



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Om New Public Management i tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning

About New Public Management in public services for people with developmental disabilities

Camilla Farstad Eek

Totalt antall sider inkludert forside: 42

Molde, 24.mai 2017



Høgskolen i Molde

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kristin Røvik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2017

Sammendrag

Tittelen på oppgaven er «Om New Public Management i tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning», og formålet er å belyse hvordan New Public Management (NPM) påvirker den offentlige tjenesteytingen i helse- og omsorgssektoren. For å undersøke dette har jeg utformet problemstillingen «På hvilke måter kan tjenestetilbudet ha endret seg sett i lys av New Public Management?». Som metode har jeg valgt litteraturstudie med spesielt fokus på litteratur kvalitative data. For å besvare problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i teori som blant annet handler om ledelse, organisasjon, helse- og sosialpolitikk og utviklingshemning. Det konkluderes i besvarelsen med at tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning er påvirket av NPM på flere måter som medfører økt fokus på blant annet kvalitetssikring av tjenestene, brukerstyring, kostnadseffektivitet og konkurranseutsetting. Til tross for at NPM har forbedret tjenestetilbudet på flere områder er det fortsatt andre forhold som er kritikkverdige.

Antall ord: 9586

Forord

Denne oppgaven er skrevet i forbindelse med avslutningen av bachelorstudiet i vernepleie ved Høgskolen i Molde, våren 2017. Skriveprosessen har vært omfattende, utmattende og spennende, og jeg vil rette en stor takk til de som har hjulpet meg på vei. Takk til veileder Kristin Røvik for hjelpen til å sortere når alt ble så stort og takk til praksisveiledere for gode råd og innspill. Ikke minst takk de som stilte opp med gode ord, oppmuntringer og korrekturlesing i en hektisk slutfase.

*Ingenting vesentlig skjer
før et mønster blitt brutt*
Ukjent

Innhold

1.0 Innledning	1
2.0 Problemstilling	3
2.1 Avgrensning	3
2.2 Begrepsavklaring.....	4
2.2.1 Utviklingshemning.....	4
2.2.2 New Public Management	4
2.2.3 Tjenestetilbud.....	4
2.2.4 Velferd.....	5
2.2.5 Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU).....	5
2.2.6 Ansvarsreformen	5
2.2.7 IPLOS.....	5
2.2.8 Tjenestemottaker	6
2.2.9 Tjenesteyter	6
2.2.10 Ideologi	6
3.0 Metode	7
3.1 Presentasjon av metode	7
3.2 Litteratursøk	7
3.3 Forforståelse.....	8
3.4 Kildekritikk	9
4.0 Teori og drøfting	10
4.1 Et historisk tilbakeblikk på velferdsstaten og HVPU	10
4.2 Om NPM.....	13
4.2.1 Tydelig ledelse, desentralisering og flat struktur	14
4.2.2 Mål- og resultatstyring	16
4.2.3 Konkurransetsetting	19
4.2.4 Kostnadseffektivitet	21
4.2.5 Økt brukerfokusering	23
5.0 Konklusjon	26
6.0 Refleksjon	27
7.0 Litteraturliste	29

Vedlegg 1: Bistandsvariabler (IPLOS)

1.0 Innledning

Jeg har valgt styringsverktøyet New Public Management (NPM) som teoretisk perspektiv, og skal se på bruken av NPM i helse- og omsorgssektoren og hvilken effekt dette får for den kommunale tjenesteytingen. Bakgrunnen for at jeg har valgt dette temaet er at temaet er nytt for meg, og jeg synes derfor at det fortsatt er veldig spennende. I tillegg har jeg villet lære mer om temaet enn hva jeg allerede har gjort gjennom forelesninger og øvrige skoleoppgaver. Jeg mener temaet relevant for vernepleierfaget og tjenesteytingen, fordi NPM i dag er brukt som styringsverktøy i offentlig sektor, og på arenaer hvor vernepleieren jobber. I tillegg mener jeg at den vinklingen jeg har valgt er lite opplyst fra før, og jeg har selv savnet informasjon om hvordan NPM kan komme til uttrykk i praksisfeltet hvor jeg skal jobbe.

