                                   | 2                                      | 13                  |
| <i>Team 2</i>                     | 17                           | 3                                 | 8                                   | 2                                      | 13                  |
| <i>Team 3</i>                     | 18                           | 3                                 | 8                                   | 2                                      | 13                  |
| <i>Team 4</i>                     | 14                           | 2                                 | 7                                   | 2                                      | 11                  |
| <i>Team 5</i>                     | 14                           | 2                                 | 7                                   | 2                                      | 11                  |
| <i>Team 6</i>                     | 12                           | 3                                 | 7                                   | 2                                      | 12                  |
| <i>Sum</i>                        | 92                           | 16                                | 45                                  | 12                                     | 73                  |

**Tabell 13: Bemanning på «privat sykehjem 2» (epost fra «privat sykehjem 2»)**

På «privat sykehjem 2» er fem av seks teamledere utdannet sykepleiere, mens én teamleder er utdannet hjelpepleier. Teamlederne regnes også her som på «privat sykehjem 1» som hele årsverk sykepleiere og hele årsverk hjelpepleiere. Vi velger å inkludere de i tabellen.

Vi ser også at sykehjemmet benytter seg av både sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter.

I tabell 14 har vi sammenlignet de forskjellige sykehjemmene. Her ser vi den gjennomsnittlige sykepleier-, hjelpepleier- og pleieassistentbemanningen i prosent per beboer på sykehjemmene i oppgaven.

### **Prosent årsverk per pasient**

| <b>Årsverk</b>                                    | <b>"Privat sykehjem 2"</b> | <b>"Privat sykehjem 1"</b> | <b>"Kommunalt sykehjem 2"</b> | <b>"Kommunalt sykehjem 1"</b> |
|---|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>Gjennomsnitt antall pasienter per avdeling</i> | 15,333                     | 25,333                     | 18,800                        | 18,000                        |
| <i>Prosent sykepleier/pasient</i>                 | 0,174                      | 0,191                      | 0,250                         | 0,252                         |
| <i>Prosent hjelpepleier/pasient</i>               | 0,489                      | 0,384                      | 0,583                         | 0,525                         |
| <i>Prosent pleieassistent/pasient</i>             | 0,130                      | 0,189                      | 0,000                         | 0,039                         |
| <i>Prosent total per pasient</i>                  | 0,793                      | 0,764                      | 0,833                         | 0,816                         |

**Tabell 14: Prosent årsverk per pasient**

De private sykehjemmene tar i større grad enn de kommunale i bruk pleieassistenter. De kommunale har imidlertid en høyere bemanning enn de private sykehjemmene, da de i større grad tar i bruk sykepleiere og hjelpepleiere. Totalt sett har de kommunale sykehjemmene større bemanning per pasient enn de private.

Vi har laget en oversikt i tabell 15 hvor vi har funnet ut hvor mange timer hver stillingskategori har for den enkelte pasient per år. Det for å få en oversikt over og tydeliggjøre hvordan forskjellen mellom sykehjemmene egentlig ser ut. Vi har regnet et årsverk som 1750 timer.

### Timer per pasient per år

|                         | <i>”Privat sykehjem 2”</i> | <i>”Privat sykehjem 1”</i> | <i>”Kommunalt sykehjem 2”</i> | <i>”Kommunalt sykehjem 1”</i> |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>Sykepleiere</i>      | 304,348                    | 334,250                    | 437,500                       | 440,416                       |
| <i>Hjelpepleiere</i>    | 855,978                    | 672,650                    | 1020,250                      | 919,925                       |
| <i>Pleieassistenter</i> | 227,200                    | 330,570                    | 0,000                         | 68,075                        |
| <i>Totalt</i>           | 1387,587                   | 1337,470                   | 1457,75                       | 1428,162                      |

**Tabell 15: Timer per pasient per år**

Vi ser at begge de kommunale sykehjemmene har flere sykepleiere i forhold til antall pasienter enn de private. Også når det gjelder hjelpepleiere har de kommunale sykehjemmene flere ansatte i forhold til antall pasienter enn de private. De private har i stede flere assistenter per pasient enn de kommunale.

Sammenligner en de totale antall timene per pasient per år som skiller de private fra de kommunale sykehjemmene finner en noe forskjell, men i hovedsak kan en si at de private og kommunale sykehjemmene skiller seg fra hverandre i forhold til antall ansatte med fagkompetanse med bakgrunn i utdanning.

Det viser at de kommunale sykehjemmene nærmer seg forfatterne av boken «Sykehjem i drift, privat versus kommunal organisering av tjenester» sin definisjon av den fagorienterte driftsfilosofien, mens de private i større grad nærmer seg den brukerorienterte.

På intervjuene snakket de daglige lederne noe om effektivisering og hvordan en kan drifte sykehjemmet mest mulig effektivt.

*«Da jeg startet som daglig leder gjorde jeg en tidsstudie av vaskeritjenesten for å se om det var mulighet for å kutte utgifter. Det førte til at jeg sparte en halv stilling.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Hvis lignende tidsstudier er vanligere i de private enn i de kommunale sykehjemmene, kan det være en medvirkende faktor til at de private sykehjemmene har lavere lønnskostnader, uten å komme dårligere ut i brukerundersøkelsen.

*«Det finnes mange tidsbesparelser å gjøre, og man bør jakte på slike ting. I tillegg har jeg bestemt at vi dropper den «vanlige» måten å gjøre ting på. Blant annet har jeg gjort innkjøp til en del av omsorgspakka, gjennom at de ansatte tar med seg en beboer hver gang de skal ut for å handle noe.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2» )

Det bidrar blant annet til at beboerne kommer seg ut av sykehjemmet, samtidig som den ansatte får gjort de innkjøpene som trengs. Slike løsninger kan en tenke seg bidrar til at sykehjemmet klarer seg med mindre personell, uten at det trenger å ha negative konsekvenser for brukertilfredsheten.

## **18.2. Bemanning og tjenestekvalitet**

Som vi har sett har de private sykehjemmene i oppgaven vår lavere lønnsutgifter og en mindre andel utdannet pleiepersonell per pasient enn de kommunale sykehjemmene. Derfor er det mye som tilsier at det er faktorer ved organiseringen, ledelsen, og prioriteringen av ressurser som spiller en stor rolle for tjenestekvaliteten.

Trygghet er den eneste variabelen der de kommunale sykehjemmene generelt kommer bedre ut enn de private. Det kan ha sammenheng med bemanningsstrukturen, at det er en større andel utdannet personell i de kommunale sykehjemmene. Forskjellen i brukertilfredshet mellom de kommunale og de private sykehjemmene når det gjelder trygghet er likevel marginal. Eventuelt kan beboerne føle en større trygghet med flere fagutdannede på sykehjemmet, hvilket kan øke kvaliteten beboerne opplever i sin tid på sykehjemmet.

SINTEF Sikkerhet skriver at det i blant er blitt påstått at det trengs høyere bemanning på sykehjemmene, og at det trengs en større prosentandel av faglært personell for å klare å tilby gode nok tjenester til beboerne (Steen- Hansen m.fl. 2010, side 10). I media har det også blitt vist innslag der en har satt spørsmål ved om kommunen og sykehjemmene klarer å gi de eldre den omsorgen de trenger (Paulsen m.fl. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem 2004, side 17).



Hva som skal til for å bedre kvaliteten på tjenestene, høyere bemanning eller andre organisatoriske forhold, er det imidlertid delte meninger om.

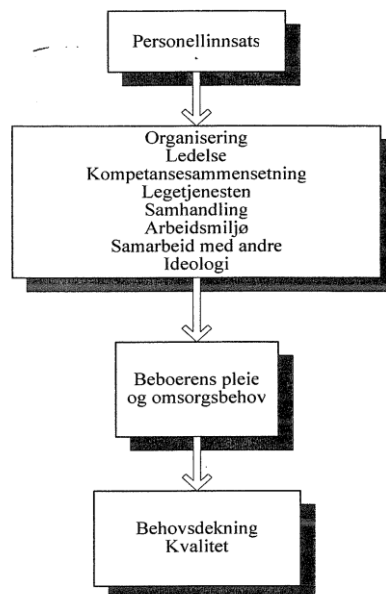
Funnene fra en av SINTEFs undersøkelser er at det er en tydelig sammenheng mellom kvalitet på tjenestene, og de ansattes *opplevelse* av bemanningen. Det som er verdt å merke seg er at det fantes mindre sammenheng mellom kvaliteten på tjenestene, og den *faktiske* bemanningen. Det er altså ikke grunnlag for å påstå at økt bemanning nødvendigvis fører til bedre kvalitet, selv om det må være et visst nivå grunnbemanning for å kunne gi beboerne det de trenger (Steen- Hansen m.fl. 2010, side 12).

Det støtter det som daglig leder på «privat sykehjem 1» hevdet under ett av våre intervjuer, nemlig at det stort sett er hva sykehjemmene får ut av de ressursene de har, som er forklaringen på hvorfor noen sykehjem kommer bedre ut i brukerundersøkelsene enn andre. Hun legger blant annet vekt på en forskjell når det gjelder hvor atskilte de forskjellige teamene/ avdelingene er på de private versus de kommunale sykehjemmene.

*«Avdelingsgrensene i de private sykehjemmene er mer utydelige. I de kommunale sykehjemmene er grensene større, slik at det blir flere små sykehjem innenfor sykehjemmet. At de private sykehjemmene avdelingsgrenser er mindre skarpe, fører til mindre motstand mot endringer. I begynnelsen etter at «privat aktør 1» tok over driften av sykehjemmet fantes det en del motstand, men dette har forsvunnet etter hvert.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Forskerne bak SINTEF- rapporten «Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem», viser til at forholdet mellom bemanning og tjenestekvalitet ikke er så enkelt som at mer personell/ mer utdannet personell automatisk gir bedre tjenester. Forholdet ser ut til å være mer komplisert. Figur 10 viser flere andre viktige faktorer som spiller en betydelig rolle for tjenestekvaliteten (Paulsen m.fl. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem 2004, side 18).



**Figur 10: Faktorer for tjenestekvalitet (Paulsen m.fl. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem 2004, side 20)**

SINTEF kommer fram til at de variabler som utmerker seg som særlig betydningsfulle for den tilbudte kvaliteten er faktorer fra figuren ovenfor

Vi vil derfor fortsette med å se på faktorer på arbeidsplassen som berører motivasjonsfaktorer og arbeidsorganisering på sykehjemmene, som kan ha betydning for den endelige tjenestekvaliteten.

## 19. Møtevirksomhet

Møtevirksomhet har vi tatt med i oppgaven vår, da det sier noe om hvordan beslutninger på sykehjemmene tas, hvem som er med i beslutningene, og kanskje framfor alt hvordan en prioriterer ressursene på sykehjemmene. Vi vet at møtevirksomhet kan ta mye tid og resurser, som ellers kunne vært brukt til beboerne. Vi antar at jo mer tid de ansatte har til beboerne, jo mer øker brukertilfredsheten.

Når det kommer til møtevirksomhet har vi funnet noen forskjeller mellom de kommunale og private sykehjemmene, men også likheter.

### «Privat sykehjem 2»:

På «privat sykehjem 2» har daglig leder, kvalitetssjef og teamlederne møte en gang i uken. Møtet varer ca. to timer, og dekker alt som har med personalet i teamene å gjøre. Her tar de opp økonomi, ukesrapportering av mertid (tid brukt utenom turnustid), overtid, sykefravær, personal- sykefraværsoppfølging og status på bemanning og rekruttering. De tar også opp kvalitet, avvikshåndtering, spesielle satsningsområder og handlings-/ virksomhetsplan. Sykehjemmet styrer etter balansert målstyring, men er i praksis opptatt av budsjetter. De gjør henvisninger til tiltaksplanen for å spesifisere driftsmessige målforskjeller. Konsernet setter opp strategiske mål for tre måneder. Teamledermøtet er et *beslutningstakende møte*.

«Det er det eneste «superfaste» møte vi har.»

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Kun teamlederne, daglig leder og kvalitetssjefen er til stede.

Daglig leder har en del «*ad hoc*» møter med stabsfunksjoner (samtaler i heisen eller setter seg ned). Det føres ikke referater eller sakslister på ad hoc møtene.

«Det handler mer om daglig ledelse.»

(Daglig leder «privat sykehjem 2»)

Teamlederne har sine personalmøter én gang i måneden. De fleste på hvert team er da til stede og det skrives referat. Det er signeringsliste på referatet.

Én gang i måneden har kvalitetsutvalget møte, dvs. en fra hver yrkesgruppe. De behandler alle avvik (feil med medikamenter, driftsstans på varmeanlegget, etc.), og det lages tiltaksplan ut fra møtet. Undervisning og om det mangler noe, er ting som også tas opp på møtet.

Annen hver måned er det fellesmøte (allmannamøte) på sykehjemmet. Der gis det informasjon, det er debatt, drøfting og idéer tas opp. Det er ikke et beslutningstakende møte.

Legevisitt, med tverrfaglig deltakelse, er en annen type «*ad hoc*» møte som foregår på sykehjemmet.

I tillegg har aktøren bak sykehjemmet et overhengende nettverk for alle i Norge. De møtes fire ganger i året, og her er kultur, kvalitet, lege, fysio og ergo representert.

Legene har møte én gang i kvartalet, hvor alle legene fra alle sykehjemmene i kommunen er representert.

På avdelingene er det morgenrapport hver morgen. Det er en kort muntlig rapport om «ståa», med henvisning til det elektroniske systemet. Her møtes dagskiftet og aftenskiftet, og alle er til stede.

Én gang i måneden har tillitsvalgte og verneombudene et regionalt møte.

Daglig leder på «privat sykehjem 2» framhever at de har en rendyrket stil, som innebærer lite formelle møter, og at mye skjer «*ad hoc*». En del av hans ledelsesfilosofi er såkalt «*walking around management*», og å kutte ned på møtene.

*«Det ikke er alt du får i med i møtereferatene og på sakslistene.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Daglig leder tar også imot alle pårørende ved nyankommelse, som en del av hans ledelsesfilosofi.

### **«Kommunalt sykehjem 1»:**

Når det gjelder møtevirksomheten på «kommunalt sykehjem 1», har vi ikke klart å få til et eget intervju om temaet. Det dreier seg om at institusjonssjefen ikke hadde tid, men vi har likevel fått svar på noen spørsmål på epost.

På «kommunalt sykehjem 1» er det ledermøter med alle institusjonssjefer for område 2 og områdedirektøren én gang i måneden. De har utvidet ledermøte med direktør i Sykehjemsetaten med sin ledergruppe, pluss begge områdedirektørene og alle institusjonssjefer i etaten. Der tar de opp «de store tingene». De har også økonomioppfølgingsmøter med ledere i Sykehjemsetaten.

På «kommunalt sykehjem 1» er det også avdelingsmøter og morgenmøter. Leder har møte hver uke med sin ledergruppe, og fire ganger i året med HMS gruppe. Det er møte med tillitsvalgte hver måned hvor én fra hvert av de ulike fagforbundene er representert.

Ukentlig har sykehjemmet ledermøte og refleksjons-/ læringsgrupper.

Månedlig har de personalmøter, HMS- møter, allmøter og drøftingsmøte med tillitsvalgte.

Hvert halvår har de driftsstyremøte, pårørendemøte, møte med bydelen og møte med Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Hvert kvartal er det institusjonssjefens HMS møte med alle verneområder. I tillegg har de flere ulike fagmøter i ulike ressursgrupper hver uke.

### **«Kommunalt sykehjem 2»:**

På «kommunalt sykehjem 2» har institusjonssjefen ledermøte med avdelingssykepleiere én gang i uken. Det varer ca. to og en halv time. Her diskuterer de sitt handlingsrom.

Institusjonssjefen setter agendaen, men avdelingslederne kan komme med punkter. Det som tas opp på møtet må avdelingslederne bringe videre ut i avdelingene sine. Møtet har *beslutningsmyndighet*.

Det er avdelingsmøte hver fjortende dag, eller hver måned (forskjellig fra avdeling til avdeling) på sykehjemmet. Det skal være avdelingsmøte minimum hver fjortende dag.

*«Det er et såkalt «frivillig møte».»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

I tillegg har stab, service og fagavdelingen møte én gang i måneden (med leder for service og leder for fagavdelingen til stede). HMS møte er én gang i måneden med verneombudet på avdelingen. Institusjonssjefen er ikke med.

Det er også institusjonsvise kvartalsmessige HMS- møter med institusjonssjefen. Her må de gjøre opp status på om de har fulgt årshjulet (strategisk plan for sykehjemmene).

Ca. annenhver måned er det fellesmøte (allmøte), der de ofte repeterer hva det er de jobber med på sykehjemmet. Institusjonssjefene har møte med sine ledere og områdedirektøren i Sykehjemsetaten annenhver uke. Annenhver måned har alle institusjonssjefer fra hennes område og områdedirektøren møte.

Hver femte eller sjette uke er det sykefraværsoppfølging, noe som ikke er pålagt. Alle lederne på huset er med. De tar opp hvor langt lederne er kommet i sykefraværsoppfølgingen.

*«Det er et møte som ble etterlyst av lederne, ettersom de hadde høyt sykefravær.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Andre møter som de har på «kommunalt sykehjem 2» kan for eksempel være opplæring og implementering av GAT (arbeidsplansystem) og kvalitetslosen (kvalitetsstyringsystem). De har også ukentlige møter i de prosjektene en jobber med. For eksempel har de hatt ukentlige møter i kvalitetslosen, siden januar 2011. I GAT hadde de ukentlige møter i åtte uker under implementeringsperioden. Sykehjemmet er med i pilotprosjekter når det gjelder telefoni, sykeseng og brannalarm. De er også med i et legemiddelprosjekt. Sykehjemmet deltar i mange piloteringer og prosjekter.

*«Mange har ting til «ev.» på sakslista. Det må meldes til sak på neste ledermøte dersom det tar mer enn to minutter»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

*«Det er viktig at beslutninger tas innenfor de rammene de kan tas, og at ansvaret delegeres nedover i forhold til møter.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

### **«Privat sykehjem 1»:**

På «privat sykehjem 1» har daglig leder møte med alle daglig ledere fra hvert sykehjem, og sjefen for virksomheten i Norge, på hovedkontoret til «privat aktør 1» én gang i måneden.

Lokalt på sykehjemmet er det ledermøte hver fjortende dag. Daglig leder, teamlederne og kulturleder er til stede. Møtet varer ca. tre timer. Her står kvalitet, personal og økonomi på agendaen. Ledige stillinger, ansettelsesprosedyrer, sykefravær og trivselskonsepter tas også opp.

*«Når personalet trives går sykefraværet ned, og da leverer man gode resultater.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

*«Vi snakker minst økonomi, det går av seg selv.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) har møte fire ganger i året. Her er hovedverneombud, tillitsvalgte og representanter fra arbeidsmiljøforeningen til stede, samt kvalitetssjefer fra alle virksomhetene. Fire ganger i året har verneombudene fra hver avdeling og hovedverneombud møter. Fire ganger i året har daglig leder møte med brukerrådet.

Én gang i uka er det møte mellom forskjellige faggrupper, der kvalitetssjef leder. Det dreier seg om sårgrupper, demens, ernæring og hygiene.

Ca. ti møter i året er én fra hver avdeling, ca. sju til åtte representanter til stede. Her snakker de om sitt fagområde, de ser på avvik, hendelser og prosedyrer. Alle har prosjekter på sitt område, noe som er spesielt i deres konsept.

*«Det ligger mye god fagutvikling her.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Alle faglærte er med, og alle har et eget ansvarsområde. Kvalitetsutvalget er ett av de områdene.

Hver fjortende dag er det teammøte. Det er ikke pålagt dersom en har fridag. Det er lagt møter mellom vaktskiftet på onsdag slik at de fleste er med. Sykehjemmet har hatt noen allmøter (for eksempel ved Adecco- saken). De når flere ved å skrive ukebrev til de ansatte (hva som er aktuelt, og hva som kommer til å skje framover). De har en infoperm på hver avdeling.