På bakgrunn av dette valgte jeg å utforme følgende problemstilling; «På hvilke måter kan tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning ha endret seg sett i lys av New Public Management?». Som vernepleier har jeg et spesielt ansvar når det gjelder kunnskap om offentlig forvaltning, og hvordan jeg går frem for at tjenestemottakere skal få den bistanden de har rett på, og dette er også grunnen til at jeg har valgt å avgrense oppgaven slik som jeg har gjort. Mennesker med utviklingshemning er en svært sentral målgruppe for vernepleieren og det er også denne gruppen jeg skal jobbe med etter endt utdanning. Kunnskap om emnet kan bidra til at jeg bedre gjenkjenner strukturene ved NPM, og kanskje også lettere ser hvilke faktorer som virker fremmende, og hvilke som virker hemmende i organiseringen av tjenestetilbudet. I tillegg håper jeg at det kan bidra til at jeg har forståelse for endringene som er gjort, og samtidig kan fortsette å jobbe for endring. Temaet jeg har valgt er et svært komplekst tema som det kan være vanskelig for «den menige mann i gata» å sette seg inn i, og jeg undres ved hvor vanskelig det må være for de av oss som er ekstra sårbare, og som i stor grad er prisgitt sine hjelpere på flere livsområder. Dette er bare med på å understreke valget mitt.

I løpet av mine tre år som vernepleierstudent har interessefeltet mitt i stor grad vært preget av fag og emner som handler om mennesker med utviklingshemning vært kontinuerlig til stede. Faget berører en svært sammensatt gruppe, og det er også et felt hvor jeg nok aldri

vil bli ferdig utlært, verken i teori eller praksis. Store deler av studiet har jeg også jobbet med mennesker med utviklingshemning, og det har bare gjort meg enda sikrere på at det er dette jeg vil satse på. På siste studieår har samtidig interessen for organisasjon og helse- og sosialpolitikk økt. Mitt valg av tema for bacheloroppgaven har dermed vært et resultat av interesse, personlig erfaring og allerede ervervet fagkunnskap.

I et samfunnsperspektiv er NPM et omdiskutert, og til tider sterkt kritisert tema. Kritikken har blant annet rettet seg mot at styringsteknikkene under NPM fører til at kvantitative resultater og kostnadseffektivitet og vektlegges i større grad enn menneskene som mottar tjenester fra det offentlige. Samtidig har også NPM vært brukt som løsning på styringsvansker som var oppstått på grunn av det motsatte; manglende fokus på resultater og ineffektivitet i offentlig sektor. Også dette har bidratt til mitt valg av tema. Selv om kritikken kan være berettiget er det også noen positive endringer som har oppstått som følge av NPM, og disse vil jeg forsøke å synliggjøre.

Jeg har valgt følgende problemstilling for oppgaven; «På hvilke måter kan tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning ha endret seg sett i lys av NPM?». Etter presentasjon av problemstilling vil jeg komme med aktuelle avgrensninger i tillegg til at jeg vil presentere begrepsavklaringer knyttet til oppgaven som en helhet. Deretter presenterer jeg metoden for oppgaven, og diskuterer her hvordan jeg har gjennomført litteratursøket. Jeg vil også gjøre rede for egen forforståelse, både i tilknytning til oppgaven generelt og i tilknytning til litteratursøket jeg har gjennomført. Deretter vil jeg synliggjøre hvilke vurderinger jeg har gjort i forhold til validitet og reliabilitet i arbeidet med litteraturen jeg har funnet. På bakgrunn av at tema for oppgaven er svært komplekst har jeg valgt å slå sammen teori og drøfting, og drøfte underveis. Aller først har jeg valgt å starte med et historisk tilbakeblikk på velferdsstaten og tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning. Dette har jeg valgt å gjøre ettersom det naturlig nok må komme frem av oppgaven hva tjenestetilbudet har endret seg fra. Jeg vil starte med en kort innføring om NPM før jeg trekker ut det viktigste kjennetegnene. Videre vil jeg redegjøre for disse og deretter sette de opp mot tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning og drøfte endringene som er oppstått med bakgrunn i teori. Noen steder har jeg slått sammen kjennetegnene på NPM fordi de i stor grad henger sammen og dermed er vanskelig å isolere fra hverandre. Til slutt vil jeg komme med en konklusjon knyttet til problemstillingen, samt en avsluttende refleksjon om min opplevelse av arbeidsprosessen.

2.0 Problemstilling

«På hvilke måter kan tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning ha endret seg sett i lys av New Public Management?»

2.1 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å gjelde tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning ettersom dette er en sentral målgruppe for vernepleierens yrkesutøvelse. Jeg har ikke valgt å skille på grader av utviklingshemning men heller betrakte det som en gruppe mennesker med individuelle behov. Selv om jeg har hovedfokus på denne gruppa vil jeg også noen steder trekke inn litteratur om tjenesteytere. Dette gjør jeg der det er naturlig at forhold som påvirker tjenesteyterne også vil påvirke de som mottar tjenester. For å kunne se hva tjenestetilbudet har endret seg fra vil jeg også ta for meg utviklingen av den norske velferdsstaten i et historisk perspektiv fra etterkrigstiden fram til nå med fokus på helsesektoren. Historikk om Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) vil også være naturlig å ha med her. Selv om jeg har hovedfokus på utviklingen i Norge vil jeg kort trekke inn andre nasjoner der det er relevant. I besvarelsen av problemstillingen vil jeg se nærmere på boligform, utforming av tjenester, kvalitetsmåling av tjenestetilbudet og tjenester som ytes i hjemmet. Noen ganger behandler jeg begrepet generelt uten å spesifisere nærmere. For å kunne foreta en god drøfting har jeg også noen steder valgt å sette trekkene ved NPM i tjenestetilbud opp mot andre mål for tjenestene. Jeg utelukker ikke at det er andre forhold i tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning som også påvirkes av NPM, og som kunne vært aktuelt å trukket inn i min besvarelse, men jeg har i denne omgang gjort et utvalg jeg mener kan belyse og svare på valgt problemstilling. Områder som sysselsetting, helsehjelp og fritidstilbud vil ikke prioriteres i besvarelsen.

2.2 Begrepsavklaring

2.2.1 Utviklingshemning

Ifølge Helsedirektoratet (2017) ICD-10 beskriver psykisk utviklingshemning som en tilstand eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, hovedsakelig på områder av kognitiv, sosial, språklig og motorisk art. Mennesker med utviklingshemning vil ha en forsinket utvikling hvor læring skjer saktere (Holden, 2009). Tilstanden er varig, og må ha oppstått før barnet er fylt 18 år. Jeg har valgt å utelukke ordet psykisk i oppgaven ettersom psykisk utviklingshemning i seg selv ikke er en psykiatrisk lidelse (Snoek og Engedal, 2008). I tillegg velger jeg å omtale de som «mennesker med utviklingshemning», og ikke «utviklingshemmede». Dette på bakgrunn av hva Sosialdepartementet (1987) skrev i St.Mld. 67 (1986-1987) *Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma* skrev om hvordan utviklingshemning historisk sett har vært betraktet som en permanent skade eller lyte. Jeg mener dermed at begrepet «utviklingshemmet» reflekterer en forståelse for utviklingshemning som er utdatert.

2.2.2 New Public Management

New Public Management (NPM) er en samlebetegnelse på en reformbevegelse forankret i markedsmodeller med grunnleggende skepsis for offentlig sektor (Rønning, 2006). Ifølge Djupvik og Eikås (2016) kjennetegnes NPM av tydelige ledere, mål- og resultatstyring, desentralisering, konkurranseutsetting, økt brukerfokusering, flatere organisasjonsstruktur og kostnadseffektivitet.

2.2.3 Tjenestetilbud

Tjenestetilbud menes i denne sammenheng å være kommunale tjenester som mennesker med utviklingshemning mottar. Et tjenestetilbud skal være tilpasset individuelle ønsker og behov, og skal utarbeides i samarbeid med tjenestemottaker og andre relevante instanser (NOU 2016:17).

2.2.4 Velferd

Ifølge Hallandvik (2002) innebærer dagens velferdsbegrep de godene som utgjør individers velferd. Eksempler på dette er god helse, rett til jobb, utdanning og deltakelse i samfunnsliv. Nyseter (2015) refererer til Kjørstad og Syse (2014) når han skriver at, velferdsstaten legger vekt på å gi trygge livsvilkår til enkeltindivider. Velferd kan også beskrives som en ønskelig eller gunstig tilstand, og som avhenger av individets egne subjektive oppfatninger (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2016).