Sykehjemmet har flere møter i faggruppene. Det er mer en kompetanseutvekslingsarena.

*«Vi har «barbert» møtevirksomheten en god del. Mye kommunikasjon går via epost. Det skal være faglige diskusjoner eller caser dersom det er møte. Vi har en del faste møter som er satt i systemet, men de skal ikke være for ofte. Det er viktigere at lederne er ute på avdelingen med sine ansatte.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Sykehjemmet har også driftsmøter med personalet enkeltvis.

## 19.1. Våre funn

Vi ser noen forskjeller i møtevirksomhet når det gjelder de kommunale og de private sykehjemmene.

«Kommunalt sykehjem 1» virker å ha flest antall møter. Blant de andre sykehjemmene er antallet ganske likt.

De kommunale sykehjemmene ønsker i større grad faste rammer rundt møtevirksomheten enn de private. I de private sykehjemmene er det en praksis å stoppe opp og ta uformelle samtaler i heisen, eller rundt om i avdelingene, noe en ikke vil i de kommunale sykehjemmene har vi fått inntrykk av.

Når det gjelder varighet på møtene og hvem som er til stede er det ikke lett fra våre intervjuer å trekke noen entydig konklusjon om forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene.

I alle intervjuene er det påpekt viktigheten av å spre informasjon fra møtene ut til avdelingene. Alle sykehjemmene har informasjonen tilgjengelig på avdelingene.

Når det gjelder møter er det store forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene i hvor stor grad de ønsker uformelle samtaler, som en erstatning for møter. De private sykehjemmene ønsker å «barbere» møtevirksomheten, og å spare tid og ressurser. De kommunale sykehjemmene ønsker også å begrense møtevirksomheten i størst mulig grad, slik at de får mer tid til beboerne. I de kommunale sykehjemmene er en i større grad opptatt av å ha faste rammer rundt møtene, og ønsker ikke å ta såkalte «ad hoc» samtaler som en erstatning for fast møtevirksomhet, eller som en arena for å ta beslutninger.

Uformelle samtaler er noe vi mener tilhører en flat struktur, i større grad enn en hierarkisk struktur. Innenfor hierarkiet er det viktigere at tingene går «tjenestevei». Uformelle samtaler og «ad hoc» møter er noe vi mener kan begrense møtevirksomheten, ettersom det er en måte å utveksle informasjon på, som kan bidra til å knappe ned på møtetiden. Mindre møtetid gir ansatte og lederne mer tid til beboerne. Samtidig er det viktig at viktige beslutninger ikke tas på bakgrunn av uformelle samtaler, men at det er faste rammer rundt beslutningsprosesser som involverer mange parter.



«Ad hoc» møter og uformelle samtaler er det vi mener skiller de kommunale fra de private sykehjemmene i det henseende. Vi mener det kan bidra til å øke tjenestekvaliteten, ved at de ansatte og lederne får mer tid til å være ute i avdelingene, og ikke binder opp tid til møtevirksomhet. Vi mener samtidig at en del uformelle samtaler kan gi både lederne og ansatte en bedre forståelse for problemene, der de oppstår. Samtidig er det viktig at lederne og de ansatte er opptatt av det som er den faktiske kjernevirksomheten på et sykehjem, nemlig å ta seg av de eldre. Det er derfor viktig at de ansatte og lederne ikke blir for administrative, og binder opp for mye tid i møter, men at de har rikelig med tid til de eldre. De private sykehjemmene er i så måte flinkere til å ta «ad hoc» samtaler som en del av den daglige driften.

Samtidig er det viktig å påpeke at «ad hoc» samtaler ikke kan erstatte møtevirksomhet som arena for å ta viktige beslutninger, og involvere flere parter.

Å minimere møtetiden er en måte å få utnyttet tiden mer effektivt på. Vi ser kanskje tendenser til at de private sykehjemmene i større grad enn de kommunale er opptatte av å finne nye måter å spare tid og ressurser på. Epost- kontakt og uformelle møter («ad hoc» eller sette seg ned) kan være et effektivt supplement til møter. Det krever selvfølgelig at lederne har tid til å gå rundt i sykehjemmet for å ta slike samtaler og uformelle møter.

## **20. Motivasjon, tiltak og faktorer ved jobben**

Det har blitt gjort mye forskning på hva som skal til for å redusere sykefraværet, blant annet en rapport fra Nordlandsforskning i 2009. Her har en sett på nærværs- og fraværsfaktorer på sykehjem og i barnehager i fem storbyer i Norge, deriblant Oslo. Et interessant funn i rapporten er at det er et høyt fravær generelt i pleie og omsorg, samtidig som en fant stor forskjell i sykefraværet mellom forskjellige virksomheter innen pleie og omsorg (Lien og Gjernes, 2009 side 5). Det kan tyde på at det faktisk finnes tiltak for å redusere sykefraværet som fungerer.

Undersøkelsen viser også at det er tendenser til at hjelpepleierne og pleieassistentene på sykehjemmene ofte føler at de har fått en husmorsrolle mer enn en hjelpepleierrolle, noe de opplever som negativt fordi de mister noe av yrkesidentiteten sin (Lien og Gjernes 2009, side 6). Sykepleierne på andre siden føler at de får en *for* administrativ rolle, og at det fører til at avstanden til pasientene blir større, noe som gjør at de ikke føler at de får utøvd sin rolle som sykepleier i den grad de ønsker. I samme rapport pekes det på hvor viktig et godt lederskap er for å øke motivasjonen hos de ansatte (Lien og Gjernes 2009, side 6).

Studien «Best sammen» viser også til flere faktorer som kan være med på å redusere sykefraværet i en bedrift. Det handler blant annet om en ledelse som ser og legger til rette for den enkelte ansatte, en ledelse som bygger relasjoner på arbeidsplassen, og de ansattes mulighet til å påvirke sin arbeidssituasjon (KS 2010, side 8).

*«Medbestemmelse er viktig. Vi sparte mye penger på det i fjor, spesielt i form av reduksjon i sykefravær.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

*«Antall hender og kompetanse er nok ganske lik alle steder. Det som er forskjell er det de forskjellige sykehjemmene får ut av de ressursene de har. Da gjelder det å ha en bra ledelse, trivsel, kompetanseutvikling og et stabilt personal som stiller opp. Vi har et lavt sykefravær blant annet da vi ser personalet, og tilbyr kurs som styrker kompetansen og yrkesstoltheten.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Et interessant funn i en undersøkelse av Fafo fra 2011 er at én av seks arbeidstakere i pleie og omsorg sier at de ville valgt å bli i jobben lengre hvis jobben hadde vært mer spennende og det fantes rom for videreutdanning. Bonusordninger er i tillegg noe mange hjelpepleiere ønsker seg, og som de mener kan bidra til at de vil vente lenger med å gå av med pensjon (Midtsundstad og Bogen 2011, side 47).

En annen viktig faktor ved jobben som kommer fram i den rapporten, er hvor viktig det er med en ledelse som klarer å inspirere de ansatte gjennom sin kunnskap og med sin handling, og på den måten klarer å fungere som et forbilde (Midtsundstad og Bogen 2011, side 74). Det mener vi går an å tyde dit hen at det er mulighet for at ledere som i større grad er ute i avdelingene bedre klarer å motivere personalet, enn de lederne som tilbringer mer tid på

møter og på kontor. Derfor skal vi senere se mer på institusjonssjefenes/ daglig lederes og avdelingsledernes/ teamledernes roller.

I en dansk undersøkelse fra 2006 har en videre kommet fram til at sykefravær i større grad påvirkes av hvor fornøyd en er og hvor godt en trives på jobben, enn hvor mye stress og arbeidsbelastning en føler (Steen, 2010).

## **20.1. Teorier og modeller**

Samtlige sykehjemsledere i studien har snakket om tiltak for å motivere de ansatte og redusere sykefraværet og øke prestasjonene. Vi har derfor valgt å se på ytre forhold på sykehjemmene som vi mener kan være relevante i forbindelse med å skape motivasjon hos de ansatte.

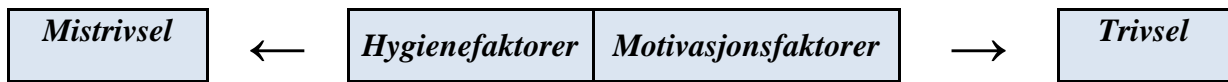
Når vi kartla hvilke variabler vi ønsket å se nærmere på i forbindelse med motivering hentet vi inspirasjon fra faktorer ved jobben som vi nevnte tidligere i kapitlet. I tillegg er vi inspirert av noen motivasjonsteorier.

Ingen av de motivasjonsteoriene som finnes kan betraktes som uttømmende. Det er dessuten forskjeller mellom individer i forhold til hva en motiveres av, noe en leder bør være oppmerksom på. Teorier kan imidlertid fungere som veivisere for hva som *generelt* sett kan være med på å øke de ansattes arbeidsmotivasjon.

### **20.1.1. Tofaktorteorien**

Fredrick Herzberg er en av de forskerne som har skrevet om hvilke faktorer ved en jobb som motiverer de ansatte til å yte sitt beste. Han har blant annet skrevet om den velkjente «*tofaktorteorien*». Grunnen til at vi finner den teorien interessant, er hans konklusjon om at et mer motivert personell også er mer produktivt (Steen, 2010).

Herzberg skiller mellom *motivasjonsfaktorer* og *hygienefaktorer*.



**Figur 11: Tofaktorteorien (Bergquist og Lundquist 2005, side 8)**

I sin forskning fant Herzberg ut at de faktorene ved en jobb som førte til trivsel, ikke var de samme som de faktorene som førte til mistrivsel.

*Hygienefaktorer* er de faktorene som må være til stede for at den ansatte ikke skal føle misnøye, men som ved sitt nærvær ikke skaper motivasjon. Eksempel på hygienefaktorer kan være at den ansatte får lønn til rett tid, det kan være den fysiske utformingen av arbeidsplassen og personalpolitikken.

*Motivasjonsfaktorer* er på andre siden faktorer ved jobben, som motiverer den ansatte til å prestere sitt beste. Etter en undersøkelse som Herzberg gjorde kom han fram til at de faktorene ved jobben som fører til trivsel og motivasjon mange ganger handler om å få anerkjennelse på arbeidsplassen, mulighet for en positiv karriereutvikling, oppgaver som passer sammen med den ansattes interesser, ansvarsfølelse, mulighet for nye arbeidsoppgaver, og muligheten for å bli leder (Fauske, 2010).

En prosjektoppgave fra Høgskolen i Hedmark drøfter motivasjonsfaktorer på sykehus med et ønske om å minimere sykefraværet. Forfatterne kom fram til at de ansatte føler seg mindre motiverte hvis det ikke er mulighet for kompetanseheving. Forskningen viste også at ansvar, anerkjennelse og utfordringer skaper motivasjon hos personalet på sykehuset (Steen 2010).

Motivasjonsfaktorer kan også være slik som at en føler at en har klart å oppnå en løsning på et problem, at en føler seg sett og at en får bekreftelse i den jobben en gjør. Bekreftelse i det tilfellet kan ytre seg som ros men det finnes også såkalte ikke- muntlige bekreftelser. De kan ytre seg som lønnsforhøyelse eller opprykk (Ivarsson m.fl. 2008, side 10).

Det vi nevner skal kunne tilsi at det å ha mulighet til å bli leder kan ha en motiverende effekt på de ansatte. Også mulighet for egne ansvarsområder i tråd med egne interesser og mulighet for individuell lønn kan en tenke seg har en motiverende effekt, da det kan fungere som en

type anerkjennelse (Ivarsson m.fl. 2008, side 10). Det er noen temaer vi kommer til å se nærmere på videre.

### **20.1.2. Indre og ytre motivasjon**

De amerikanske forskerne E. L. Deci og R.M. Ryan skiller mellom *indre* og *ytre motivasjon* når det handler om menneskelig atferd i arbeidslivet. Hvis en agerer ut fra sin indre motivasjon, drives en av at aktiviteten i seg selv er en belønning. Et eksempel kan være at en har valgt å jobbe på et sykehjem fordi en genuint brenner for å hjelpe eldre mennesker i livets slutfase. Indre motivasjon kan handle om at de ansatte har et behov for å føle seg kompetent, og at en selv har mulighet til å være med på å bestemme og påvirke det en gjør (Tveitane m.fl. 2011, side 10- 11).

*Ytre motivasjon* er når en ansatt vil oppnå en type belønning eller et frynsegode, og agerer ut fra det. Når det kommer til *ytre motivasjon* fungerer arbeidet som en måte å oppnå den ønskede belønningen på (Tveitane m.fl. 2011, side 10- 11) (mennesker kan naturligvis drives av en kombinasjon av både indre og ytre motivasjon).

Vi har i oppgaven vår valgt å se på muligheten for prestasjonsbasert *individuell lønn*, en konkret variabel. Det har dermed vært mulig for oss å finne ut av hvorvidt det er forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene.

Når det gjelder lønn som motivasjonsfaktor, bør det nevnes at det er andre variabler som forskning viser at har større effekt på de ansattes prestasjoner. Mange ganger har lønn kommet ut som nummer tre når respondenter skal rangere hva som føles viktig med en jobb, mens en viktig jobb kommer på første plass (Kuvaas, 2005).

I følge informantene i oppgaven vår har de ansatte i kommunale sykehjem har bedre lønn enn i de private, men hos de private har en mulighet for individuell lønn basert på innsats. Vi har derfor valgt å se på *individuell lønn* som en type anerkjennelse fra ledelsen og en motivasjonsfaktor som vi ønsker å drøfte i oppgaven. I Norge har en i senere tid økt muligheten for individbasert lønn for de ansatte (Kuvaas, 2005).

Det har også blitt sagt at belønningssystemer gjennom tidene har sett noe forskjellige ut mellom private og kommunale organisasjoner. Det fordi det er enklere å utforme belønningssystemer i de private bedriftene ettersom de har hatt lettere for å sette opp entydige mål, og de kommunale har opplevd større vanskeligheter fordi de ofte har hatt flere forskjellige interessenter (Sarbinowska og Fridh 2009, side 1).

Hvordan ledelsen har valgt å utforme et eventuelt belønningssystem gir også et viktig signal til de ansatte om hvilken type adferd og handlinger som verdsettes og dermed premieres (Sarbinowska og Fridh 2009, side 13).

Den *ytre motivasjonen* kan også komme som straff noe de ansatte vil unngå og derfor bli motivert til å utføre sine oppgaver på en tilfredsstillende måte. Straffen kan blant annet handle om at en mottar kritikk fra ledelsen eller medarbeidere, at en ikke får lønnsforhøyelse, at en mister sjansen for nye og mer spennende arbeidsoppgaver eller at en ikke får beholde jobben sin. Det er mange forskninger som tyder på at de faktorene faktisk er med på å øke innsatsen blant de ansatte (Sarbinowska og Fridh 2009, side 17).

Faktorer ved jobben som for eksempel muligheten til å bli leder, mulighet til kursing og muligheten til spennende ansvarsoppgaver m.m. skal en også kunne plassere et sted mellom den *indre* og den *ytre motivasjonen*. Det er faktorer ved jobben som kan fungere som belønninger for den ansatte som utfører en god jobb. For at de faktorene (for eksempel mulighet for kursing) skal oppfattes som motiverende må den ansatte også ha en indre motivasjon og en interesse for den jobben hun/ han utfører.

### **20.1.3. Målsettingsteorien**

En annen motivasjonsteori er *målsettingsteorien*. Den sier blant annet at en får fram bedre prestasjoner hvis en får konkret og relevant tilbakemelding (Stølen uten årstall, side 13). Det er også viktig ifølge målsettingsteorien at de ansatte får tilbakemelding på den jobben de gjør for å føle seg motiverte til økt innsats (Stølen uten årstall, side 13).

Hvordan det skjer, har vi forhørt oss om på samtlige sykehjem vi besøkte. Vi har ikke funnet noen forskjeller når det gjelder medarbeidersamtaler. Samtlige av de fire sykehjemslederne vi intervjuet har fortalt at de ansatte har medarbeidersamtale med sin nærmeste leder minimum én gang per år. Det samme gjelder teamlederne, som har medarbeidersamtale med daglig leder eller institusjonssjef minimum én gang per år. I tillegg har de ansatte på alle de fire sykehjemmene medarbeidersamtaler med lederne, og fortløpende samtaler med sin nærmeste leder i den grad det er behov for det.

Forskjellen vi fant er derimot at lederne i de private sykehjemmene virker å være mer synlige ute i avdelingene, enn i de kommunale sykehjemmene.

På «privat sykehjem 2» er det en policy at daglig leder prøver å være ute i hver avdeling minst to ganger per dag. Han praktiserer en såkalt «*management by walking around*».

Også på «privat sykehjem 1» er det et ønske om synlighet, og daglig leder går ut i avdelingene så ofte hun får tid til det. I tillegg har teamlederne på de private sykehjemmene en delvis operativ og en delvis administrativ stilling.

Også i de kommunale sykehjemmene uttrykte institusjonssjefene et ønske om å få tid til å være ute i avdelingene. Etter intervjuer med sykehjemslederne har vi skjønnet at det skjer i mindre grad i de kommunale enn i de private sykehjemmene.

Med utgangspunkt i de nevnte teoriene, har vi valgt ut noen variabler som vi mener *kan* fungere som motivasjonsfaktorer for de ansatte:

- Mulighet for kursing tilpasset den enkeltes interesser. Vi tror at mulighet for kursing kan påvirke de ansattes følelse av å bli sett og ivaretatt av sin leder. Kursing bør kunne fungere dels som en type belønning og anerkjennelse fra ledelsen, men bør også kunne bidra til at den ansatte får nye og spennende arbeidsoppgaver. Kursing bidrar også til at sykehjemmet utvikler spesialkunnskap og kompetanse som det kan dra nytte av.
- Mulighet til å bli leder. Det bør dels fungere som en anerkjennelse, dels bidra til nye og spennende arbeidsoppgaver.
- Mulighet for egne ansvarsområder. Det kan fungere dels som en type anerkjennelse, og dels kunne bidra til at den enkelte får ansvar for noe han/ hun synes er spennende.

- I hvilken grad lederen er synlig ute i avdelingene. Tidligere har vi sett at en inspirerende leder er en som kan være et forbilde for de ansatte. Vi mener derfor det er relevant å se på i hvor stor grad ledelsen er synlig for personalet.
- Mulighet for individuell lønn, da det kan fungere som en type anerkjennelse for den ansatte.

## 21. Sykefravær og motivasjon

Vi er interessert i å se på om det er noen forskjeller når det gjelder faktorer ved jobben som kan være med på å motivere de ansatte.

Grunnen til at vi valgte å ta med avsnittet om motivasjon, handler dels om sykefraværproblematikken, som medfører store kostnader for sykehjemmet som ellers kunne blitt brukt til andre kvalitetsfremmende tiltak, dels troen på at de som føler seg motiverte på jobben sin også mange ganger utfører en bedre jobb. Selv om det ikke *nødvendigvis* må være en sammenheng mellom motivasjon og prestasjon (Steen, 2010).

Motivasjon kan defineres som:

*«Det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like, og det som gir den mål og mening.»*

(Ulleberg, 2002)

Motivasjon har lenge vært en sentral problemstilling for ledere. Det er naturligvis like interessant når det gjelder sykehjem, ettersom de tilhører en *personalintensiv* bransje der ca. 80 prosent av kostnadene utgjøres av lønnskostnader (institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»). I tillegg er det allment kjent at pleie- og omsorgssektoren har et høyt sykefravær blant sitt personell (Tveitane m.fl. 2011, side 4). Det har også generelt sett vært dokumentert et høyere sykefravær i kommunesektoren enn i den private sektoren, selv om det kan skille seg mye fra kommune til kommune (Regjeringen.no, 2010).