2.2.5 Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU)

Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) var et spesialisert, fylkeskommunalt tjenestetilbud for mennesker med utviklingshemning (Christensen og Nilssen, 2006). Omsorgen ble ytt i store sentralinstitusjoner hvor det bodde mennesker i alle aldre.

2.2.6 Ansvarsreformen

I 1988 ble HVPU-reformen vedtatt med mål om å avvikle alle sentralinstitusjoner innen 1995 (Tøssebro, 2010). Målet med ansvarsreformen var at mennesker med utviklingshemning skulle bli flyttet hjem til sine hjemkommuner, og kommunene skulle overta ansvaret for tjenestetilbud.

2.2.7 IPLOS

IPLOS står for Individbasert Pleie og OmsorgsStatistikk, og er et helseregister som beskriver ressurser og bistandsbehov til de som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Hver kommune er lovpålagt å registrere opplysninger årlig. Formålet med IPLOS er at helse- og omsorgsforvaltningen skal kunne overvåke, kvalitetssikre, planlegge, utvikle og styre helse- og omsorgstjenester på et overordnet nivå. I tillegg skal registeret gi grunnlag for forskning. Opplysninger kan også brukes til å utarbeide nasjonal og regional statistikk (ibid.).

2.2.8 Tjenestemottaker

Den som mottar tjenester, eksempelvis fra kommune eller private aktører. I dette tilfellet omtales mennesker med utviklingshemning som tjenestemottakere. Ifølge Haug og Paulsen (2011) har tjenestemottakernes rolle endret seg fra en passiv til en aktiv rolle når det gjelder utforming av eget tjenestetilbud. Der det er naturlig vil jeg omtale tjenestemottakerne som beboere.

2.2.9 Tjenesteyter

Med tjenesteyter menes den som direkte yter tjenester til tjenestemottakere av kommunale eller private tilbud. I dette tilfellet er ikke tjenesteyteren avgrenset til å gjelde en spesiell profesjon, men fagfeltet tatt i betraktning vil vernepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedarbeidere være relevante.

2.2.10 Ideologi

Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2016) beskriver ideologi som relativt stabile systemer og oppfatninger om virkeligheten, og hvordan den bør være.

3.0 Metode

3.1 Presentasjon av metode

Jeg har valgt litteraturstudie som metode hvilket innebærer at jeg som Dalland (2015) skriver har tatt utgangspunkt i allerede utarbeidet materiale for å svare på min problemstilling. Dette materialet har i stor grad vært av kvalitativ art som omhandler fenomen som ikke lar seg tallfeste (ibid.)

3.2 Litteratursøk

Litteratursøk handler om å finne litteratur som belyser oppgaven best mulig (Dalland, 2015). For å gjennomføre litteratursøk har jeg benyttet meg av flere databaser, deriblant Oria, PubMed og Norart. Jeg har også brukt Google som søkemotor dersom jeg har hatt behov for å finne igjen artikler jeg har lest tidligere i studiet. I databaser har jeg brukt søkeord som utviklingshemning/utviklingshemming, bruker, tjenestemottaker og satt de i sammenheng med søkeord som new public management/npm, omorganisering, brukermedvirkning, tjenestetilbud, hvpu og post-npm. Jeg har også brukt forkortede søkeord med trunkeringstegn (*) som tjenestemottak*, bruker*, utviklingshem*. På denne måten har jeg kunnet søke på flere former av ett ord, og dermed øke antall resultat. I tillegg har jeg foretatt litteratursøk ved å gå gjennom pensumlister fra alle tre studieår og se hvilke bøker og artikler i artikkelsamlingene som har kunnet være relevant for min besvarelse. Jeg har også fått flere tips til aktuell litteratur gjennom samtale med forelesere, medstudenter og praksisveiledere.