## 21.1. Kostnader ved sykefravær

I 2009 var sykefraværet innen helse og omsorg ca. 30 prosent høyere enn gjennomsnittlig sykefravær i andre bransjer. Personellet som jobber i omsorg står for mye av det fraværet (Midtsundstad og Bogen 2011, side 8). Å klare å minske sykefravær i høyest mulig grad blir relevant, da det er både kvantifiserbare og ikke- kvantifiserbare kostnader knyttet til sykefravær i blant annet sykehjem.

En undersøkelse gjort av SINTEF i 2010, med utgangspunkt i mange forskjellige bransjer, viser at en ukes sykefravær, hvis en tar hensyn til både lønn og produksjonstap, i gjennomsnitt koster bedriften 13 000 kroner. Usikkerheten omkring tallene ligger på rundt +/- 10 prosent (Hem 2011, side 24).

SINTEF viser i en annen undersøkelse til at en ansatt som ikke trives på jobben i gjennomsnitt er sykemeldt femten dager mer per år, enn en som trives på arbeidsplassen sin (Eriksen, 2011). Det tilsvarer en kostnad på i gjennomsnitt 39 000 kroner per år per ansatt, dersom en tar utgangspunkt i nevnte tallene. Det er penger som en ellers kunne brukt på kvalitetsfremmende tiltak.

En masteroppgave skrevet av studenter fra Trondheims økonomiske høyskole kom fram til en rekke forskjellige kostnader forbundet med sykefravær på sykehjem. Det omfatter kostnader til:

- Vikarer
- Administrative kostnader
- Reduksjon i lønn og sosiale utgifter
- Slitasje på de øvrige ansatte
- Dårligere psykososialt og fysisk arbeidsmiljø
- Kvaliteten på tjenestene kan bli dårligere, og sykefraværet kan stige enda mer (Hem 2011, side 6).

Alt peker på at det er store resurser å spare samtidig som tjenestekvaliteten kan bli bedre hvis sykefraværet minimeres.

## 21.2. Våre funn

*«Har sykehjemmet et personal som føler seg sett, føler eierskap til jobben sin, og som kort og godt trives og føler seg motivert, kan det være en medvirkende faktor til å redusere sykefraværet og øke prestasjonen.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

*«Når en jobb kan være både psykisk og fysisk krevende, som på et sykehjem, er det en viktig oppgave å skape motivasjon hos personalet for å minimere sykefraværet og øke prestasjonen.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

«Privat sykehjem 1», som tidligere var drevet av et kommunalt foretak, har klart å redusere graden av «turnover» og sykefravær siden «privat aktør 1» tok over driften av sykehjemmet. I dag skyldes sykefraværet i stor grad pensjon og graviditet, forteller daglig leder. Det er fordi hun jobbet mye med nærværsfaktorene, sånn at de ansatte i dag føler mer tilhørighet til sykehjemmet enn tidligere, sier hun.

*«Det har vært gjennomført en holdningsendring siden konkurranseutsettingen. Den enkelte ansatte har fått mer ansvar og er nå mer synlig.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

Det har i sin tur gjort at sykehjemmet ikke trenger å leie inn så mye ekstrapersonell, og i tillegg slipper de mye av kostnadene som sykefraværet fører med seg. Det bidrar til at sykehjemmet kan prioritere innkjøp og aktiviteter som øker tilfredsheten hos beboerne, sier daglig leder.

Daglig leder på «privat sykehjem 1» legger også vekt på at det er lettere å motivere de ansatte med et tydeligere eierskap, som kan være mer diffust i de kommunale sykehjemmene. Hun sier at et privat eierskap stiller større krav til de ansatte enn om sykehjemmet er drevet av kommunen, da et privat eierskap i større grad krever at sykehjemmet klarer å få fram innovasjon og nytenkning. Ledelsen på sykehjemmet er også raske med tilbakemeldinger på hvorvidt en ansatt presterer godt nok eller ikke, ifølge daglig leder på «privat sykehjem 1». Samtidig brukes incentiver til å få de ansatte til å yte litt ekstra på sykehjemmet.

Også på «privat sykehjem 2» har sykefraværet minsket siden «privat aktør 2» tok over driften. Daglig leder forteller at sykehjemmets sykefravær er blitt redusert med 50 prosent i forhold til forrige aktør.

Et eksempel han legger fram er at vaskepersonalet som tidligere hadde det høyeste sykefraværet i dag har det laveste. Det er noe daglig leder mener har å gjøre med at han økte medbestemmelsen for dem. Daglig leder har også valgt å spise lunsj sammen med vaskepersonalet for å få de til å føle seg mer sett av ledelsen, og for å praktisere en flatere organisasjonsstruktur.

I tabell 16 ser vi korttidsfraværet på de fire sykehjemmene. Ettersom langtidsfraværet ofte kommer av faktorer som er vanskelige å påvirke, for eksempel mammaledighet, har vi begrenset oss til å se på korttidsfraværet i vår oppgave (fravær opp til 16 dager).

Korttidsfraværet sier mer enn langtidsfraværet om motivasjon, arbeidsmiljø og trivsel og blir derfor mer relevant å sammenligne. Korttidsfraværet er også relevant å se på da det resulterer i store kostnader for bedriften (Steen, 2010).

| <b><u>Korttidsfravær</u></b>  |             |             |             |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
|                               | <i>2009</i> | <i>2010</i> | <i>2011</i> |
| <i>"Privat sykehjem 2"</i>    | 5,67 %      | 4,7 %       | 3,5 %       |
| <i>"Privat sykehjem 1"</i>    | 4,3 %       | 3,7 %       | 3,4 %       |
| <i>"Kommunalt sykehjem 1"</i> | 2,1 %       | 2,0 %       | -           |
| <i>"Kommunalt sykehjem 2"</i> | -           | 4,8 %       | -           |

**Tabell 16: Korttidsfravær (epost fra sykehjemmene)**

Vi må også kommentere at vi ikke har noen tall fra før de private aktørene tok over driften av sykehjemmene. De tallene vi har fått tak i er vist i tabell 16.

Det vi ser er at «privat sykehjem 2» har hatt en jevn nedgang i korttidsfraværet i årene som «privat aktør 2» har vært driftsansvarlig for sykehjemmet. Daglig leder er også nøyaktig med å kommentere at noe av korttidsfraværet som vises i tabellen, bygger på at ledelsen i perioder har vært ekstra «tøffe» mot ansatte som ikke har vært tilstrekkelig dyktige eller engasjerte. Han mener det har bidratt til å øke korttidsfraværet på sykehjemmet i enkelte perioder.

For å få ned sykefraværet gjøres forskjellige ting.

*«Det koster veldig lite å gjøre ting for ansatte. Eksempelvis kan vi handle inn veldig mye ting som øker tilfredsheten blant personalet, ved å kutte overtidstimer.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Også når det gjelder «privat sykehjem 1» har korttidsfraværet minsket i de årene «privat aktør 1» hatt ansvaret for driften.

De private sykehjemmene har et relativt høyt korttidsfravær i starten av perioden. Det kan komme av det samme som en prosjektoppgave fra organisasjons- og ledelsesstudiet ved Høgskolen i Hedmark kom fram til. Nemlig at organisasjonsendringer, noe som kan være en naturlig følge av at en ny aktør tar over driften av sykehjemmet, kan svekke jobbytelsen hos de ansatte. I oppgaven peker også studentene på flere andre forskninger, der utfallet av organisatoriske endringer hatt negative konsekvenser for arbeidsstyrken (Steen, 2010).

At korttidsfraværet var relativt høyt i starten av perioden hos «privat sykehjem 1» og «privat sykehjem 2», kan tyde på at de ansatte var i mot endringene som skjedde i starten av overtakelsen, men at korttidsfraværet kan minske desto lenger den private aktøren har ansvaret for driften av sykehjemmet, hvis ledelsen klarer å implementere tiltak for å øke motivasjonen hos de ansatte.

Når det gjelder «kommunalt sykehjem 1» har vi ikke fått tak i tall for 2011, da de for institusjonssjefen ikke var mulig å gå ut med. Vi ser likevel at «kommunalt sykehjem 1» har det laveste korttidsfraværet, men med en lavere minskning enn for de private sykehjemmene. Institusjonssjefen forteller at ledelsen ønsker at de ansatte skal føle at de har medbestemmelse når det gjelder beslutninger på sykehjemmet. Det har resultert i at alle ansatte kan melde saker til møter som foregår mellom leder og verneombudet. Sykehjemmet arrangerer, i likhet med de øvrige sykehjemmene, sosiale arrangement for de ansatte for å øke følelsen av tilhørighet.

Vi har heller ikke klart å få tak i tall for 2009 og 2011 for «kommunalt sykehjem 2», men vi ser at sykehjemmet har det høyeste korttidsfraværet av sykehjemmene i 2010. En kan også stille spørsmål ved hvorfor det ikke var mulig for de kommunale sykehjemmene å gå ut med slike tall. Også institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» nevner tiltak som praktiseres på sykehjemmet for å øke motivasjonen hos de ansatte. Blant annet sosiale arrangement. Det er også en trivselsgruppe på huset.

Videre skal vi også se på flere faktorer ved jobben på sykehjem, som kan påvirke motivasjonen hos de ansatte.

## **22. Kursing og læring**

I dagens kunnskapssamfunn legges det mye vekt på livslang læring, og at arbeidsplassen er et sted der en kan få oppdatert sin kunnskap. Om de ansatte har nok relevant kunnskap er også en viktig suksessfaktor for god og effektiv drift (Larsen, 1998).

Det er i utgangspunktet arbeidsgiveren som har ansvaret for å legge til rette slik at arbeidet er av en slik karakter at personalet kan utvikle seg faglig. Arbeidsgiver må legge opp til både formell og uformell læring og utdanningsplaner (Brenden m.fl. 2011, side 63).

### **22.1. Våre funn**

En av forventningene ved opprettelsen av Sykehjemsetaten var nettopp at kompetansen skulle styrkes ute på de forskjellige sykehjemmene. På vegne av de kommunale sykehjemmene har Sykehjemsetaten gjort kompetanseutviklingstiltak, og har dermed et opplærings- og utviklingsutvalg. Her bestemmes det over opplæringsplanen som skal råde i Sykehjemsetaten. Samtidig er det en kvalitetsavdeling som har ansvaret for det praktiske kompetanseutviklingsarbeidet ved de kommunale sykehjemmene.

Det er i tillegg en sentral opplæringsplan i Sykehjemsetaten som viser hvilke områder en skal fokusere på når det gjelder kompetanse. For eksempel var det i 2008 fokus på lederutvikling og fagutvikling for helsepersonell. I 2009 var det fokus på ernæring og hygiene, samtidig som en skulle fortsette arbeidet med lederutvikling (Kommunerevisjonen 2009, side 40).

Også de private aktørene arrangerer kursing for de ansatte, og de har intern kursing som vi oppfatter å være tilsvarende det som Sykehjemsetaten arrangerer. Det er verdt å påpeke at også noen av de kursene som Sykehjemsetaten arrangerer, også er tilgjengelige for de private sykehjemmene (daglig leder «privat sykehjem 2»).

På «privat sykehjem 2» er det i tillegg åpent for mulighetene til å ta kurs som legger mer vekt på å øke trivselen til beboerne.

*«Jeg er åpen for å sende folk på kurs som kan åpne for annen kompetanse, for eksempel datakurs og blomsterbindingskurs.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

«What's in it for us» er tanken når ledelsen på «privat sykehjem 2» tar beslutninger om hvilke kurs som kan være aktuelle å innvilge. Så lenge det på en eller annen måte er med på å bidra til økt brukertilfredshet, er det mulighet for kursing. Ledelsen har nemlig oppdaget at de ansatte omfavner slike typer kurs, og gjør dermed en individuell bedømmelse i hvert enkelt tilfelle. Når det handler om muligheten for kursing basert på den enkeltes interesser og arbeidsoppgaver, sier daglig leder på «privat sykehjem 2»:

*«Det bidrar til at den ansatte føler at ledelsen satser på en, og at en ønsker å gi noe tilbake til sykehjemmet. Kurs kan fungere som en belønning for de ansatte, for god innsats. Samtidig er vi oppmerksomme på at vi ikke sender ansatte på unødvendige kurs, som ikke er tilstrekkelig stor glede for sykehjemmet.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Et lignende, men noe vagere svar, fikk vi fra «privat sykehjem 1». De ønsker også å sende de ansatte på kurs for å få opp yrkesstoltheten, ettersom jobben i sykehjem ifølge mange i utgangspunktet er et lavstatus- yrke. Det er også her muligheter for å ta kurs utover det pleiefaglige. Kursingen kan da handle om blant annet kultur og aktiviteter.

Kursing på individuell basis ser derimot ikke ut til å være like aktuelt i de kommunale sykehjemmene. I tillegg har de kommunale sykehjemmene et strengere budsjett, i den forstand at det i større grad er bestemt fra høyere hold hvor mye penger som kan brukes til hva, sier en av institusjonssjefene.

På «kommunalt sykehjem 1» prøver en å avdekke i medarbeidersamtalene hvilke opplæringsbehov de ansatte har. I tillegg får de ansatte tilbakemelding fra leder om hva de trenger mer opplæring på. Kursing basert på interesser og utover det pålagte, har en helt enkelt ikke råd å sende de ansatte på.

*«Vi har medarbeidersamtaler hvor vi prøver å avdekke den ansattes opplæringsbehov. Vi tilbyr blant annet også kurs om etikk, verdier, og datakurs, men vi har ikke ressurser til å sende de ansatte på kurs utover det. Vi må gi en kvalitativ god tjeneste til de som bor hos oss, og det er det som må være i fokus.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» mener at de ansatte ofte i medarbeidersamtaler sier at de vil ha flere kurs, men resten av tiden viser de liten interesse for det.

*«Noen av lederne vil ikke pålegge seg selv for mye kurs, da de allerede har mye å gjøre.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Likevel er det en del kursvirksomhet i regi av Sykehjemsetaten, for eksempel 120 timers norskkurs. Ledelsen håper å øke motivasjonen ved å tilby kurs, og de kan pålegge de ansatte å ta norskkurs i arbeidstiden.

*«Noen ansatte likte ikke det til å begynne med, men har i ettertid sagt takk.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

I tillegg har sykehjemmet også internundervisning hver torsdag, som for eksempel kan være hjertestarterkurs. I tillegg er det én gang i året et pålagt kurs i brannvern, forteller institusjonssjefen.

*«Ansatte kan be om kurs dersom det er til nytte for huset, men det er ikke vanlig at de skjer.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Når det gjelder kursing som omhandler det medisinske og pleiefaglige har vi ikke funnet noen forskjeller mellom sykehjemmene. Alle sykehjemmene vi besøkte har kurs som er innsiktet på de pleiefaglige aktivitetene i sykehjemmet, og dermed til stor grad er pålagt de ansatte at ta. Samtlige sykehjemsledere poengterer også at de prøver å få de ufaglærte til å videreutdanne seg.

Vi finner imidlertid noen forskjeller mellom de private og de kommunale sykehjemmene. De erfaringene vi har gjort oss fra sykehjemsbesøkene, er at muligheten for kursing basert på hva den enkelte ansatt ønsker og brenner for, til en viss grad avhenger av om en jobber i et privat eller i et kommunalt sykehjem. Det ser ut til å være tendenser til at de private sykehjemmene (spesielt «privat sykehjem 2») tilbyr kurs til de ansatte utover de kurs som er pålagt, og at ledelsen i større grad enn på de kommunale sykehjemmene prøver å avdekke den enkelte ansattes interesser, og på den måten bruker kursing som en motivasjonsfaktor, samtidig som kursingen skaper kunnskap som kommer sykehjemmets beboere til glede.

## **23. Individuelle ansvarsområder**

Vi mener at muligheten for individuelle ansvarsområder kan være interessant å se på ut fra flere perspektiv. Dels fordi muligheten for eget ansvarsområde kan fungere som en motivasjonsfaktor for de ansatte, dels fordi bruken av individuelle ansvarsområder sier oss noe om hvordan sykehjemmet bruker ressursene (de ansatte).

I hvilken grad sykehjemmet praktiserer en ordning med individuelle ansvarsområder sier oss også noe om hvorvidt sykehjemmet praktiserer en flat eller hierarkisk struktur.

*«Motivet for å flate ut organisasjoner har mange ganger vært å bygge en organisasjon som er tilstrekkelig fleksibel for å kunne utforske kunnskap og ferdigheter hos hver enkelt ansatt.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

### **23.1. Våre funn**

På «privat sykehjem 2» har en prøvd å få til en ordning der alle ansatte i større stillinger har et eget ansvarsområde. Begrunnelsen er at en ønsker å ta i bruk og nyttiggjøre seg det som folk



kan og har kunnskap om. Daglig leder forteller at han sammen med teamlederne prøver å kartlegge de ansattes egne hobbyer, for å finne ut om de ansatte har noen kunnskap utover det pleiefaglige som sykehjemmet kan ha bruk for.

Daglig leder på «privat sykehjem 2» har et bevisst fokus på hva de ansatte har kunnskap om. Ut fra hva han oppdager prøver han å gi de ansatte spesielle oppgaver og ansvarsområder, alt etter som hva lederne synes er fornuftig og hva de ansatte selv ønsker.

Gjennom å la de ansatte ha ansvar for forskjellige områder prøver en å motivere de ansatte til en god innsats.

Når ledelsen på «privat sykehjem 2» ønsker at alle skal få egne ansvarsområder handler det om at en prøver å få de ansatte til å føle et eierforhold til arbeidsplassen sin, og til de oppgavene de gjør.

Sykehjemmet tar i bruk et kartleggingsskjema til hjelp ved nyansettelse. Det for å finne ut om personalet har flere verdifulle ferdigheter for sykehjemmet utover det de direkte søker etter i annonsen. Det kan handle om blant annet hobbyer som grafisk design, blomsterdekorening eller IT.

*«På den måten kan en sette hjelpepleierne til å gjøre andre, og flere oppgaver enn de normalt ville gjort.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

På hjemmesiden til «privat aktør 2» finner vi videre at policyen er at en fordeler oppgaver og delegerer myndighet ut fra den enkeltes interesser («privat aktør 2», 2011).

Også på «privat sykehjem 1» skal alle ansatte i større stillinger ha et eget ansvarsområde, som de blir målt på. Det skal fungere som en motivasjonsfaktor, samtidig som det er en måte å ansvarliggjøre den enkelte på, sier daglig leder.

Daglig leder sier også at det handler om å finne det folk er gode på og interessert i for å motivere de og for å få inn spesiell kompetanse i sykehjemsdriften. Det er også en måte å få de ansatte til å føle seg sett på. Sykehjemmet har også tatt i bruk forskjellige ansvarsområder blant annet med den hensikt å redusere sykefraværet.

I et intervju med avdelingslederen på «kommunalt sykehjem 1» får vi vite at de ansatte i større stillinger har tilleggsoppgaver. Ledelsen prøver å hente ut de ressursene de ansatte har.

For eksempel ønsker en å finne ut om noen er gode på å organisere etc. Slike oppgaver må likevel knyttes opp mot det faglige sier institusjonssjefen.

*«Vi er et B- sykehus og må være gode på det sykepleierfaglige. Det betyr at vi må ha et stort sykefaglig fokus.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

På sykehjemmet prøver ledelsen å fordele oppgaver til den enkelte ansatt, blant annet har de en bleiekontakt og en hygieneansvarlig m.m.

Da nåværende institusjonssjef på «kommunalt sykehjem 2» startet som leder for to år siden, var det mange ting som ikke fungerte på sykehjemmet. Den gangen visste de ansatte knapt hvilke pasienter de var primærkontakt for (det er nå mer generelle regler for at alle beboere på sykehjemmet skal ha en primærkontakt blant de ansatte). Lederen har så langt derfor ikke lagt noe særlig vekt på å bruke de ansattes eventuelle talent til å finne passende ansvarsområder og på den måten å motivere personalet. Institusjonssjefen begynte fra begynnelsen og tok tak i det hun mente var det viktigste. Det har i sin tur gjort at andre ting, som å finne ansvarsområder som i størst mulig grad er i henhold til den ansattes interesser, ikke er blitt prioritert. Til tross for det er det en del ansatte med individuelle ansvarsområder utover de daglige gjøremålene, også på «kommunalt sykehjem 2». Det er for eksempel én ernæringskontakt i avdelingene, én trivselskontakt, én superbruker i Gerica (elektronisk pasientjournalssystem), én bleiekontakt og ett verneombud m.m.

Ut fra hva som er blitt sagt i intervjuene har vi lært at alle sykehjemmene opererer med ansvarsområder for de ansatte i større stillinger, uansett om det er et kommunalt eller et privat sykehjem. Det kan dermed fungere som motivasjonsfaktorer for personalet på samtlige sykehjem. Noen stor forskjell mellom de private og de kommunale sykehjemmene har vi derfor ikke funnet i det tilfellet.

Det ser imidlertid ut for oss som at ledelsen i de private sykehjemmene strekker seg litt lenger enn de kommunale for å finne hvem som passer best til et ansvarsområde, og for på den måten å motivere personalet samtidig som sykehjemmet kan dra nytte av de ansattes kunnskap.

Hvis vi sammenligner de fire sykehjemmene, ser det for oss ut som at «privat sykehjem 2» er det sykehjemmet som strekker seg lengst for å finne passende ansvarsområder for den enkelte

ansatte. «Privat sykehjem 1» og «kommunalt sykehjem 1» ser ut til å ha et like stort fokus på å finne passende ansvarsområder for hver enkelt ansatt, mens «kommunalt sykehjem 2» er det sykehjemmet som etter vår oppfatning har lagt minst vekt på det så langt.

## 24. Mulighet for å bli avdelingsleder og teamleder

En forskjell mellom de to driftsfilosofiene *brukerorientert* og *fagorientert*, beskrevet i kapitlet «Brukerorientert versus fagorientert», er at det i sykehjem som praktiserer den *fagorienterte* modellen er lettere å bli leder hvis en har formell utdanning. I den *brukerorienterte* modellen legges det i stede større vekt på personlige egenskaper når en rekrutterer ledere (Dahl og Gullikstad 2002, side 64- 65).

Sykehjemsetaten satte i 2007 i gang et prosjekt som de kalte prosjekt «Bemanning». Prosjektet foreslo veiledende standarder for lederstruktur og bemanning på sykehjemmene. Det innebærer i praksis at det blir stilt formelle kompetansekrav til ansatte som skal inneha en lederstilling på de kommunale sykehjemmene (Sykehjemsetaten, 2008).

I dag ser kompetansekravene slik ut:

- *Ledelsesnivå 1:* Institusjonssjefen skal være autorisert sykepleier, eventuelt ha annen helsefaglig utdanning. I tillegg må en ha minimum 60 studiepoeng i lederutdanning på høyskolenivå.
- *Ledelsesnivå 2:* Avdelingslederen skal ha sykepleierutdanning. Det er også ønskelig med ledelsesutdanning, i tillegg til personlige egenskaper og tidligere gode resultater (Sykehjemsetaten, 2008 side 2).

Vi ser at formell utdanning spiller en betydelig rolle ved rekruttering av ledere på de kommunale sykehjemmene. Sykehjemsetaten tilbyr i tillegg de ansatte videreutdanning, og tilrettelegger for det i samarbeid med ulike utdanningsinstitusjoner (Kommunerevisjonen 2009, side 41).

Ettersom Sykehjemsetaten ønsker at lederne i sykehjemmene skal ha ledelsesutdanning ble det i 2007 og 2008 gjennomført ledelsesopplæring og kompetanseheving for institusjonsledere og avdelingsledere ved sykehjemmene. Det ble for eksempel etablert opplæringsprogram for de lederne som var nye i rollen. Det ble også opprettet et lederutviklingsprogram i 2009 (Kommunerevisjonen 2009, side 41).

I tillegg forteller daglig leder på «kommunalt sykehjem 2» at det i regi av Sykehjemsetaten arrangeres kurs i ledelse på 30 studiepoeng for de kommunale avdelingslederne som ikke har slik utdanning fra før.

Kravet om at avdelingslederne må ha sykepleierutdanning oppfylles av samtlige avdelingsledere på «kommunalt sykehjem 1» og på «kommunalt sykehjem 2».

Når det gjelder ønsket om ledelsesutdanning for avdelingslederne, forteller institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1» at de fleste avdelingslederne har en form for ledelsesutdanning. Fem av avdelingslederne på sykehjemmet har lederutdanning, to av avdelingslederne tar lederutdanning ved siden av jobben, en av avdelingslederne starter opp med lederutdanning høsten 2012 samt at to ikke ennå har lederutdanning (det er inklusive ledene for stabsavdelingene).

*«For alle avdelingslederstillinger jeg lyser ut nå, krever jeg lederutdanning og sykepleierutdanning. Det gjelder for alle avdelingslederstillinger i Sykehjemsetaten. For institusjonssjef kreves det master i ledelse og 3 årlig helse- og sosial høyskole.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

På «kommunalt sykehjem 2» er det kun én avdelingsleder som ikke har lederutdanning, mens de fleste har minimum 30 studiepoeng i ledelse.

Grunnen til at ikke samtlige avdelingsledere har ledelsesutdanning i de kommunale sykehjemmene, er at noen av dem har vært leder fra tidligere før kravet ble fastsatt, forteller institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2».

Det er derimot ikke noe krav om at teamlederne skal ha sykepleierutdanning i de private sykehjemmene, selv om det mange ganger er tilfelle. Og selv om det rent formelt er stillingsbeskrivelser som inneholder hvilke ferdigheter som forventes ved nyansettelser er det

ikke et krav om at de må oppfylles, dersom den søkende har andre komplementære ferdigheter sier daglig leder på «privat sykehjem 2».

På «privat sykehjem 2» er det fem av seks teamledere som har sykepleierutdanning og fem av seks som ikke har ledelsesutdanning. Utdanning spiller dermed ikke en like stor rolle ved rekruttering av ledere i de private sykehjemmene som på de kommunale.

*«Utdanning er selvfølgelig viktig, men personlige egenskaper er det som teller mest når vi rekrutterer ledere. Det skaper motivasjon at «hvem som helst» kan bli leder. Her kan også hjelpepleiere blir teamledere.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

På «privat sykehjem 2» er det heller ikke noe krav om at *daglig leder* skal ha ledelsesutdanning, noe daglig ikke har. Han fikk i stede jobben på erfaringsmessig grunnlag, og på personlighet. Det råder altså samme ansettelsesfilosofi for daglig leder som for teamlederne i det tilfellet.

På «privat sykehjem 1» kan teamlederne være både sykepleiere og hjelpepleiere.

*«For å bli teamleder må en ha ansenitet og personlige lederegenskaper. Teamlederne skal være de beste personallederne. De skal motivere, «løfte», og få til yrkesstolthet blant de ansatte. Det er ikke veldig viktig om de er sykepleier eller hjelpepleier.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

På «privat sykehjem 1» er tre av åtte teamledere hjelpepleiere, resten sykepleiere.

Daglig leder på «privat sykehjem 1» skriver i en epost til oss at alle teamlederne har fått «privat aktør 1» sin lederopplæring, og at sykehjemmet har kontinuerlig lederutvikling på gang med forskjellige kurs og samlinger/ seminarer. I tillegg har de fleste teamlederne en del kurs i ledelse, men ingen av teamlederne har en ferdig grad.

Vi ser her forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene. Kravene til utdanning for å inneha en lederstilling er mye større i de kommunale enn i de private sykehjemmene. Forskjellene gjelder kompetansekrav både for teamledere/ avdelingsledere og daglige ledere/ institusjonssjefer.

Kravet om ledelsesutdanning for begge ledelsesnivåene er strengere i de kommunale enn i de private sykehjemmene. Likevel tilbyr samtlige private sykehjem ledelseskurs for teamledere som ikke har ledelsesutdanning.

Forskjellen når det gjelder krav om sykepleierutdanning for avdelingslederne/ teamlederne er det som i størst grad skiller de private sykehjemmene fra de kommunale.

## **24.1. Fordeler og ulemper med krav til utdanning hos lederen**

Basert på våre intervjuer med sykehjemslederne, avdelingslederne og teamlederne, ser vi at de private sykehjemmene i større grad slutter seg til den brukerorienterte modellen, mens de kommunale i større grad slutter seg til den fagorienterte. Vi kan anta at de to filosofiene byr på både fordeler og ulemper.

Forfatterne av boken; «Sykehjem i drift: Privat versus kommunal organisering av tjenester» viser til at den fagorienterte filosofien legger større vekt enn den brukerorienterte på formell utdanning hos ledelsen, hvilket innebærer at lederen kjenner til « den faglige diskursen» på sykehjemmet og dermed kan se at kunnskapen blant personalet blir brukt for å tilby kvalitativt gode tjenester. I den fagorienterte filosofien legges det stor vekt på den enkelte ansattes faglige kunnskap.

Den brukerorienterte filosofien bygger på den andre siden på at god ledelse ikke er like avhengig av fagkunnskap men i stede at lederen skal få de ansatte i teamet til å samarbeide på best mulig måte, og på den måten skape en gruppedynamikk (Dahl og Gullikstad 2002, side 60- 61).

At Sykehjemsetaten har standarder for hvilken utdanning som skal til for å bli leder i de kommunale sykehjemmene kan nok sikre et godt lederskap og tydelige retningslinjer når en foretar ansettelse. Det kan vi tenke oss skaper gode forutsetninger for kvalitativt gode tjenester.

Bakgrunnen for kravet om sykepleierutdanning for avdelingslederne i de kommunale sykehjemmene er at den enkelte får større faglig forståelse for det arbeidet som pågår ute i avdelingene. Avdelingslederne skal både kunne bistå med faglig kompetanse og kunne veilede personalet når det trengs forteller en av institusjonssjefene.

Samtidig hindrer krav til formell utdanning at sykehjemmet får mulighet til å ansette personer med den «riktige» personligheten, men som mangler formell utdanning. Det har i stede de private sykehjemmene mulighet til. Det er noe som kan bidra til at de private sykehjemmene kan rekruttere godt personell, samtidig som de kan oppnå lavere lønnskostnader.

Daglig leder på «privat sykehjem 2» sier at muligheten for å bli leder hvis en gjør en god jobb finnes til tross for manglende utdanning, og kan bidra til at de ansatte gir det lille ekstra og føler seg motivert.

Daglig leder på «privat sykehjem 2» forteller også at han er veldig observant på personlige ildsjeler uansett utdanning, og mener at de kan gjøre en vel så god jobb som de med formell utdanning. Har en person de personlige egenskapene som trengs og i tillegg brenner for å arbeide med eldre personer i livets slutfase, skal det være mulig å få utvidede ansvarsområder og eventuelt også stige i gradene mener han.

Sykehjemmet får på den måten også et bredere utvalg av søkere til lederstillinger hvis det ikke foreligger krav om formell utdanning. På den måten får sykehjemmet en mulighet til å ansette ledere med verdifulle personlige egenskaper, selv om formell utdanning mangler.

Ettersom samtlige sykehjem har begrensede ressurser, og dermed må være veldig klare på hvilke kostnader de prioriterer, kan muligheten for å ansette ledere uten formell utdanning også være en mulighet for sykehjemmet til å spare kostnader. Slike ressurser kan i stede tillegges andre kvalitetsfremmende tiltak.

Da avdelingslederne på de kommunale sykehjemmene i tillegg til veiledning av personalet har en administrativ rolle, og teamlederne på de private sykehjemmene har en delvis operativ og delvis administrativ rolle, mener vi at en bør se over om det er hensiktsmessig i de kommunale sykehjemmene å ha sykepleiere i slike administrative roller, eller hvis sykehjemmet kan øke tjenestekvaliteten/ spare penger ved å inspireres av de private sykehjemmene. Kort og godt at sykehjemmet ikke prioriterer ressursene slik at den lar de med

sykepleierutdanning sitte med administrative oppgaver, men i stede har direkte kontakt med beboerne og på den måten lar de utøve faget sitt.

I kapitlet om motivasjon fant vi også ut at en av de faktorer ved jobben som gjør at sykepleierne kan føle seg umotivert er at de ikke får praktisere faget sitt i den grad de ønsker. Det er noe vi også kan ta i betraktning i forhold til avdelingsledernes/ teamledernes arbeidsoppgaver.

Samtidig sier en av teamlederne på «privat sykehjem 2» at det blir vanskeligere å være teamleder og veilede personalet hvis en mangler sykepleierkompetanse. Hun mente at det burde være et krav med sykepleierutdanning for å få en teamlederstilling (i det sykehjemmet er teamlederne delvis operative). I de avdelingene på de private sykehjemmene der teamlederen ikke har sykepleierutdanning er det imidlertid sykepleiere til å spørre om råd.

## **25. Avdelingsleder/ teamlederens rolle**

Hvilken ledelsesfilosofi som råder i en bedrift har mye å si for tjenestekvalitet og hvordan virksomheten fungerer skriver SINTEF Helse (Paulsen m.fl. 2004, side 85).

De to driftsfilosofiene «*brukerorientert*» og «*fagorientert*», omtalt i kapitlet «Brukerorientert versus fagorientert», legger ulik vekt på organisering av kompetanse og oppdeling av arbeidsoppgaver i sykehjemmene. Den brukerorienterte filosofien innebærer en flat struktur med filosofi om at «alle gjør alt». Den fagorienterte driftsfilosofien innebærer på den andre siden i stede en filosofi om «rett person på rett plass » (Dahl og Gullikstad 2002, side 64- 67).

Vi har derfor valgt å se litt nærmere på teamlederne og avdelingsledernes rolle i de fire sykehjemmene i oppgaven vår. Er det en forskjell i hvordan avdelingslederne/ teamledernes rolle og arbeidsoppgaver ser ut mellom sykehjemmene, og hva kan i så fall den forskjellen bestå av?



## 25.1. Våre funn

På de kommunale sykehjemmene vi besøkte har avdelingslederne i hovedsak en administrativ stilling. De har fagansvar, personalansvar og økonomiansvar. Fagansvaret kan delegeres ned til de ansatte som jobber ute i avdelingene. Avdelingslederne kan derimot ikke delegere ned personal- og økonomiansvaret. I tillegg til de administrative oppgavene skal avdelingslederne kunne gå inn og veilede personalet som jobber ute i avdelingene. Avdelingslederne skal i tillegg kunne arbeide som sykepleier i en avdeling hvis det skulle være nødvendig, for eksempel ved sykdom.

På «kommunalt sykehjem 1» er det en ledergruppe bestående av ti avdelingsledere der samtlige avdelingsledere har sykepleierutdanning.

*«Avdelingslederne skal kunne følge opp og veilede personalet i arbeidet sitt, de skal også legge føringer for hvordan avdelingen skal ledes. Avdelingslederne er i utgangspunktet ikke ute og jobber i pleien, dette skjer kun ved sykdom eller ved veiledning og korrigering.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1»)

Avdelingslederne er heller ikke inkludert i pleiefaktoren og regnes ikke som en del av den daglige driften, selv om institusjonssjefen ønsker at avdelingslederne skal være mest mulig ute i avdelingene.

Også institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» forteller oss at avdelingslederne i utgangspunkt ikke er ute og jobber i avdelingene.

*«Avdelingslederne forventes ikke å gå og stelle pasienter, men de skal gå i sykepleieruniform, og de skal vite hvordan de ansatte jobber, for å kunne veilede og hjelpe personalet når det trengs.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Hun gir oss også et eksempel der hun oppdaget at en av avdelingslederne hadde hjulpet til med frokosten på morgenen på sin avdeling. Det fordi de ansatte på avdelingen klaget over stress og for mange arbeidsoppgaver. At avdelingslederen hjalp til med denne type

arbeidsoppgaver aksepterte institusjonssjefen ikke. Hun forklarte i stede for avdelingslederen at hun som avdelingsleder skal ta en sjefsrolle og ikke gå inn å arbeide på avdelingen i en slik situasjon. De ansatte er voksne mennesker og bør ikke klage over slike ting.

Hvis det derimot er mangel på sykepleiere og kun avdelingslederen til stede er det på den andre siden uakseptabelt hvis avdelingslederen ikke går ut og jobber i avdelingen, forteller institusjonssjefen videre.

Her skiller de private sykehjemmene seg noe fra de kommunale.

På «privat sykehjem 1» har teamlederne en stillingsbeskrivelse som innebærer å være delvis operativ delvis administrativ. Daglig leder legger videre vekt på at teamledernes stillingsbeskrivelser ikke innebærer en viss prosentsats som forteller hvor mye en teamleders dag skal bestå av administrative og operative oppgaver. Hun lar isteden teamlederne i størst mulig grad selv bestemme over dagen sin, og de får lov til å organisere dagen på den måte de selv finner mest hensiktsmessig. Målet er likevel at teamlederne skal være med på morgenstellet tre til fire ganger i uken, og at teamlederne organiserer dagen sin sånn at de får mest mulig tid til beboerne.

*«At teamlederen er med ute i avdelingen bidrar til fellesskapet. En del av motivasjonen for at teamlederne skal ha en delvis operativ tjeneste er at teamlederen ikke mister sin autoritet ved å være med i den daglige pleien. Det fører i stede til mindre distansering mellom de ansatte og lederen. Samtidig får lederen faktisk mer respekt ved å være med ute i pleien. På den måten ser de ansatte at teamlederen har kunnskap om den jobben de ansatte utfører.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

På «privat sykehjem 1» har teamlederne ansvaret for økonomi og personal, samtidig har fagteamet det overordnede faglige ansvaret. Fagteamet består av personer som bruker sin arbeidsdag på faglige spørsmål, veiledning, opplæring og støtte. De har ingen administrative eller økonomiske oppgaver i stillingene sine.

På «privat sykehjem 2» består en teamleders stilling i å være ca. 50 prosent administrativ og ca. 50 prosent operativ, lignende ordningen på «privat sykehjem 1». Her har teamlederne ansvar for fag, personal og økonomi. I tillegg har daglig leder på «privat sykehjem 2» jobbet for å få gjennom en kultur om at den første som ser en arbeidsoppgave som trengs å gjøres,

må utføre oppgaven med forutsetning om at en har autoritet til det. Det gjelder også for teamlederne.

Vi ser en tydelig forskjell mellom de private og de kommunale sykehjemmene. Det råder forskjellige filosofier om ledelsens rolle i sykehjemmet.

De private sykehjemmene i oppgaven vår nærmer seg en brukerorientert driftsfilosofi, da lederne i tillegg til administrative oppgaver også jobber ute i pleien mer eller mindre daglig. At lederne jobber ute i pleien bidrar til at sykehjemmet nærmer seg en filosofi om at «alle gjør alt», noe som er representativt for den brukerorienterte modellen.

De kommunale sykehjemmene på sin side nærmer seg en fagorientert driftsfilosofi, da lederne i hovedsak jobber med administrative oppgaver.

Samtidig ser vi at arbeidskraften utnyttes forskjellig på de kommunale og de private sykehjemmene.

At teamlederne jobber mer ute i pleien i de private sykehjemmene tyder på en flatere organisasjonsstruktur, mens det ser ut til å være en større distansering mellom de ansatte og avdelingslederne på de kommunale sykehjemmene.

## **26. Daglig leders/ institusjonssjefens synlighet og rolle**

Det er indikasjoner på at en ledelse som er synlig i avdelingene kan ha en motiverende effekt på personalet (jf. kapitlet om motivasjon).