Deler av litteraturen jeg har funnet som handler om NPM baserer seg på et arbeidstakerperspektiv med stor vekt på negative konsekvenser. Resultatene har blant annet handlet om arbeidsforhold, yrkesglede og yrkesmotivasjon. Brukeropplevelser og organisering av brukernes tjenestetilbud virker å være langt mindre tematisert. På bakgrunn av dette har jeg vært nødt til å ta utgangspunkt i noe av litteraturen som belyser arbeidstakerperspektivet, og plukke ut nøkkelord og setninger som jeg i annen litteratur kan knytte mer direkte til selvvalgt tema. Jeg har også erfart at jeg får resultater hvor litteraturen handler om andre yrkesgrupper og felt. I de tilfellene har jeg forsøkt å finne

hva disse kan ha til felles med min problemstilling, og bruke det som er overførbart i oppgavebesvarelsen. Ett eksempel på dette er artikkelen av Rasmussen (2000) som skriver om sykepleieres arbeidsforhold i hjemmetjenesten, og hvor dette knyttes opp mot måten hjemmetjenesten er strukturert på.

Jeg benytter i all hovedsak primærkilder; den opprinnelige kilden i oppgavebesvarelsen (Dalland, 2015). Noen ganger har det innebært at jeg har brukt en bok, funnet en referanse i den og deretter oppsøkt boken som kilden opprinnelig stammer fra. Der dette ikke har vært mulig har jeg benyttet meg av sekundærkilder. Ulempen med bruk av sekundærkilder kan være at jeg arver andres feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2015).

3.3 Forforståelse

Brodtkorb og Rugkåsa (2009) skriver om hvordan alle mennesker har en type forforståelse når vi går inn i en situasjon. Denne forforståelsen består av våre egne oppfatninger og holdninger som vi har bygd opp gjennom personlige erfaringer, sosial og kulturell bakgrunn. Jeg har flere års yrkeserfaring innen tjenester for mennesker med utviklingshemning, og selv om jeg ikke har hatt kunnskap om terminologien¹ har jeg likevel merket NPM i praksis. I samtaler med brukere har jeg oppfattet frustrasjon tilknyttet organiseringen av tjenestetilbudet. Jeg har fått kommentarer om at «dere ansatte har bare tid til oss når dere skal ha noe gjort». Ifølge Aadland (2015) er forforståelse foranderlig, og beskriver dette som den hermeneutiske sirkel hvor det å stille seg åpen og spørrende bidrar til å åpne opp for nye forståelser. Jeg hadde ikke hørt om NPM før jeg begynte på vernepleierstudiet, og derfor har min forforståelse blitt preget av forelesninger, faglitteratur og praksisperioder, i tillegg til egen yrkeserfaring som ikke akkurat danner et glansbilde av NPM. Selv om forelesninger og faglitteratur har ført til at jeg har lært mye nytt kan det også ha bidratt til å ytterligere forsterke mine negative oppfatninger om NPM.

Også mine opplevelser fra yrkeserfaring gjør det vanskeligere å være objektiv i et litteratursøk, men jeg har likevel forsøkt å finne kilder som strider med egne oppfatninger om emnet for å danne et mer nyansert bilde av det jeg skriver om. Samtidig har jeg også

¹ Hjulstad (2006) definerer terminologi som læren om teori og metoder som kan knyttes til begreper,

oppsøkt kilder som ikke er udelt positive til innføringen av NPM, og hvilket trolig bidratt til å farge min oppfatning av emnet.

3.4 Kildekritikk

Å utøve kildekritikk handler ifølge Dalland (2015) om å skille verifiserbare opplysninger fra spekulasjoner. Dette gjøres ved å vurdere og karakterisere kilder underveis, både under litteratursøk og ved skriving av oppgaven. En måte å gjøre dette på er å vurdere kildens validitet (relevans og gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet).

For å vurdere relevans har jeg reflektert over hvorvidt kilden belyser problemstillingen min. Dette har innebært at jeg har måttet vurdere hvordan jeg kan bruke kilden, og på hvilken måte. Ett eksempel på dette kan være at jeg ved litteratursøk om NPM i helse- og omsorgstjenesten har funnet litteratur om tjenesteyterne. Et tjenestetilbud eksisterer ikke uavhengig av tjenesteyterne, og jeg har dermed vært nødt til å vurdere om litteraturen har vært mulig å relatere til min problemstilling og mennesker med utviklingshemning. I tillegg har jeg brukt litteratur som kan knyttes til andre felt, deriblant eldreomsorg og ledelse. I disse tilfellene har jeg måtte vurdert hva feltet har hatt til felles med feltet jeg skriver om, og trukket ut det som har vært aktuelt.

For å vurdere gyldighet har jeg sett nærmere på når tekstene er skrevet, og om det er kommet ny teori på feltet. Dette har jeg gjort fordi fagfeltene er i konstant endring, og gammel teori vil på et tidspunkt erstattes av ny (Dalland, 2015). Samtidig har oppgaven et historisk preg, og noen steder har jeg valgt å benytte meg av eldre kilder som er knyttet til temaet. Ett eksempel på dette er at jeg i delen med historisk tilbakeblikk bruker den faktiske ansvarsreformen som ble publisert i 1988 som kilde.

Når det gjelder reliabilitet har jeg som Dalland (2015) skriver reflektert over hva slags type tekst det er og hvem som har skrevet den. Jeg har unnlatt å bruke bachelor- eller masteroppgaver som kilde, og i større grad benyttet meg av fagbøker, samt fagartikler ettersom de er skrevet av noen som har erfaring og inngående kunnskap om emnet. Jeg har likevel brukt studentoppgaver som bærer likheter med min egen, og sett på hvilken litteratur de har brukt i sine besvarelser.

4.0 Teori og drøfting

4.1 Et historisk tilbakeblikk på velferdsstaten og HVPU

Ifølge Kittelsaa, Ytterhus og Kermit (2015) opplevde Norge en sterk befolkningsvekst etter krigen. Det foregikk større utbygginger av velferdstilbudet og ansvaret for helse- og omsorgssektoren som opprinnelig hadde vært basert på frivillighet ble gradvis overført til det offentlige. I denne prosessen vokste velferdsstaten frem, og på den tiden innebar velferd å sikre individer et minimum av økonomiske og materielle goder for å gi gode levekår (Hallandvik, 2002). Ideen om universalisme sto sterkt, hvor goder ble tildelt uavhengig av økonomisk eller sosial posisjon og samtidig var skattefinansiert (Ramsdal og Skorstad, 2004). Hallandvik (2002) betegner etterkrigstiden som «institusjonenes tid» hvor institusjonsomsorgen var en vanlig tilnærming overfor flere grupper mennesker; deriblant mennesker med utviklingshemning. Sentralinstitusjoner under HVPU var sentralisert utenfor de større byene og de hadde et stort geografisk opptaksområde (Tøssebro, 2010). Mange måtte reise langt fra egne hjemkommuner for å komme dit, og det var ikke uvanlig at beboerne kom fra andre fylker eller landsdeler. Ifølge Kittelsaa, Ytterhus og Kermit (2015) ble hverdagen i stor grad organisert innenfor rammene til sentralinstitusjonene, og beboerne var skjermet fra samfunnet. Ifølge St.Mld. 67 (1986-1987) *Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma* hadde den tradisjonelle tenkningen om utviklingshemning innebært å anse det som en permanent skade som tilsa behov for behandling og vern fra omgivelsene, og det var også dette som var fokus for behandlingen som de spesialiserte seg på, kalt miljøterapi (Ellingsen, 2014). Miljøterapi handlet om to ting; for det første en systematisk organisering og tilrettelegging av omgivelsene, og for det andre terapi gjennom forandring og utvikling hos individet.

Det oppsto etter hvert en debatt om velferdsstaten og levekårene til de som bodde i sentralinstitusjonene (Tøssebro, 2010). Journalisten Arne Skouen publiserte i 1966 en serie artikkelsamlinger han kalte «Rettfærd for de handicappede» som pekte på kritikkverdige forhold i sentralinstitusjonene. Det ble blant annet avdekket at beboerne ble utsatt for overgrep og unødig bruk av tvang, i tillegg til at levekårene generelt bar preg av dårlig standard. Skouen hevdet at det i samfunnet hadde foregått en økning av velferd, men hvor mennesker med utviklingshemning hadde falt utenfor. Han hevdet de ikke fikk ta del i velferdsstaten, at de var segregert fra samfunnet og at de dermed kunne betraktes som en