Hvor mye daglig leder er ute i avdelingene forteller i tillegg noe om i hvilken grad sykehjemmet praktiserer en flat versus hierarkisk struktur, og i hvilken grad sykehjemmet nærmer seg en brukerorientert eller en fagorientert driftsfilosofi, som forfatterne av boken «Sykehjem i drift, kommunal versus privat organisering av tjenester» skriver om. Vi finner

det derfor interessant å se nærmere på om det er noen forskjeller mellom sykehjemmene når det gjelder institusjonssjefens/ daglig leders synlighet ute i avdelingene.

## 26.1. Våre funn

På «privat sykehjem 2» har daglig leder som mål å være innom hver avdeling minst to ganger per dag, ettersom han ønsker å ha en direkte kontakt med de ansatte som ikke bare går gjennom teamlederne.

Daglig leder forteller også at han kan ha mange forskjellige typer oppgaver i løpet av en arbeidsdag. Det innebærer også arbeid ute i avdelingene, hvilket i utgangspunkt ikke hører til det å være daglig leder. Den dagen vi intervjuet han om hans rolle på sykehjemmet hadde han forhandlet om lønn, utført vaktmesteroppgaver, utført sykepleieroppgaver, besøkt en døende pasient og hatt samtale med pårørende. Han hjelper til der det trengs, noe som inngår i driftsfilosofien på sykehjemmet.

*«Jeg tror ikke på instruksjer. Jeg ønsker i stede å bruke eksemplets makt, og på den måten fungere som en rollemodell for personalet. Hvis jeg går foran med et godt eksempel, kan jeg forvente det samme av de ansatte.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Et eksempel på det er at daglig leder selv tente lys rundt omkring på sykehjemmet hver morgen i 5- 6 måneder for å jakte på den gode følelsen hos beboerne. Etter hvert startet resepsjonisten også å tenne lys om morgenen, og etter hvert startet også andre ansatte.

På sykehjemmet er det en policy som tilsier at alle inklusivt daglig leder skal være oppmerksom på oppgaver som trengs å gjøres. Hvis det ikke er mulighet til å delegere en oppgave skal en selv utføre den, uansett om det dreier seg om snømåking eller å bytte lypærer. Det gjelder uansett om oppgaven ligger innenfor eller utenfor den enkeltes ansvarsområde (forutsatt at en har autoritet til å utføre oppgaven).

Også på «privat sykehjem 1» prøver daglig leder å holde kommunikasjonen med alle ansatte, og hun prøver å være ute i avdelingene så mye som hun får tid til. Hun prøver å få til minst én tur ut i avdelingene hver dag for å se hva som foregår og for å holde kontakten med sine ansatte.

Hun sier at daglig leders nærvær kan øke motivasjonen hos de ansatte. De har på sykehjemmet også en kultur for at daglig leder gjerne stopper opp og snakker med folk, og hun hilser på alle nye når hun er rundt i huset. Hun legger vekt på hvor viktig det er å være synlig som leder.

Vi ser en lignende tendens på «privat sykehjem 1» som på «privat sykehjem 2», at daglig leder er synlig ute i sykehjemmet. Tendensen ser likevel ut til å være noe sterkere på «privat sykehjem 2». Vi fikk ikke fram noen informasjon om at daglig leder utførte forskjellige arbeidsoppgaver på avdelingene på «privat sykehjem 1».

Da vi spurte de kommunale institusjonssjefene hvor ofte de er ute i avdelingen, fikk vi vite at de ikke er ute og jobber noe i avdelingene. Både fra «kommunalt sykehjem 1» og fra «kommunalt sykehjem 2» fikk vi i tillegg svaret at institusjonssjefen er lite ute i avdelingene.

Daglig leder på «kommunalt sykehjem 2» opplever det også som et problem når en av avdelingslederne «for» ofte ber institusjonssjefen komme til sitt kontor, da hun heller ser at teamlederen burde komme til institusjonssjefens kontor. Det blant annet på grunn av tidsmangel.

Institusjonssjefen går likevel ut i avdelingene for å veilede avdelingslederne, da hun ønsker at de skal gjøre en så god jobb og være så gode ledere som mulig.

På «kommunalt sykehjem 1» er institusjonssjefen ikke mye ute i avdelingene, da tiden ikke strekker til. Vi fikk vite at hun for det meste bare rekker å gjøre oppgaver på kontoret. Hvis institusjonssjefen er ute på avdelingene er det stort sett for å veilede avdelingslederne.

Vi ser noen forskjeller i lederrollen mellom de kommunale og de private sykehjemmene. Vi ser en mer hierarkisk struktur i de kommunale sykehjemmene, og på den måten aner vi en større distansering mellom leder og ansatt. Det ser også ut til at sykehjemmene i forskjellig grad nærmer seg en fagorientert versus en brukerorientert driftsfilosofi.

Det sykehjemmet som i størst grad praktiserer en brukerorientert driftsfilosofi er «privat sykehjem 2». Også «privat sykehjem 1» nærmer seg en brukerorientert driftsfilosofi. På den

andre siden ser det ut som at de to kommunale sykehjemmene i større grad nærmer seg en fagorientert driftsfilosofi.

Hvordan sykehjemmet bruker lederne og deres arbeidskraft skiller seg også mellom de private og de kommunale sykehjemmene.

## **27. Lederens rolle ved ansettelse**

Vi ønsker også å se på rutine omkringing ansettelse. Det kan fungere som en av indikatorene på ansvarsfordeling og beslutningsmyndighet i og utenfor sykehjemmet. Samtidig kan rutine for nyansettelse ha innvirkning på hvem som blir ansatt, noe som i sin tur kan være med på å påvirke tjenestekvaliteten på sykehjemmene.

### **27.1. Våre funn**

Hvem som tar seg av ansettelse av nye medarbeider på «privat sykehjem 2» har endret seg fra i begynnelsen da «privat aktør 2» tok over driften av sykehjemmet. I starten var daglig leder med på alle intervjuer og kalte også selv inn søkere. Daglig leder mener han den gang hadde et bedre blikk enn teamlederne for hvilke søkere som passet til forskjellige stillinger og dermed burde ansettes.

Daglig leder har også selv valgt alle teamlederne som jobber på sykehjemmet per i dag. Nå har teamlederne stort sett tatt over oppgaven med ansettelse for sine respektive team. Det er likevel fortsatt daglig leder som til slutt må skrive under kontrakten med den nyansatte. Når det gjelder faste store stillinger har daglig leder og kvalitetssjef noe mer innvirkning på ansettelsen, enn når det gjelder mindre stillinger som vikarer.

For «privat sykehjem 2» er policyen å praktisere det såkalte «bestefarprinsippet». Det betyr at hvis daglig leder ansetter en ny teamleder må daglig leders sjef godkjenne ansettelsen, og hvis teamleder ansetter en ny medarbeider må daglig leder godkjenne denne ansettelsen. På den måten ønsker en å sikre gode valg i ansettelsesfasen på alle nivåer.

På «privat sykehjem 1» er også rutinen at teamlederne tar seg av innkalling til intervjuer og ansettelse personer i mindre stillinger. Når det handler om større faste stillinger er daglig leder eller fagsjef også medvirkende.

Når det gjelder de private sykehjemmene er altså ikke «privat aktør 1» eller «privat aktør 2» med under nyansettelsesfasen på sykehjemmene, utover når det ansettes nye teamledere eller hvis det skulle ansettes en ny daglig leder. Det forvaltes lokalt.

Når det gjelder de kommunale sykehjemmene ser vi her en forskjell fra de private. Det fordi Sykehjemsetaten og kommunen har en viss innvirkning på ansettelse av nytt personale på sykehjemmet.

Når det blir en ledig stilling i et kommunalt sykehjem skal en først ta hensyn til om det er søkere som Sykehjemsetaten plikter å finne jobb til (de som har fortrinnsrett).

Fortrinnsretten i kommunen innebærer at sykehjemmet plikter å ansette en søker som er ansatt i kommunen, men som står uten arbeid.

Det kan skje hvis søkeren tidligere har hatt en jobb i kommunen, men at den tidligere arbeidsplassen er blitt nedlagt. Hvis søkeren oppfyller de kvalifikasjonene som framgår i stillingsannonsen, får hun eller han fortrinnsrett til stillingen. Det skal mye til for at sykehjemmet ikke ansetter en person med *fortrinnsrett*, forteller institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2». Søkeren trenger ikke engang å ha jobbet på sykehjem tidligere.

Får institusjonssjefen på et av de kommunale sykehjemmene inn en søker med fortrinnsrett, må hun legge til side alle andre søknader.

Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» forteller at det likevel er et lite slingringsmonn. Ordningen har ført til at institusjonssjefen selv tar seg av intervjuene med søkerne som har fortrinnsrett, for å se om det er nødvendig å finne sterke argumenter for å slippe å ansette vedkommende.

Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2» forteller også at ordningen med fortrinnsrett skaper problemer, da det minsker friheten til hvem hun kan ansette på sykehjemmet.

I de tilfeller der ingen av søkerne har fortrinnsrett kan avdelingslederne ta seg av alle intervjuer, da det inngår i avdelingsledernes personalansvar.

I forhold til de private sykehjemmene er friheten hos de kommunale sykehjemmene derfor noe begrenset når det gjelder ansettelse av nytt personell.

Vi ser her både likheter og forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene.

Når det ikke forekommer noen søkere med fortrinnsrett foregår ansettelsesprosessen likt mellom de private og de kommunale sykehjemmene. Da er det avdelingslederne/ teamlederne som har ansvaret for å ansette nytt personell. Det som skiller sykehjemmene er fortrinnsretten som gjelder alle de kommunale sykehjemmene, og som bidrar til at de private sykehjemmene har større frihet i ansettelsen av nye medarbeidere. På grunn av fortrinnsretten må daglig leder på «kommunalt sykehjem 2» ta seg av noen intervjuer.

Fortrinnsretten ser dermed ut til å være en bidragende faktor til at de private sykehjemmene er friere i ansettelse av nye medarbeidere.

De kommunale sykehjemmene må på grunn av fortrinnsretten til tider tilby jobb til søkere de ellers ikke ville ansatt. Det mener vi kan være en bidragende faktor til at de private sykehjemmene kommer bedre ut enn de kommunale i brukerundersøkelsen.

## **28. Mulighet for individuell lønn**

Vi vil se på muligheten til å få individuell lønn basert på prestasjoner og innsats, og se på om det er forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene, i forhold til hvordan de belønner sine ansatte, og dermed kan oppnå høyere motivasjon, noe som kan ha konsekvenser for kvaliteten og brukertilfredsheten.



## 28.1. Teori

*«Arbeidsinnsats er en funksjon av motivasjon, og belønning i form av fast og variabel lønn er et sentralt stimulerende virkemiddel.»*

(Haukedal 2005, side 125)

*Kollektiv lønn* knytter den enkeltes lønn til arbeidstakerens stilling, kompetanse og øvrige egenskaper. Kollektiv lønn er nedfelt i tariffavtale mellom bedriften og den enkeltes fagforening. Lønnplasseringen av stillingen gjenspeiler arbeidets krav til kvalifikasjoner, ansvar i jobben, knapphet på kvalifisert personell i markedet, og partenes forhandlingsstyrke (Colbjørnsen, 2005).

*Individuelle lønnsavtaler* er spesifikke for den enkelte arbeidstaker. Lønnen knyttes opp til særegne elementer i arbeidsforholdet (arbeidsoppgaver, kompetanse og prestasjoner), og til den enkeltes attraktivitet i markedet. Individuell lønn fastsettes direkte mellom bedrift og arbeidstaker. I noen tilfeller gis det individuelle tillegg på toppen av den lønnen som er fastsatt i den kollektive lønnsavtalen (Colbjørnsen, 2005).

*«Incentiver innebærer at en person eller en gruppe personer mottar en belønning som resultat av vedkommendes aktiviteter eller beslutninger. Belønningen påvirkes direkte av det den enkelte gjør, og atferden påvirkes av belønningene.»*

(Hoff 2009, side 428)

Forskning viser at ellers like ansatte kan variere med rundt 50 prosent når det gjelder produktivitet, og lønn er en av årsakene til slike ulikheter (Haukedal 2005, side 125).

Det kan også være en del problemer knyttet til individuell belønning:

- Det kan være fare for favorisering fra lederne som tilbyr belønning.
- Inkonsistente kriterier kan benyttes av forskjellige ledere for å vurdere den enkelte ansatte.
- All informasjon knyttet til den ansatte er ikke nødvendigvis tilgjengelig.
- Informasjonen blir ikke nødvendigvis tolket objektivt.
- De som vurderer kan vurdere den ansattes prestasjoner som gjennomsnittlige, kanskje for å unngå kontroverser.

- De som vurderer kan se på utpregede gode eller dårlige enkeltprestasjoner, og kanskje ignorere den gjennomsnittlige prestasjonen.
- Belønningssystemer krever ekstra arbeid (Hannagan 2008, side 360- 361).

John Atkinson hevder at det er viktig for bedriften å kunne oppnå fleksibilitet gjennom forskjellsbehandling av de ansattes lønn. De kan føre til at en beholder de som presterer godt nok, samtidig som en blir kvitt de som ikke presterer godt nok (Ramsdal m.fl. 2009, side 52).

Bård Kuvaas presenterer to hovedtilnærminger til hvordan organisasjoner kan forvalte sine menneskelige ressurser. De baserer seg på to helt forskjellige forutsetninger om de menneskelige ressursene i en organisasjon. Forutsetningene inkluderer blant annet ulike teorier om hva som motiverer ledere og medarbeidere, som igjen er avgjørende for hvordan faktisk ledelse og organisering utøves (Kuvaas 2008, side 15). De to hovedtilnærmingene er *hard* HRM og *myk* HRM.

*Hard* HRM, også kalt økonomisk basert eller kontrollorientert HRM, baserer seg på forutsetninger om jobbmotivasjon og atferd som enten innebærer at alle ansatte i utgangspunktet er umotiverte og late, eller opportuniste som kun er opptatt av å følge sin egeninteresse (Kuvaas 2008, side 17).

Som allerede nevnt refererer *ytre motivasjon* til atferd hvor drivkraften for atferden kommer fra ytre belønninger, som for eksempel å få skryt, å bli framstilt i et godt lys eller å tjene penger. Andre eksempler på ytre motivasjon er lønn, bonus, frynsegoder, forfremmelse eller å unngå straff som for eksempel å bli oppsagt eller degradert (Kuvaas 2008, side 17).

Innenfor *myk* HRM antar en at de ansatte liker å gjøre en god jobb, at de ønsker å utvikle sine ferdigheter, og at de gjerne deltar frivillig i oppgaver som bidrar til å nå organisasjonens mål (Kuvaas 2008, side 17).

En kan lede de ansatte gjennom å sørge for indre motiverende jobbdesign og gjennom å styrke de psykologiske og sosiale båndene mellom ansatte og ledelse som gjør at de ansatte ønsker å gjøre en ekstra innsats, såkalt normativ indre motivasjon (Kuvaas 2008, side 17- 18).

Tiltak som kollektive belønningssystemer, for eksempel overskuddsdeling, utvikling av ansattes ferdigheter og tilbud om karrieremuligheter, delegering av ansvar, stor grad av autonomi osv., antas å føle til lojale, involverte og engasjerte ansatte, som igjen forventes å levere det lille ekstra som gjør at organisasjonen lykkes (Kuvaas 2008, side 18).

## 28.2. Våre funn

Vi har i løpet av intervjuene våre sett at i kommunen lønner en ut fra stillingskategori og lønnstrinn (kollektiv lønn), mens i private sykehjem er det mulighet for å få individuell lønn i tillegg til den kollektive lønnen (kollektiv lønn for de private sykehjemmene er fastsatt i tariffavtale mellom NHO Service og fagforbundene, også kalt pleie- og omsorgsoverenskomsten).

Daglig leder på «privat sykehjem 2» hevder de som fortjener det skal få mest lønn. Det kan være uenighet mellom fagforbundene og sykehjemmet om hva den enkelte ansatte fortjener, men daglig leder er flinkere til å se hva den enkelte kan. Han kan når som helst gi lønnsforhøyelse.

*«Daglig leder har et bedre bilde av hva den enkelte ansatte fortjener, ut i fra innsats og kompetanse, enn det som fagforbundet eller kommunen ser.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Hos de private aktørene er det en bevist strategi å bruke lønn til å konkurrere om den beste arbeidskraften. De kan gjøre det så lenge de ikke konkurrerer mot andre sykehjem innenfor samme konsernet.

*«Vi har noen standarder rundt lønn som teamledere følger ved ansettelser. Hvis det er grunnlag å avvike disse, drøftes det med meg.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1» )

Daglig leder på «privat sykehjem 1» sier også at konkurranseutsettingen har gitt rom for mer effektive incentivordninger. Det har sammenheng med at de gir de ansatte mer ansvar, og på den måten synliggjør den enkelte.

*«Vi har tariffavtale både med Fagforbundet og NSF som legger retningslinjer i forhold til lønninger og rettigheter. I praksis lønner vi godt over disse minstesatser, det jo konkurranse over «de beste hodene.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 1»)

I «privat aktør 2», som driver «privat sykehjem 2», er det bonusordninger for lederne. Det vil si at daglig leder på «privat sykehjem 2» mottar bonuslønn dersom selskapet, og sykehjemmet, går bra økonomisk. Selskapet har også bonusordninger for sine ledere som går på ting som for eksempel positive medieoppslag. Det er i følge daglig leder på «privat sykehjem 2» ulike måter som «privat aktør 2» måler bonuslønnen til daglig leder på.

*«En bør ikke jobbe for bonusen, men for kvaliteten.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

Daglig leder på «privat sykehjem 2» har en filosofi at dersom de har spart mye penger på overtid osv., og sykehjemmet har gjort det bra økonomisk, så bruker han heller ekstra penger på kulturarrangement, leie inn ekstrapersonell på farsdag o.l., gjøre noe ekstra for de ansatte eller andre ting som bidrar til trivsel både for beboerne og for de ansatte på sykehjemmet.

*«Vi ligger ca. 30 000 under i lønn enn i kommunen. De kommunale lønningene varierer mye. Kommunen har best lønn og best pensjon.»*

(Daglig leder på «privat sykehjem 2»)

I kommunale sykehjem lønnes alle innenfor stillingskategori og lønnstrinn. En starter på nederste lønnstrinn når en starter på et nytt sykehjem. Det er en bevist strategi fra Sykehjemsetatens side for å unngå konkurranse mellom de kommunale sykehjemmene, sier institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2».

Det er sentrale lønnsforhandlinger hver vår mellom fagforbundene og Oslo kommune. Lokale lønnsforhandlinger skjer mellom de ulike fagforbundene og Sykehjemsetaten.

Institusjonssjefene må da oppgi til Sykehjemsetaten hvordan de ønsker å prioritere de ansatte, og det forhandles om en pott som skal fordeles. Det går ikke på person, men på hvordan gruppe som sykehjemmene ønsker å prioritere. De kan for eksempel markere ut de hjelpepleierne som ligger i laveste lønnsramme, slik at de kan forhandle om høyere lønn.

*«Det handler gjerne om å løfte en gruppe ansatte, gjerne de som ligger i laveste lønnsramme. En forhandler ikke individuelt. Institusjonssjefer kan flytte en stilling fra ett kostnadssted til et annet, men kan ikke bestemme lønn.»*

(Institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 2»)

Sykehjemsetaten har startet et arbeid for å analysere hvordan lønnen til de ansatte ser ut i de kommunale sykehjemmene i Oslo. En har ønsket at de som utfører likt arbeid også skal ha lik lønn. En ønsker ikke at ansatte i kommunale sykehjem skal kunne skifte sykehjem, for på den måten å oppnå høyere lønn for den samme jobben som en har utført på det tidligere sykehjemmet for en lavere lønn (Kommunerevisjonen 2009, side 24).

I våre intervjuer har vi sett at det i private sykehjem er mulighet til å bli belønnet ut fra innsats og kompetanse, i form av individuell lønn på toppen av den kollektive lønnen. Det er en bevisst strategi for å konkurrere om den beste arbeidskraften.