glemt gruppe. Artikkelsamlingene førte til økt fokus på levekårene til mennesker med utviklingshemning, og dette ble starten på normaliseringstenkningen i Norge (ibid.). Ifølge Kittelsaa, Ytterhus og Kermit (2015) hadde juristene Bengt Nirje og Niels Eric Bank-Mikkelsen allerede introdusert begrepet «normalisering» i Sverige og Danmark; et begrep som handlet om at mennesker med utviklingshemning skulle ha like muligheter, tilbud, rettigheter og plikter som andre mennesker. Med debatten som var pågått i Norge kan Skouens arbeid sees som en årsak til at normaliseringstenkningen også slo rot her (Tøssebro, 2010). Det var behov for endring i tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning, men debatten handlet ikke bare om levekår, rettigheter og normalisering. Noe av kritikken handlet også om at det til tross for utbygginger fortsatt var stor mangel på plasser i institusjonene. Som Hallandvik (2002) nevner illustrerte institusjonene økonomisk vekst i samfunnet, men de klarte ikke fylle behovet. I tillegg var det mange mennesker med utviklingshemning som fortsatt bodde hjemme i kommunene og fikk omsorg fra sin familie. Det var derfor mange som ikke mottok offentlig tjenester overhode. Ifølge Tøssebro (2010) var utbyggingene svært kostbare, og det ble stilt spørsmål ved om det var mulig å hjelpe flere dersom tilbud ble opprettet der de var. Dette underbygges også av hva Lingås (2014) skriver om hvordan det var billigere å tilby tjenester i tjenestemottakernes hjemkommuner.

Også i NOU 1985:34 som var utformet av Lossius-utvalget var livssituasjonen og levekårene til de som bodde i sentralinstitusjonene kritisert (Uhørte stemmer og glemte steder, 2017). Det ble diskutert hvorvidt sentralinstitusjonene var riktig tilnærming, og til slutt ble det anmodet at HVPU skulle legges ned til fordel for et tjenestetilbud som sikret bedre ivaretagelse, både medmenneskelig, sosialt og kulturelt.

St.Mld.67 (1986-1987), også kalt ansvarsreformen ble vedtatt i 1988. Denne fastslo at omsorgen for mennesker med utviklingshemning nå skulle flyttes til kommunene, og de skulle ha tilbud om helsetjenester, undervisning, bolig, fritidstilbud m.m. på lik linje med andre i sine hjemkommuner. Ellingsen (2014) nevner at det i denne prosessen ble lagt mindre vekt på miljøterapi og mer vekt på tjenestemottakernes egendefinerte ønsker og behov. Det samsvarte også med det noen av de fremtidige målene for tjenestetilbudet, deriblant økt brukerfokusering. Selve avviklingen av sentralinstitusjonene ble gjennomført i perioden 1991-1995, og det var Husbanken som hadde ansvar for å fullfinansiere utbyggingen av boliger (Christensen og Nilssen, 2006). De utarbeidet retningslinjer

(Rundskriv HB-1212, 1990) som ga anledning for å bygge både selvstendige boliger, bokollektiver, bofellesskap og samlokaliserte boliger. Bokollektiv ble definert som boliger hvor fellesrom utgjorde store deler av arealet. Samlokaliserte boliger ble betegnet som selvstendige leiligheter plassert i nærheten av hverandre. Videre ble bofellesskap definert som selvstendige boenheter som samtidig var tilknyttet større fellesarealer som stue, kjøkken og toalett. Det var også utformet en retningslinje som sa at det ikke burde være flere enn 4-5 boenheter samlet, uansett boform. En annen var at boligene skulle bygges i egnede bomiljøer, og ikke i tilknytning til institusjoner eller andre virksomheter hvor det bodde andre mennesker med hjelpebehov. Dette var fordi en slik måte å samle boligene på ville stride med normaliseringstenkningen som lå til grunn for valg av boform. Ifølge Kittelsaa og Tøssebro (2011) ble det sett at flere kommuner valgte å bygge bofellesskap på de tidligere institusjonsområdene etter avviklingen. Selv om selve bofellesskapene ikke hadde flere enn 4-5 boenheter lå de ofte i umiddelbar nærhet til andre bofellesskap, og de kunne fortsatt minne om institusjoner.