De kommunale sykehjemmene ligger noe høyere i lønn, og de har bedre pensjonsbetingelser, men det gis ikke rom for individuell belønning.

Vi mener at belønning i form av individuell lønn kan være med på å motivere de ansatte ved at de føler at de får noe igjen for det de gjør. De opplever at ledelsen ser de og gir de ansvar noe som har sterk tilknytning til det å ha individuelle ansvarsområder. Lønn og ytre belønning kan motivere de ansatte dersom den fordeles rettferdig. Det krever at ledelsen ser den enkelte, og vet hva den gjør.

Samtidig er det en del utfordringer med å praktisere et rettferdig og effektiv lønnsystem når en lønner individuelt. I kommunen vet arbeidstakerne hva en går til når det gjelder lønn og det sikrer at enkelte kanskje ikke føler seg forskjellsbehandlet eller ignorert av ledelsen, noe som en kan tenke seg er en utfordring med individuell lønn. I tillegg gjør kanskje den høyere lønnen og de bedre pensjonsbetingelsene at mange arbeidstakere søker seg til kommunale sykehjem framfor private. En annen grunn kan være en tryggere arbeidsplass og mer stabile betingelser.

En grunn som kan tale til fordel for individuell lønn og det å jobbe i private sykehjem, er at en raskere kan klatre i lønn i de private sykehjemmene dersom en er flink og gjør jobben sin på en god måte for beboerne.

Når det gjelder lønn så vil vi plassere mulighet for individuell lønn under flat struktur, og brukerorientert filosofi, da det krever at ledelsen må se den enkelte ansatte og vurdere dens prestasjoner. Det gjør at en kanskje vil yte litt ekstra for beboerne. Vi vil i det henseende plassere de kommunale sykehjemmene under hierarkisk struktur, og fagorientert driftsfilosofi, ettersom det er stillingen i seg selv som gjenspeiler lønn, og ikke den enkeltes prestasjoner og atferd.

## 29. Oppsummering

*1) Er det forskjell mellom hvordan de private og de kommunale sykehjemmene prioriterer sine ressurser?*

Når det gjelder møtevirksomhet er det forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene når det handler om i hvilken grad sykehjemmene bruker tiden på uformelle møter, versus hvor faste rammer de ønsker å ha. De private sykehjemmene prøver å begrense møtevirksomheten sin en hel del ved nettopp å bruke uformelle samtaler som en arena for å ta opp ting. De kommunale sykehjemmene ønsker også å redusere møtetiden for å få mer tid til beboerne. De private og de kommunale sykehjemmene virker ut fra det vi ser å ha et ganske likt antall møter, bortsett fra «kommunalt sykehjem 1» som har litt mer.

Det kan imidlertid være vanskelig for oss å si noe nøyaktig om hvem som deltar på møtene og hvor lenge de varer ut fra våre intervjuer. I alle sykehjemmene i oppgaven vår har en pratet om at det er viktig å begrense tiden som brukes på møtevirksomhet, og at ikke flere deltar enn det som er nødvendig.

Når det gjelder arbeidsfordeling for personalet som ikke innehar en lederstilling nærmer de kommunale sykehjemmene og «privat sykehjem 1» en driftsfilosofi om «rett person på rett plass», mens «privat sykehjem 2» i stede nærmer seg en filosofi om at «alle gjør alt», uttrykk som forfatterne av boken «Sykehjem i drift, privat versus kommunal organisering av tjenester» benyttet seg av. Det viser at en bruker arbeidskraften noe forskjellig i «privat sykehjem 2», sammenlignet med de resterende sykehjemmene. På «privat sykehjem 2» har ledelsen i større grad enn på de andre sykehjemmene jobbet med en policy om at alle skal hjelpe til med alt.

Når det gjelder lederens rolle og arbeidsoppgaver er det på den andre siden større forskjeller mellom de kommunale og de private sykehjemmene i oppgaven vår. I de kommunale sykehjemmene er avdelingslederne i større grad opptatt av administrative oppgaver i tillegg til å veilede personalet, mens i de private sykehjemmene har de en stilling som innebærer å være 50 prosent administrative og 50 prosent operative. Det viser dels til forskjellig bruk av lederne i form av deres arbeidskraft, men også dels til forskjell når det gjelder distansering mellom ansatte og ledelsen og det hierarki som råder på sykehjemmet med alle de fordeler og utfordringer som det kan føre med seg (jf. kapitlet om organisasjonsstruktur).

Når det gjelder institusjonssjefene versus daglig lederes roller finner vi også forskjell mellom de private og de kommunale sykehjemmene. I det henseende skiller spesielt «privat sykehjem 2» seg ut på den ene siden gjennom sitt tydelige nærvær og deltagelse ute i avdelingene. Ut fra våre intervjuer skjønner vi at det også er et større fokus på «privat sykehjem 1» om at daglig leder skal være ute i avdelingene i forhold til hva som er fokus i de to kommunale sykehjemmene.

Når det gjelder bemanningen så har de kommunale sykehjemmene en høyere andel pleieutdannet personell og mindre andel pleieassistenter enn de private sykehjemmene. Det kan delvis ha å gjøre med de forskjellige lederrollene som råder på sykehjemmene, da de private sykehjemmene har ledere som i større grad er med ute i pleien (men som ikke trenger å være utdannede sykepleiere), mens samtlige av de kommunale avdelingslederne har sykepleierutdanning men ikke er med i den daglige pleien. Det vitner om at sykehjemmene til en viss grad vektlegger forskjellige kompetanser og egenskaper.

I de kommunale sykehjemmene er en organisert i avdelinger, mens de private sykehjemmene er organisert i team. Det har konsekvenser for hvor flat versus hierarkisk vi vurderer at organisasjonsstrukturen i sykehjemmene er. Team kan ha en konsekvens for tjenestekvaliteten ettersom det fordrer at en i større grad enn i avdelinger må jobbe sammen for å oppnå resultater. Kommunikasjonen som nødvendigvis må oppstå innad i teamene for å få de til å fungere, kan oppleves av beboerne som positivt dersom den er konstruktiv og oppbyggende og inkluderer de. Her er det flere utfordringer som vi har nevnt. Team er blant annet åpne, fleksible og løsningsorienterte, men har betydelige utfordringer når det gjelder felles ansvar, felles mål og kommunikasjon og eventuelle konflikter. Team trives bedre i flate organisasjoner, mens avdelinger (arbeidsgrupper) trives bedre i hierarkiet.

Matriseorganisering er en organisasjonsstruktur som «privat sykehjem 1» i oppgaven vår bruker. Det gir en annen fordeling av personalressursene, ettersom de har all spisskompetansen samlet i én enhet på sykehjemmet som er ansvarlig for den overordnede kvaliteten. Et fagteam samarbeider på en annen måte enn en vanlig avdeling, og kan drøfte andre problemstillinger. De betjener samtidig hele huset, slik at alle teamene får utnytte av den spesialkompetansen som ligger i fagteamet. Alle teamene har ett eller flere fagteammedlem knyttet til sitt team.

Når det gjelder støttefunksjoner har Sykehjemsetaten så langt samordnet kjøkkendrift for de kommunale sykehjemmene, og flere støttefunksjoner er på vei til å bli samordnet. I

kommunale sykehjem er det å outsource støttefunksjoner noe en *kan* gjøre på egen hånd. Uttalelser fra en ansatt i Sykehjemsetaten viser at en i så fall må «stå alene» om vedtaket. På tross av at det enkelte kommunale sykehjemmet i det henseende får mindre å si, og at det bidrar til mindre fleksibilitet i forhold til driften av sykehjemmet, kan samtidig sammenstillingen av støttefunksjoner i de kommunale sykehjemmene føre med seg mange positive konsekvenser. Blant annet sparte kostnader i form av stordriftsfordeler.

De private aktørene må inngå avtaler om outsourcing *før* de inngår kontrakt om driften av et sykehjem, slik at det er festet i kontrakten hva og til hvem de skal outsource. Det gjør at Sykehjemsetaten lettere kan kontrollere at kvaliteten ved de private sykehjemmene er tilfredsstillende. Hvis et privat sykehjem ønsker å bytte en leverandør, eller outsource/insource en støttefunksjon som ikke står avtalt i kontrakten med kommunen, må det meldes fra og godkjennes av Sykehjemsetaten. Det viser dermed at de private sykehjemmene i større grad enn de kommunale har en mulighet til å være offensive overfor leverandører av slike tjenester, samtidig som friheten til selv å bestemme hvilke støttefunksjoner som skal settes ut skaper fleksibilitet for sykehjemmet.

Når det gjelder lønn, skiller de kommunale og de private sykehjemmene seg også fra hverandre. De kommunale sykehjemmene har høyere lønn og bedre pensjonsbetingelser, får vi opplyst både fra ledere på sykehjemmene og en ansatt i Sykehjemsetaten. De private sykehjemmene har i stede mulighet til å tilby sine ansatte individuell prestasjonsbasert lønn, noe som gjør at de ansatte får muligheten til å stige i lønn, dersom daglig leder mener at de fortjener det. Lønn kan på den måten fungere som en motivasjonsfaktor for personalet i de private sykehjemmene.

De private sykehjemmene står også friere i forhold til de kommunale sykehjemmene når det gjelder å finne «den rette» arbeidskraften. De private sykehjemmene trenger ikke å ta hensyn til arbeidstakere som har fortrinnsrett, til forskjell fra de kommunale. De kan også konkurrere med lønn for å få en person til å takke ja til en stilling hvis ledelsen skulle finne det hensiktsmessig, uten å ta hensyn til ikke å konkurrere om arbeidskraften med andre sykehjem, utenfor eget konsern.

Vi har også funnet noen forskjeller i kostnader mellom de kommunale og de private sykehjemmene. Vi har valgt å begrense oss til å sammenligne lønnskostnader, da det er den største utgiftsposten for samtlige sykehjem. Når vi sammenlignet lønnskostnadene fra sammenstillingen gjort av Sykehjemsetaten, fant vi blant annet at de private sykehjemmene



har lavere lønnskostnader per beboer enn de kommunale. Det kommer både av det lavere nivået på lønningene i private sykehjem, men også på at de private sykehjemmene har en større andel ufaglærte per pasient enn de private. Det stemmer også overens med uttalelser fra ledere i både de private og de kommunale sykehjemmene.

*2) Er det noen indikasjoner på at noen sykehjem er mer toppstyrt en andre? (Flat versus hierarkisk organisasjonsstruktur, og hvor i organisasjonen beslutninger tas)*

Når det gjelder beslutningsmyndighet over budsjettet ser vi store likheter mellom de kommunale og de private sykehjemmene i oppgaven vår. De private sykehjemmene virker noe friere enn de kommunale til å omdisponere midler mellom budsjettpostene, dersom de skulle trenge det. Sykehjemsetaten har mye å si for budsjettet til de kommunale sykehjemmene, og den enkelte private aktøren for det enkelte private sykehjemmet. I det henseende er det dermed ikke noen avgjørende forskjeller når det gjelder hvor toppstyrt sykehjemmet er.

Når det gjelder beslutninger om hvem som skal utføre støttefunksjoner er det opp til hvert enkelt sykehjem i samråd med den private aktøren å vurdere om de ønsker at en tjeneste skal settes ut eller ikke. Ledelsen på de private sykehjemmene involveres mye i slike beslutninger, da de kan bidra med kunnskap om hvorvidt det er lønnsomt å sette ut en tjeneste eller ikke. At de private sykehjemmene har den muligheten bidrar til økt fleksibilitet i driften av sykehjemmet. Sykehjemsetaten på andre siden tar beslutningene om samordning av tjenester for de kommunale sykehjemmene, og dermed har de kommunale sykehjemmene mindre beslutningsmyndighet enn de private sykehjemmene når det gjelder støttefunksjoner. I det henseende ser vi dermed at de kommunale sykehjemmene er mer toppstyrte enn de private.

Ett av formålene ved opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2007 var å standardisere driften på de kommunale sykehjemmene. Det innebar i tillegg til samordning av støttefunksjoner, en felles organisasjonsstruktur for alle kommunale sykehjem. De kommunale sykehjemmene har altså ingen innvirkning på om de ønsker en annen organisasjonsstruktur enn den som råder i dag, og er felles for alle kommunale sykehjem. For de private aktørene er det imidlertid mulig å organisere seg etter den strukturen som ledelsen på sykehjemmet og den private aktøren finner mest hensiktsmessig. Det er noe de private sykehjemmene bruker når de konkurrerer om oppdraget i anbudsrunder med andre aktører. Som vi har sett har «privat sykehjem 1»

valgt å organisere seg i matrisestruktur, noe som skiller sykehjemmet fra de andre sykehjemmene i oppgaven vår. I det henseende oppnår de private sykehjemmene også en større fleksibilitet.

Teamlederne på de private sykehjemmene i oppgaven vår har blitt delegert ansvar for personal. Det innebærer at de foretar ansettelse og kaller inn søkere til intervju. Daglig leder er den som til slutt signerer kontrakten. I de kommunale sykehjemmene kan avdelingsleder ta seg av innkalling av søkere til intervju og gjennomføring av intervjuet, dersom det ikke er noen søkere med fortrinnsrett. På det ene kommunale sykehjemmet i oppgaven vår likte institusjonssjefen å ta seg av intervjuene med personer med fortrinnsrett, for å sikre seg at denne personen var skikket til stillingen. I de kommunale sykehjemmene er det til slutt Sykehjemsetaten som foretar ansettelsen, noe som vitner om større frihet i de private sykehjemmene. Når det ikke er søkere med fortrinnsrett er de private og de kommunale sykehjemmene like frie til å ansette.

Av antall ledelsesnivåer på sykehjemmene har vi ikke funnet noen forskjell. Alle sykehjem i oppgaven vår har to ledelsesnivåer, hvilket viser at de private og kommunale sykehjemmene er like flate i det henseende.

### *3) Hvilke faktorer indikerer flathet versus hierarki lokalt i sykehjemmene?*

Vi finner ingen forskjell i flathet versus hierarki mellom de private og kommunale sykehjemmene når det gjelder personalets arbeidsoppgaver. Tre av sykehjemmene befinner seg nærmere en filosofi om «rett person på rett plass», mens ett privat sykehjem befinner seg nærmere en filosofi om at «alle gjør alt». På det sistnevnte sykehjemmet har ledelsen i større grad enn i de andre sykehjemmene jobbet for en slik policy.

Når det gjelder ledernes roller og oppgaver finner vi derimot forskjeller i flathet versus hierarki mellom de private og de kommunale sykehjemmene. I de kommunale sykehjemmene har avdelingslederne en 100 prosent administrativ rolle, mens en i de private sykehjemmene har en 50 prosent administrativ og 50 prosent operativ rolle.

#### 4) *Hvilke faktorer kan være med på å øke motivasjonen hos de ansatte?*

Når vi har diskutert individuell lønn og i hvilken grad det kan bidra til motivasjon, har vi pekt på noen utfordringer i så måte. Det dreier seg om rettferdig behandling av de ansatte, og at alle skal få det de fortjener. Det stiller store krav til lederen om å se den enkelte ansatte og vurdere den objektivt over lengre tid. Individuell lønn kan likevel brukes som en motivasjonsfaktor i de private sykehjemmene, noe som ikke praktiseres i de kommunale.

Når det gjelder individuelle ansvarsområder basert på egne interesser og hobbyer prøver framfor alt de private sykehjemmene å tilpasse det. Det fordi en ser at mange har mye de kan bidra med, også utenfor de tradisjonelle rammene. Da dreier det seg om å skape «den gode følelsen» hos beboerne, ofte i form av kulturarrangementer og aktiviteter. Det bør likevel nevnes at samtlige sykehjem opererer med individuelle ansvarsområder som strekker seg utenfor den daglige driften, og kan på den måten bruke det som motivasjonsfaktorer. I den sammenhengen er det et spørsmål om nyanseforskjeller mellom sykehjemmene.

I alle sykehjemmene i oppgaven vår er det et sett av kurs som er obligatoriske (brannvern, innføring i elektroniske systemer osv.). Det er i tillegg mulighet til å ta kurs utover det pleiefaglige i de private sykehjemmene i oppgaven vår, dersom det kan bidra til trivsel og skape en bedre følelse hos beboerne. Slike muligheter så vi ikke i de kommunale sykehjemmene. Her ser vi en forskjell mellom sykehjemmene i hvordan de bruker muligheten for kursing som motivasjonsfaktor for de ansatte.

I de kommunale sykehjemmene er det utelukkende sykepleiere som blir avdelingsledere. I tillegg er det ønskelig og tilnærmet et krav med lederutdanning. I de private sykehjemmene kan i utgangspunktet «alle» bli teamledere, dersom de har de personlige egenskapene som trengs. Muligheten for å kunne bli leder også uten sykepleier-/ ledelsesutdanning kan fungere som motivasjonsfaktor, noe som skiller de private fra de kommunale sykehjemmene.

Når det gjelder ledernes synlighet (daglig leder/ institusjonssjef og teamleder/ avdelingsleder) ser vi et klart skille mellom de kommunale og de private sykehjemmene ut fra våre intervjuer. De kommunale lederne er lite ute i avdelingene og jobber, det er kun hvis de skal lære opp og veilede personalet sitt. I de private sykehjemmene er det ønskelig at teamlederne er så mye ute i avdelingene og jobber som mulig, og de daglige lederne legger stor vekt på at det er viktig med synlighet også fra deres side. Ved ett av de private sykehjemmene tar daglig leder

imot alle nyankomne og deres pårørende, da han kan observere fra sitt kontorvindu alle som kommer og går. For han er det viktig å bli lagt merke til som daglig leder på sykehjemmet.

### 30. Diskusjon og konklusjon

Vi har funnet noen forskjeller i driften av de kommunale og de private sykehjemmene, som vi mener kan være av betydning for den tjenestekvaliteten som tilbys på sykehjemmene. På flere av de punktene som de private og de kommunale sykehjemmene skiller seg fra hverandre kan en diskutere fordeler og ulemper med både de kommunales og de privates måter å løse oppgavene på. Samtidig har vi funnet noen trekk i måten de private sykehjemmene drives på som vi vil framheve, og som vi mener kan være positive for den endelige tjenestekvaliteten på de private sykehjemmene.

Noen nøkkelord som etter vår oppfatning er mer beskrivende for de private sykehjemmene enn for de kommunale er:

- En større *bevissthet* når det gjelder kostnader og driftsmessige forhold som kan lede til at sykehjemmet sparer penger og/ eller øker brukertilfredsheten blant beboerne.
- Et større *nærvær* av ledelsen, noe vi mener kan øke prestasjonen og motivasjonen hos de ansatte, samtidig som det gir en mulighet for ledelsen til å finne gunstige måter å løse oppgaver på.
- Søken etter «*lure løsninger*» og et krav om å være *nytenkende*.

At de tingene i følge vår oppfatning er mer karakteristiske for de private sykehjemmene, betyr heller ikke at de kommunale sykehjemmene mangler slike trekk. Snarere er vår oppfatning av sykehjemmene at slike trekk er *mer* framtrepende når det gjelder driften av private sykehjem enn driften av kommunale.

*Nærvær:*

Det at ledelsen er mye tilstedeværende ute i pleien kan bidra til at ledelsen finner ut om det er ansatte som ikke presterer tilfredsstillende. Det i kombinasjonen med en mer tydelig kultur i

de private sykehjemmene for å finne tilstrekkelig gode grunner til oppsigelse av personer som ikke jobber tilfredsstillende, kan gjøre at de private sykehjemmene lettere blir «kvitt» ansatte som de mener ikke bidrar godt nok (de private sykehjemmene må heller ikke ta hensyn til fortrinnsretten, noe som igjen øker de private sykehjemmenes muligheter til å dra nytte av «de beste hodene», da de er friere i sin rekruttering av nye ansatte).

Samtidig kan nivået på lønningene som skiller de private sykehjemmene fra de kommunale, gjøre at de private sykehjemmene blir en mindre attraktiv arbeidsplass for personalet, noe som kan bidra til at kompetente personer søker seg til de kommunale sykehjemmene.

Samtidig kan nok ledelsens nærvær også ha en forebyggende effekt gjennom å bidra til økt prestasjon hos de ansatte, blant annet da de private sykehjemmene også opererer med prestasjonsbasert lønn. Det da det er daglig leder som til syvende og sist tar beslutning om hvem som skal stige i lønn. Også teamlederne som er mer ute i pleien i de private sykehjemmene kan framheve sine oppfatninger om hvem som fortjener å stige i lønn til daglig leder.

At de private sykehjemmenes teamledere har en delvis administrativ og delvis operativ rolle kan også vitne om en nytenkning, ut fra den måten som kommunale sykehjem drives på. At teamlederne er ute i den daglige pleien kan føre til mindre distansering mellom ansatte og ledelsen, noe som vitner om en flatere struktur med alle de fordeler og eventuelle utfordringer det kan føre med seg.

Forskjellen mellom kommunale og private sykehjem ligger også i hvilken grad ledelsen på de private sykehjemmene blir involvert og har myndighet over beslutninger, som til syvende og sist tas av ledelsen i de private aktørene. Blant annet når det gjelder spørsmål om utsetting av støttefunksjoner. Det kan være positivt da personalet på sykehjemmet kan ha en stor innsikt i sykehjemmets forutsetninger og situasjon, og dermed kan komme med verdifull informasjon om hvorvidt ulike løsninger burde tillempes, og hvilke støttefunksjoner som er gunstige for sykehjemmet å outsource/ insource.

At de kommunale sykehjemmene på mange områder har blitt standardiserte bidrar på andre siden til at de kommunale sykehjemmene sikrer god kvalitet på tjenestene som tilbys. Kommunale sykehjem oppnår også stordriftsfordeler ved å være mange og samordnet.

### *Bevissthet:*

Det ser ut til å være en annen type bevissthet hos de private sykehjemmenes ledelse enn hos de kommunale, når det gjelder å få mest mulig ut av arbeidskraften og de ressursene som de ansatte utgjør. Dels ser vi at de private sykehjemmene sender ansatte på kurs som er individuelt tilpasset den enkelte for å motivere, men også for å ta i bruk den ansattes kunnskaper som kan komme sykehjemmet og sykehjemmets beboere til glede. Kursing forekommer imidlertid på samtlige sykehjem, og kan dermed brukes som en motivasjonsfaktor også på de kommunale sykehjemmene. Ut i fra våre intervjuer sitter vi igjen med oppfatningen om at ledelsens anstrengelser for å finne kurs som passer den enkelte er større i de private enn i de kommunale sykehjemmene. Det er altså et spørsmål om gradforskjeller mellom de private og de kommunale sykehjemmene.

De kommunale sykehjemmene har også akkurat som de private sykehjemmene tiltak og sosiale arrangement for å motivere de ansatte. Det handler om at forskjellige sykehjem bruker motivasjonsfaktorer i forskjellig grad.

At lederne er ute og jobber i pleien kan også vitne om bevissthet i forhold til hvordan sykehjemmet bruker de ressursene de har til disposisjon. Gjennom den type praksis kan sykehjemmet både dra nytte av den arbeidskraften som lederne utgjør, men også få glede av alle de fordelene som den type praksis kan føre med seg som vist tidligere. At lederen er mye ute i pleien kan også bidra til at han/ hun kommer på nye måter å løse oppgaver på.

At ledelsen på de kommunale sykehjemmene på andre siden er mindre ute i pleien, og i stede (i tillegg til sine administrative oppgaver) har en rolle som veileder, kan nok på sin side føre til at personalet vet hvor de kan få svar hvis de har faglige spørsmål som måtte dukke opp.

Det at det er muligheter for individuell lønn basert på den enkeltes prestasjoner i de private sykehjemmene, kan kanskje også vitne om en bevissthet hos ledelsen. Dels *kan* den type lønnsordning bidra til å være en motiverende faktor for de ansatte.

Når det gjelder bevisstheten omkring å kutte kostnader, snakket daglig leder på «privat sykehjem 2» om sykehjemsledelsens fokus på å kunne kutte overtidstimer, for i stede å kunne bruke pengene til kulturarrangement som kommer beboerne til glede. Blant annet fortalte daglig leder oss at en på «privat sykehjem 2» har arrangert en temakveld med 50-talls bar, noe som ikke ville vært mulig hvis de ikke hadde hatt det fokuset. Han forteller også at han prioriterer å ha ekstra ansatte på farsdag, da det i tilstrekkelig stor grad øker

brukertilfredsheten hos beboerne, men at han da må være beinhard på andre kostnader. Det vitner om en stor bevissthet om hvor kostnader går, og at ledelsen nøye overveier hvilke kostnader som skal prioriteres i de private sykehjemmene, og hva som i tilstrekkelig grad øker brukertilfredsheten

At daglig leder på «privat sykehjem 2» selv vasket tøy en uke for å se om det ville lønne seg å sette ut tjenesten eller ikke, er et tegn på en slik bevissthet som vi mener kan være noe større i de private sykehjemmene enn i de kommunale. Samtidig sier institusjonssjefen på «kommunalt sykehjem 1» at også de hele tiden ser etter effektiviseringstiltak. Vi vil med det ikke si at den type bevissthet mangler i de kommunale sykehjemmene, men ut fra vårt ståsted har vi fått den oppfatningen om at det er *mer* karakteristisk for de private enn for de kommunale sykehjemmene.

Det private sykehjemmets ledelse er også med og tar beslutninger og avgjør om det lønner seg å sette ut tjenester eller ikke. For at det skal være hensiktsmessig krever det også en stor bevissthet hos ledelsen for å kunne ta de riktige beslutningene i de henseender.

Da de private sykehjemmene har eiere som stiller krav til nytenkning, kan en tenke seg at det påvirker hva sykehjemmene og den private aktøren ser etter når de ansetter ledere. De kommunale sykehjemmene stiller naturligvis også høye krav når de ansetter ledere, men etter våre intervjuer med sykehjemslederne, og den litteratur vi nå har studert i faget, er vi av den oppfatningen at de private og de kommunale sykehjemmene ser etter noe ulike ferdigheter og kompetanse når de rekrutterer nye ledere. I de kommunale sykehjemmene ser det ut til at en legger større vekt på faglig kompetanse, mens en i de private sykehjemmene i større grad vektlegger andre egenskaper ved personligheten, som til syvende og sist kan komme beboerne til gode. Samtidig kan det at ledelsen har faglig utdanning føre med seg at de kan fungere som gode veiledere for personalet. At de kommunale sykehjemmene har en ledelse der samtlige har sykepleierutdanning kan nok også bety at personalet alltid vet hvor de skal henvende seg med faglige spørsmål, noe som kan virke positivt for de kommunale sykehjemmene.

De private aktørene har stort innsyn i det de private sykehjemmene driver med, noe som vitnes om gjennom at de private sykehjemmene har lavere beløpsgrenser enn de kommunale for hva som må drøftes oppover i organisasjonen ved innkjøp for store summer. De private sykehjemmene står altså ikke friere til å handle som de vil, men blir nøye fulgt opp av den private aktøren som stiller krav til prestasjon. Sykehjemsetaten på sin side følger også med på

hvordan de kommunale sykehjemmene driftes (og på de private sykehjemmene til en viss grad).

*Lure løsninger:*

At de private sykehjemmene klarer seg med en mindre andel faglært personale, men på tross av det skårer like høyt eller høyere på brukerundersøkelsen, kan også vitne om at de private sykehjemmene finner «lure løsninger» på hvordan de løser oppgavene på sykehjemmene.

De private sykehjemmene har en hensikt om å drive innovativt og søker etter nye løsninger for å øke kvaliteten uten å øke kostnadene. Et eksempel på det er at personalet på «privat sykehjem 2» skal ta med seg en beboer hver gang de skal ut for å gjøre ett ærend. På den måten klarer de å «slå to fluer i en smekk»; å få utført ærendet, men også å få med beboeren ut fra sykehjemmet (å gjøre det til en del av «omsorgspakka» i følge daglig leder på «privat sykehjem 2»). Det vitner om en søken etter nye måter å løse ting på, som kan øke brukertilfredsheten uten å øke kostnadene.

En annen ting som også vitner om det, er regelen på «privat sykehjem 2» om at det ikke er lov for de ansatte å prate sammen på stua til beboerne uten å inkludere de i samtalen. Slike faktorer øker tilfredsheten hos beboerne, uten at det koster i ekstra lønnsutgifter for sykehjemmet (det blir på den måten en vinn- vinn situasjon).

Når «alle gjør alt» på «privat sykehjem 2» kan det kanskje føre til at ansatte utfører flere arbeidsoppgaver i de private sykehjemmene enn i de kommunale. Det kan føre til at de private sykehjemmene får mer arbeidskraft ut av hver ansatt, da policyen om at det er tabu å se ting som trengs å gjøres uten å ta tak i det er såpass innarbeidet. Det er selvfølgelig en antakelse fra vår side, men som i så fall kan være en bidragende faktor til at de private sykehjemmene klarer seg med noe mindre arbeidskraft totalt sett. På den måten sparer sykehjemmet penger, som kan brukes til andre kvalitetsfremmende tiltak.

Daglig leder på «privat sykehjem 1» sier at de private aktørene forventer av sykehjemmene at de klarer å være innovative, nytenkende og bidra til resultater. Samtidig har de private aktørene nøye oppfølging av de private sykehjemmene, sånn at måten sykehjemmet drives på fører til tilfredsstillende resultater.

I våre intervjuer merket vi også at det var lettere å få de private sykehjemslederne til å snakke om effektivisering og «lure løsninger». De daglige lederne fortalte også at de krever mer av



personalet enn de kommunale sykehjemmene, og at personale ikke sitter like trygt i stillingen sin som hvis de hadde jobbet på et kommunalt sykehjem. I flere tilfeller kom de daglige lederne på de private sykehjemmene med eksempler på hva sykehjemmet gjør for å effektivisere/ øke brukertilfredsheten. Det kom ikke like spontant under intervjuene med de kommunale sykehjemmene.

De nevnte faktorene *kan* også være bidragene faktorer til at private sykehjem klarer å ha en større andel ufaglært personell per pasient enn de kommunale, uten at det rammer kvaliteten på tjenestene.

#### *Konklusjon:*

Vi finner forskjeller når det gjelder grad av flathet og hierarki mellom sykehjemmene, og vi finner også variabler som peker på at det er forskjeller i hvordan sykehjemmene bruker ressursene, og hvordan de motiverer personalet, og vi mener at de forholdene kan være med på å påvirke kvaliteten på tjenestene som tilbys på sykehjemmene. De private sykehjemmene forventes å være nytenkende, samtidig følges de nøye opp av de private aktørene. De kommunale sykehjemmene forventes å følge Sykehjemsetatens krav til standardisering.

De private sykehjemmene kommer bedre ut enn de kommunale generelt sett i brukerundersøkelsen, noe som vitner om at det er mye de kommunale sykehjemmene og Sykehjemsetaten kan lære av de private aktørene. Det går naturligvis også begge veier.

## 31. Referanser

### 31.1. Trykte kilder

Colbjørnsen, T., 2005. Individuell lønn. Oslo: NAVO.

Dahl, T. og Gullikstad, B., 2002. Sykehjem i drift: Privat versus kommunal organisering av tjenester. Trondheim: SINTEF.

Hannagan, T., 2008. Management concepts & practices. 5. utgave. Essex: Pearson Education Limited.

Haukedal, W., 2005. Arbeids- og lederpsykologi. 7. utgave. Oslo: J.W. Cappelen forlag AS.

Hoff, K.G. og Bjørnenak, T., 2005. Driftsregnskap og budsjettering. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hoff, K.G., 2005. Grunnleggende bedriftsøkonomisk analyse. 5. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hoff, K.G., 2009. Strategisk økonomistyring. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J., 2005. Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannesen, A., Kristoffersen, L. og Tufte, P.A., 2004. Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. 2. utgave. Oslo: Abstrakt forlag.

Kuvaas, B., 2008. Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM. Bergen: Fagbokforlaget.

Ryen, A., 2002. Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Yukl, G., 2008. Leadership in Organizations. 6. utgave. London: Pearson Education.

## 31.2. Internettkilder

Accountor, uten årstall. Om outsourcing. (online) Tilgjengelig på URL:

<http://www.accountor.se/node/114>. Tilgang dato: 6.12.2011.

Agenda Kaupang, 2010. Erfaringer med flat struktur. (PDF) Høvik: Agenda Kaupang.

Tilgjengelig på URL:

[http://www.ks.no/PageFiles/11313/094011\\_%20Flat%20Struktur\\_rapport.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/11313/094011_%20Flat%20Struktur_rapport.pdf) Tilgang dato: 24.11.2011.

Allabolag.se, 2011. (online). URL kan ikke oppgis grunnet anonymitetshensyn. Tilgang dato: 6.12.2011.

Arbeidsdepartementet, 2004. Gode pleie- og omsorgstjenester med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov. (online) Tilgjengelig på URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stprp/20032004/stprp-nr-1-2003-2004-/1/3.html?id=289801>. Tilgang dato: 4.10.2011.

Arbeidsdepartementet, 2007. Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre. (online)

Tilgjengelig på URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2007/nou-2007-4/8/4/3.html?id=467295>. Tilgang dato: 20.12.2011.

Bergquist, K. og Lundquist, A., 2005. Sosialsekreterarens drivkrafter i arbeidet. (PDF)

Göteborg: Göteborgs universitet psykologiska institusjonen. Tilgjengelig på URL:

[http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/123/1/2005\\_Socialsekreterarens\\_drivkrafter.pdf](http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/123/1/2005_Socialsekreterarens_drivkrafter.pdf). Tilgang dato: 20.1.2012.

Bogen, H. og Kvinge, T., 2005. Utsetting av arbeidsoppgaver- blir arbeidstakerne mer utsatt?

Erfaringer med outsourcing i fire virksomheter. (PDF) Oslo: Fafo. Tilgjengelig på URL:

<http://www.fafo.no/pub/rapp/773/773.pdf> Tilgang dato: 7.12.2011.

Bogen, H. og Nyen, T., 1998. Privatisering og konkurranseutsetting i norske kommuner.

(PDF) Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo. Tilgjengelig på URL:

<http://www.fafo.no/pub/rapp/254/254.pdf> Tilgang dato: 7.10.2011.

Bowitz, A.Ø., 2003. Håndbok ved konkurranseutsetting. (PDF) Oslo: KFO Ressurscenter.

Tilgjengelig på URL:

[http://www.aksjonsprogrammet.no/vedlegg/KFO\\_konkurransetsetting\\_handbok.pdf](http://www.aksjonsprogrammet.no/vedlegg/KFO_konkurransetsetting_handbok.pdf) Tilgang dato: 13.10.2011.

Brenden, T.K., Storheil, A.J., Grov, E.K. og Ytrehus, S., 2011. Kompetanseutvikling i sykehjem ansattes perspektiv. (PDF) Nordisk tidsskrift for helseforskning, nr. 1-2011, 7. årgang. Tilgjengelig på URL:

<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/article/viewFile/1827/1699>

Tilgang dato: 15.9.2011.

Christensen, T., 2003. Regionale og driftspolitiske effekter av New Public Management. (PDF). Rapport til Effektutvalget. Tilgjengelig på URL:

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/krd/rap/2003/0006/ddd/pdfv/190801-newpublicmanagement.pdf>. Tilgang dato: 15.10.2011

CIO, 2012. Outsourcing definition and solutions. (online) Tilgjengelig på URL:

[http://www.cio.com/article/40380/Outsourcing\\_Definition\\_and\\_Solutions?page=3](http://www.cio.com/article/40380/Outsourcing_Definition_and_Solutions?page=3). Tilgang dato: 5.2.2012.

Dahle, T. og Bjerke, P., 2001. Private sykehjem en rapport om kommersiell sykehjemsdrift. (PDF) Oslo: DeFacto. Tilgjengelig på URL:

[http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=private%20sykehjem%20defacto&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CDwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fagforbundet.no%2Ffile.php%3Fid%3D1215&ei=B8pET53dEMTP4QTe8bGbAw&usq=AFQjCNGf3VQ8kgGpkEbdn\\_kxZEngxid\\_Dg](http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=private%20sykehjem%20defacto&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CDwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fagforbundet.no%2Ffile.php%3Fid%3D1215&ei=B8pET53dEMTP4QTe8bGbAw&usq=AFQjCNGf3VQ8kgGpkEbdn_kxZEngxid_Dg) Tilgang dato: 17.9.2011.

Dalby, K., 2005. Omstilling i kommunene med fokus på New Public Management. (DOC)

Hamar: Stiftelsen IMTEC. Tilgjengelig på URL: [www.fagforbundet.no/file.php?id=1209](http://www.fagforbundet.no/file.php?id=1209).

Tilgang dato: 15.10.2011

Deloitte, 2011. Rapport revisjon av forhold ved flere sykehjem, Oslo kommune kommunale sykehjem. (PDF). Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Dokumenter/Revisjon%20av%20sykehjem%20endelig%20rapport.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Dokumenter/Revisjon%20av%20sykehjem%20endelig%20rapport.pdf). Tilgang

dato 28.10.2011.

Deloitte, 2011. Rapport revisjon av forhold ved flere sykehjem, Oslo kommune private sykehjem. (PDF). Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Bilder/DeliotteRapport%20SYE%2001062011.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Bilder/DeliotteRapport%20SYE%2001062011.pdf). Tilgang dato: 16.10.2011

E-conomic, 2012. Budsjett- hva er budsjett. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.e-conomic.no/regnskapsprogram/ordliste/budsjett>. Tilgang dato: 10.2.2012.

Eilertsen, R., og Bjerke, P., 2004. Utdrag fra boka «Privatisering- en kritikk». (DOC)

Tilgjengelig på URL:

<http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=eilertsen%20og%20bjerke%20privatisering%20en%20kritikk&source=web&cd=4&sqi=2&ved=0CDUQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.velferdsstaten.no%2Ffile.php%3Fid%3D9670&ei=Cs1ET7zAKpT34QTN9LigAw&usg=AFQjCNErZpAYbQXPLz4KnoK3RJE65zvUA> Tilgang dato: 17.10.2011.

Eriksen, M., 2011. Alarmerende høyt sykefravær i Moss kommune. Moss- avis.no (online) 24.10.2011. Tilgjengelig på URL: <http://www.moss-avis.no/nyheter/alarmerende-hoyt-sykefraver-i-moss-kommune-1.6569329> Tilgang dato: 14.1.2012.

Fauske, L., 2010. Motivasjon og arbeidsglede. (online). Tilgjengelig på URL:

[http://www.fagforbundet.no/forsida/seksjonene/ska/Yrkesgrupper/Personalansatte/?article\\_id=56047](http://www.fagforbundet.no/forsida/seksjonene/ska/Yrkesgrupper/Personalansatte/?article_id=56047). Tilgang dato: 20.1.2012.

Forskningsrådet, uten årstall. Reduseres kvaliteten ved konkurranseutsetting av omsorg.

(online) Tilgjengelig på URL:

<http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Nyhet&pagename=vfo%2FHovedsidemal&cid=1224698390871&p=1222932203460> Tilgang dato: 6.11.2011.

Giertsen, P., 2007. Samarbeid og lederskap i team. (PDF). Tilgjengelig på URL:

<http://www.tekna.no/arkiv/Avdelingene/Oslo/Eureka/Samarbeid%20og%20lederskap%20i%20Team-Tekna.pdf>. Tilgang dato: 05.11.2011.

Hackman, J.R., Wageman, R., Ruddy, T.M. og Ray, C.L., 2000. Team effectiveness in theory and practice. (PDF). Tilgjengelig på URL:

[http://groupbrain.wjh.harvard.edu/jrh/pub/JRH2000\\_1.pdf](http://groupbrain.wjh.harvard.edu/jrh/pub/JRH2000_1.pdf). Tilgang dato: 03.11.2011.

Halvorsen, B., 2010. Mat på sykehjem forsket. (online) Tilgjengelig på URL:

<http://www.hiof.no/nor/hogskolen-i-ostfold/aktuelt/hogskoleavisa?lang=nor&displayitem=2250&module=news>. Tilgang dato: 2.1.2012.

Hartman, L., m.fl., 2011. Konkurensens konsekvenser- vad händer med svensk välfärd? (PDF) Stockholm: SNS Förlag. Tilgjengelig på URL: [http://www.sns.se/sites/default/files/konkurensens\\_konsekvenser\\_pod\\_2.pdf](http://www.sns.se/sites/default/files/konkurensens_konsekvenser_pod_2.pdf) Tilgang dato: 19.11.2011.

Helsedirektoratet, 2011. Nok mat, rett mat og trivelige måltider for eldre sykehjemspasienter- et kvalitetssikringsprosjekt. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nok-mat-rett-mat-og-trivelige-maltider-for-eldre-sykehjemspasienter-et-kvalitetssikringsprosjekt/Sider/default.aspx>. Tilgang dato: 22.1.2012.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Forskrift om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). (online). Tilgjengelig på URL: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover\\_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655). Tilgang dato: 17.12.2011.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2005. Fra stykkevis til helt. (online). Tilgjengelig på URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03/9/1/7.html?id=373458>. Tilgang dato: 17.2.2012.

Hem, K.G., 2011. Bedriftenes kostnader ved sykefravær. (PDF) Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn. Tilgjengelig på URL: [http://www.nho.no/getfile.php/bilder/RootNY/filer\\_og\\_vedlegg1/Kostnader%20sykefrav%C3%A6r%202011%20siste.pdf](http://www.nho.no/getfile.php/bilder/RootNY/filer_og_vedlegg1/Kostnader%20sykefrav%C3%A6r%202011%20siste.pdf). Tilgang dato: 9.1.2012.

Hillestad, T., 2003. Lederskapets dilemma når hierarkiene faller. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.magma.no/lederskapets-dilemma-naar-hierarkiene-faller?tid=213203> Tilgang dato: 12.1.2012.

Hood, C., 1991. A public management for all seasons? Public administration volum 69, s. 3-19 (PDF). Tilgjengelig på URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x/pdf>. Tilgang dato: 15.10.2011

Høgskolen i Hedmark, uten årstall. Matriseorganisering. (online). Tilgjengelig på URL: <http://www.osir.hihm.no/sfo/kurs/Arbeidstilsynet/prosjekthandteringsbok/matriseorganisasjon.htm>. Tilgang dato: 11.10.2011.

- Høydal, R., 2008. Kompetansearbeidstakeren. (PDF) Stavanger: Stavangerregionen næringsutvikling. Tilgjengelig på URL: <http://www.bandt.no/kompetansescenarier2020/grunnlagsdokumenter/Kompetansearbeidstakeren.pdf> Tilgang dato: 20.11.2011.
- Ivarsson, L., Lundberg, C. og Wennergren, M., 2008. Motivasjonsfaktorer hos de ansatte i Handelsbanken. (PDF) Mälardalens högskola. Tilgjengelig på URL: <http://www.eki.mdh.se/uppsatser/seminarie/foretagsekonomi/VT2008-FEK-C-1893.pdf>. Tilgang dato: 20.11.2011.
- Katzenbach, J.R. og Smith, D.K., 1993. The wisdom of teams. Creating the high-performance Organization. (e- bok) USA: McKinsey & Company, Inc. Tilgjengelig på URL: [http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=FMJn4RmmiAkC&oi=fnd&pg=PR9&dq=katzenbach+smith+1993+the+discipline+of+teams&ots=73DpsWx-CM&sig=DI4XUnUovkpB7Nmu0wA3iDkSvUU&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=FMJn4RmmiAkC&oi=fnd&pg=PR9&dq=katzenbach+smith+1993+the+discipline+of+teams&ots=73DpsWx-CM&sig=DI4XUnUovkpB7Nmu0wA3iDkSvUU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Tilgang dato: 04.11.2011.
- Kommunal- og regionaldepartementet, 1999. Nytt millennium- nytt arbeidsliv? (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/nouer/1999/nou-1999-34/5/3/2.html?id=356571> Tilgang dato 12.10.2011.
- Kommunerevisjonen, 2009. Høringsrapport Sykehjemsetaten- status etter to års drift. (PDF) Oslo: Kommunerevisjonen. Tilgjengelig på URL: <http://www.ivarjohansen.no/dmdocuments/sykehjemsetaten25062009.pdf> Tilgang dato: 10.9.2011.
- KS, 2003. Evaluering av konkurranseutsetting og omstilling i pleie- og omsorgssektoren Oslo kommune delrapport. (PDF). Sandvika: Asplan analyse. Tilgjengelig på URL: <http://www.asplananalyse.no/Analyse/OSLORAPPORT-mai.pdf> Tilgang dato: 10.10.2011
- KS, 2010. Best sammen- om å redusere sykefraværet i kommunal sektor. (PDF) Oslo: KS Arbeidsliv. Tilgjengelig på URL: [http://web06.symfoni.no/kunder/ys/mm.nsf/lupGraphics/Bestsammen.pdf/\\$file/Bestsammen.pdf](http://web06.symfoni.no/kunder/ys/mm.nsf/lupGraphics/Bestsammen.pdf/$file/Bestsammen.pdf) Tilgang dato: 10.2.2012.

Kunnskapsnasjonen, 2011. Fakta: Konkurransetsetting og privatisering. (online) Tilgjengelig på URL: [http://manifestanalyse.no/-/page/show/10729\\_fakta-konkurransetsetting-og-privatisering?ref=mst](http://manifestanalyse.no/-/page/show/10729_fakta-konkurransetsetting-og-privatisering?ref=mst) Tilgang dato: 20.9.2011.

Kuvaas, B., 2005. Belønning og motivasjon. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.bi.no/no/Forskning/Nyheter/Nyhetsarkiv-2005/Belønning-og-motivasjon/>. Tilgang dato: 4.11.2011.

Kvensjø, M.D., 2009. New public management i praksis- en studie av Narvik VAR KF. (PDF) Tromsø: Universitetet i Tromsø. Tilgjengelig på URL: <http://www.ub.uit.no/munin/bitstream/handle/10037/1954/thesis.pdf;jsessionid=C5F8287B526B31CD02246DC73BCC8525?sequence=2>. Tilgang dato: 1.3.2012.

Larsen, K.F., 1998. «Knowledge management»: Et markedsorientert perspektiv. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.magma.no/knowledge-management-et-markedsorientert-perspektiv?tid=213203>. Tilgang dato: 12.11.2011.

Lien, L. og Gjernes, T., 2009. Miljøet hos oss er helt konge! Om nærvær og sykefravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer. (PDF) Bodø: Nordlandsforskning. Tilgjengelig på URL: [http://www.ks.no/PageFiles/11522/Rapp\\_11\\_09%20om%20sykefravær.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/11522/Rapp_11_09%20om%20sykefravær.pdf). Tilgang dato: 20.1.2012.

Lovdata, 2012. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.lovdata.no/>. Tilgang dato: 27.2.2012.

Midtsundstad, T. og Bogen, H., 2011. Flere hender i pleie og omsorg. Hvordan kan seniorpolitikken bidra? (PDF) Oslo: Fafo. Tilgjengelig på URL: <http://www.fafo.no/pub/rapp/20199/20199.pdf>. Tilgang dato: 19.1.2012.

Moland, L.E. og Bogen, H., 2001. Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner. (PDF) Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo. Tilgjengelig på URL: <http://www.fafo.no/pub/rapp/351/351.pdf> Tilgang dato: 28.9.2011.

NDLA, uten dato. NRK konkurransetsetting av sykehjem avspilling. (online) Tilgjengelig på URL: <http://2011.arkiv.ndla.no/nn/node/22265> Tilgang dato 11.12.2011.



NHO Service, 2009. Konkurransen et virkemiddel for bedre tjenester. (PDF) Oslo: NHO Service. Tilgjengelig på URL:  
<http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Publikasjoner/konkhefte09lett.pdf> Tilgang dato: 12.10.2011.

Oslo kommune Byrådet, 2011. Byrådssak 158/11: Utvikling av sykehjemsdriften i Oslo. (PDF) Oslo: Oslo kommune Byrådet. Tilgjengelig på URL:  
<http://www.sak.oslo.kommune.no/dok/Byr/2011/BR1/2011015170-904181.pdf> Tilgang dato: 8.11.2011.

Oslo kommune Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, 2011. Spørsmål vedrørende fullmakter delegert til sykehjemmene. (PDF) Oslo: Oslo kommune Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. Tilgjengelig på URL:  
[http://www.sak.oslo.kommune.no/dok/Vedlegg%5C2011\\_07%5C958179\\_1\\_1.PDF](http://www.sak.oslo.kommune.no/dok/Vedlegg%5C2011_07%5C958179_1_1.PDF) Tilgang dato: 13.1.2012.

Oslo kommune Helse- og velferdsetaten, 2011. Rapport Brukertilfredshet blant pårørende til beboere ved sykehjem i Oslo kommune 2010. (PDF) Oslo: Oslo kommune Helse- og velferdsetaten. Tilgjengelig på URL:  
[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Bilder/Pårørendeundersøkelsen\\_2010\(endelig\\_versjon\).pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Bilder/Pårørendeundersøkelsen_2010(endelig_versjon).pdf). Tilgang dato: 15.8.2011.

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. og Nygård, L., 2004. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. (PDF) Trondheim: SINTEF Helse. Tilgjengelig på URL:  
<http://www.sintef.no/uploadpages/2679/STF78A045006.pdf> Tilgang dato: 22.11.2011.

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. og Nygård, L., 2004. Bemanning og kvalitet i sykehjem. Tidsskrift for den norske legeförening nr. 22, 2004. (PDF) Trondheim: SINTEF Helse. Tilgjengelig fra URL: <http://tidsskriftet.no/article/1107265> Tilgang dato: 18.2.2012

«Privat aktør 1», 2011. Hjemmeside til «privat aktør 1». (online) URL ikke tilgjengelig grunnet anonymitetshensyn. Tilgang dato: 15.10.2011.

«Privat aktør 2», 2011. Hjemmeside til «privat aktør 2». (online) URL ikke tilgjengelig grunnet anonymitetshensyn. Tilgang dato: 15.10.2011.

Radikalt økonominettverk, uten årstall. New public management- utfordringer og erfaringer. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.okonominettverket.no/Artikkel/1071.html>. Tilgang dato: 1.3.2012.

Ramsdal, H., Skorstad, E.J. og Strøm, Ø., 2009. Fleksible organisasjoner: Alternative strategier og arbeidsmiljømessige konsekvenser. (PDF) Halden: Høgskolen i Østfold. Tilgjengelig på URL: [http://brage.bibsys.no/hiof/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_9293/3/hefte1-09.pdf](http://brage.bibsys.no/hiof/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_9293/3/hefte1-09.pdf) Tilgang dato: 23.9.2011.

Regjeringen.no, 2010. Sykefravær i kommunene. (online) Tilgjengelig på URL: <https://samarbeidforarbeid.regjeringen.no/2010/02/krd/>. Tilgang dato: 20.2.2012.

Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO), 2004. Bestiller-utførermodell i pleie- og omsorgstjenesten- en kartlegging av kommuner og bydeler. (PDF) Sosial- og helsedirektoratet. Tilgjengelig på URL: [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-0034\\_900a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-0034_900a.pdf). Tilgang dato 21.10.2011.

Sarbinowska, P. Og Fridh, J., 2009. Olika mediciner för motivasjon, två fallstudier om belöningar och motivasjon inom ett offentligt och ett privat sjukhus. (PDF) Göteborg: Handelshögskolan vid Göteborg Universitet. Tilgjengelig på URL: [http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21904/1/gupea\\_2077\\_21904\\_1.pdf](http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21904/1/gupea_2077_21904_1.pdf). Tilgang dato: 19.1.2012.

SINTEF, 2011. Sykehjem- bemanning og tjenestetilbud. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helse/Helsetjenesteforskning/Kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Sykehjem---bemanning-og-tjenestetilbud/>. Tilgang dato: 8.10.2011.

Solli- Sæther, H. og Gottschalk, P., 2008. Myter og realiteter om outsourcing. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.magma.no/myter-og-realiteter-om-outsourcing?tid=213203>. Tilgang dato: 10.1.2012.

Sosial- og helsedirektoratet, 2004. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (PDF) Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Tilgjengelig på URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>. (Tilgang dato: 9.9.2011)

Steen- Hansen, A., Heskestad, A.W., Mostue, B.A. og Stensaas, J.P., 2010.

Brannsikkerhetsnivået i sykehjem og pleieinstitusjoner for eldre. (PDF) Trondheim: SINTEF.

Tilgjengelig på URL: [http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/FoU/NBL\\_A09130.pdf](http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/FoU/NBL_A09130.pdf)

Tilgang dato: 19.11.2011.

Steen, M.E., 2010. Trivsel er buffer mot sykefravær. (online) Tilgjengelig på URL:

<http://www.nito.no/Fagmiljoer/Bioingeniorfaglig-institutt/Bioingenioren/Alle-Bioingenioren/Bioingenioren-2010/Bioingenioren-2-2010/Trivsel-er-buffer-mot-sykefravar/>

Tilgang dato: 20.1.2012.

Store Norske Leksikon, 2011. Matriseorganisasjon. (online). Tilgjengelig på URL:

<http://snl.no/matriseorganisasjon>. Tilgang dato: 15.12.2011.

Stølen, S.A., uten årstall. Psykologi i organisasjon og ledelse. (doc) Tilgjengelig på URL:

<http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=psykologi%20i%20organisasjon%20og%20ledelse%20st%C3%B8len&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Futvikling.org%2Fmedia%2FTemadata%2FOrganisasjonsutvikling%2FPsykologi%2520i%2520organisasjon%2520og%2520ledelse.doc&ei=vO9ET6P2IM6N4gSg9u2BAw&usq=AFQjCNHnNTmYFBU3x4KnljLt2yyix5JCw>. Tilgang dato: 13.2.2012.

Sykehjemsetaten, 2007. Årsberetning 2007. (PDF) Oslo: Oslo kommune Sykehjemsetaten.

Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Intranett%20\(SYE\)/Dokumenter/Årsberetning%202007-endelig%20versjon%20jan%202008.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Intranett%20(SYE)/Dokumenter/Årsberetning%202007-endelig%20versjon%20jan%202008.pdf)

Tilgang dato: 7.10.2011.

Sykehjemsetaten, 2008. MBU- sak 47/2008: Prosjekt mulighetsrom- delprosjekt bemanning.

(PDF) Oslo: Sykehjemsetaten. Tilgjengelig på URL: [http://www.ivarjohansen.no/nedlastbare-dokumenter/doc\\_download/97-prosjekt-mulighetsstudie-delprosjekt-bemanning.html](http://www.ivarjohansen.no/nedlastbare-dokumenter/doc_download/97-prosjekt-mulighetsstudie-delprosjekt-bemanning.html)

Tilgang dato: 22.2.2012.

Sykehjemsetaten, 2010. Mål, strategi og handlingsplan for Sykehjemsetaten 2008- 2011.

(PDF) Oslo: Oslo kommune Sykehjemsetaten. Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Intranett%20\(SYE\)/Dokumenter/Strategi%20og%20m%C3%A5l%20SYE%202008-2011%20-%20Justering2010.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Intranett%20(SYE)/Dokumenter/Strategi%20og%20m%C3%A5l%20SYE%202008-2011%20-%20Justering2010.pdf) Tilgang dato: 15.11.2011.

Sykehjemsetaten, 2010. Rapport kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner 2009. (PDF) Oslo: Oslo kommune Sykehjemsetaten Administrasjonen. Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Dokumenter/20100803122714054%20MTI4MDgzMzU4NTI0MzQ4NDg1Mw.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Dokumenter/20100803122714054%20MTI4MDgzMzU4NTI0MzQ4NDg1Mw.pdf). Tilgang dato: 11.11.2011.

Sykehjemsetaten Årsberetning 2009. (PDF) Oslo: Oslo kommune Sykehjemsetaten.

Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Dokumenter/Diverse/Aarsberetning-2009.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Dokumenter/Diverse/Aarsberetning-2009.pdf). Tilgang dato: 2.10.2011.

Sykehjemsetaten, 2011. Hjemmeside. (online). Tilgjengelig på URL:

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/>. Tilgang dato: 1.9.2011.

Sykehjemsetaten, 2011. Innfører mer kontroll. (online) Tilgjengelig på URL:

<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=196213&categoryID=24307>. Tilgang dato: 22.11.2011.

Sykehjemsetaten, 2011. Rapport kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner 2010. (PDF) Oslo: Oslo kommune Sykehjemsetaten Administrasjonen. Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Dokumenter/KostnadstallForEldreinstitusjoner2010%20MTMwNTcyNzA0NTUyOTA5Mz.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Dokumenter/KostnadstallForEldreinstitusjoner2010%20MTMwNTcyNzA0NTUyOTA5Mz.pdf). Tilgang dato: 11.11.2011.

Sykehjemsetaten, 2011. Årsberetning 2010. (PDF) Oslo: Oslo kommune Sykehjemsetaten.

Tilgjengelig på URL:

[http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Bilder/%C3%85rsmelding%20-%20endelig%20i%20pdf-format.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Bilder/%C3%85rsmelding%20-%20endelig%20i%20pdf-format.pdf) Tilgang dato: 20.11.2011.

Tenden, L., 2010. Omsorgstjenester bransjestatistikk 2010. (PDF) NHO Service. Tilgjengelig på URL:

<http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Statistikk/rapport%20omsorg%202010.pdf>

Tilgang dato: 8.12.2011.

Tveitane, E., Lundberg, A.S. og Reistad, A.M., 2011. Hva motiverer ansatte til nærvær på arbeidsplassen? (PDF) Elverum: Høgskolen i Hedmark. Tilgjengelig på URL:

[http://brage.bibsys.no/hhe/bitstream/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_19457/1/Prosjektoppgave%20org%20og%20ledelse%20Edel%20Tveitane%2c%20Anne%20Stine%20Lundberg%2c%20Aud%20Marit%20Reistad.pdf](http://brage.bibsys.no/hhe/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_19457/1/Prosjektoppgave%20org%20og%20ledelse%20Edel%20Tveitane%2c%20Anne%20Stine%20Lundberg%2c%20Aud%20Marit%20Reistad.pdf) Tilgang dato: 20.1.2012.

Ulleberg, H.P., 2002. Motivasjonsbegrepet. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.sv.ntnu.no/ped/hans.petter.ulleberg/motivasjon.htm>. Tilgang dato: 15.1.2012.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2010. Tiltak for bedre ernæringsrutiner på sykehjem. (online) Tilgjengelig på URL: <http://www.utviklingscenter.no/tiltak-for-bedre-ernaeringsrutiner-paa-sykehjem.4911611-179648.html>. Tilgang dato: 11.12.2011.

VG, 2011. Politirazzia i Adecco- saken. Verdens gang (online) 28.2.2011. Tilgjengelig på URL: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10082484>. Tilgang dato: 12.12.2011.

Wikipedia, 2011. Carema. (online) Tilgjengelig på URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/Carema>. Tilgang dato: 12.12.2011.

Wikipedia, 2011. (online). Kan ikke oppgis grunnet anonymitetshensyn. Tilgang dato: 9.10.2011.

Youker, R., 1977. Organizational alternatives for Project Managers. Project Management Quarterly, (online). Tilgjengelig på URL: <http://pmforum.org/library/papers/2003/youkerorgalt.pdf>. Tilgang dato: 8.2.2012