Parallelt med avviklingen av sentralinstitusjonene skjedde det en framvekst av nye organisasjonsformer som vektla arbeids- og funksjonsfordeling i tillegg til profesjonell ledelse (Tøssebro, 2010). Arbeids- og funksjonsfordeling handlet om at det ble utarbeidet klare definisjoner på arbeidsoppgaver og funksjoner, mens profesjonell ledelse handlet om at ledelse var skilt ut som eget fag. Både institusjoner og velferdsstaten generelt var og hadde vært over lengre tid kritisert for måten de var organisert på (Ramsdal og Skorstad, 2004). I institusjonene var beslutningstakere ofte fagpersoner, og det forelå derfor et faglig hegemoni² som var vanskelig å bryte. Dette innebærer en sterk tro på profesjonsstyring og makt, både når det gjaldt organisering og utførelse av arbeidet. Institusjonsomsorgen og faglig hegemoni er i ettertid betraktet som kjennetegn på det «evangiske system», som i ettertid er kritisert av flere årsaker. Blant annet medførte det dårlig budsjettkontroll for ledelsen fordi fagpersoner kunne iverksette behandling uten å ta stilling til om budsjettet tillot det. Samtidig ble helse- og omsorgssektoren så fragmentert og spesialisert at pasienter ble sendt som «problemkolli» fra en enhet til en annen, uten at det forelå samarbeid eller samordning (Nyseter, 2015). De ulike aktørene som ytte tjenester til mennesker med utviklingshemning visste ikke hva andre aktører jobbet med. Dette kunne

² En udiskutabel praksis hvor en gruppes tenkemåte har dominans over andre (Norvoll, 2009)

gjøre tjenestemottakerne med sammensatte behov sårbare fordi de kunne falle mellom to stoler, også kalt gråsoneproblematikk (Djupvik og Eikås, 2016).

Den generelle kritikken mot velferdsstaten generelt var blant annet at den ble ansett som dyr, ineffektiv, byråkratisk og lite kundeorientert (Askheim, 2003). Et eksempel er hvordan det var så stort fokus på lik hjelp til alle at saksbehandling m.m. tok lang tid. Et annet eksempel er godene i form av stønader som ble utbetalt selv til de som ikke hadde behov for det. Denne måten å yte tjenester på ble ansett som kostbar. Velferdsstaten ble også kritisert for at visse fagfelt, sykdommer og diagnoser ble prioritert fremfor andre, hvilket medførte at andre pasientgrupper kunne anses som «velferdsstatens tapere» (Hallandvik, 2002). Styringsvanskene var så store at det ble sett på nye måter å organisere offentlig sektor på, og ifølge Rønning (2006) ble NPM sett på som en mulig løsning på dette.

4.2 Om NPM

Rønning (2006) skriver at NPM ikke er en avgrenset modell men heller en samlebetegnelse på en reformbevegelse som vokste frem på slutten av 1980-tallet. Bevegelsen var forankret i modeller fra det private markedet, og var grunnleggende skeptisk til hvordan offentlig sektor var organisert. Ved å organisere offentlig sektor markedsmodeller kunne det føre til mer effektivitet, mindre byråkrati og bedre ivaretagelse av brukere. I tillegg kunne markedsmodellen bidra til mindre mellomledd i organiseringen, noe som ble ansett som billigere. Ikke minst kunne den føre til at flere arbeidstakere fikk større beslutningsmyndighet, noe arbeidstakere opprinnelig hadde lite av. Ifølge Djupvik og Eikås (2016) er noen av kjennetegnene på NPM tydelig ledelse, desentralisering, flat organisasjonsstruktur, mål- og resultatstyring, konkurranseutsetting, kostnadseffektivitet og økt brukerfokusering gjennom blant annet individuelt tilpassede tilbud.

Askheim (2003) skriver at NPM allerede hadde blitt en global trend både i USA og Storbritannia. USAs president Ronald Reagan og Storbritannias statsminister Margaret Thatcher jobbet begge for å bygge ned offentlig forvaltning til fordel for mer ansvar til private aktører, og de ønsket i større grad å nyttiggjøre seg av marked og organisasjoner. Som tidligere nevnt var offentlig sektor i Norge bygd på ideer om universalisme med goder finansiert gjennom skatteinnbetalinger fra fellesskapet (Hallandvik, 2002). Om dette

sees i sammenheng med økt brukerfokusering, ett av kjennetegnene på NPM som handlet om at tilbud skal være individuelt tilpasset kan det stilles følgende spørsmål; hvorfor ble NPM ansett som aktuelt for Norge? Norge var, sammen med USA, Storbritannia og flere andre nasjoner medlem i Organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD); en organisasjon som drøfter aktuelle økonomiske og sosiale problemstillinger, hvor medlemsland samarbeider for å utforme politiske virkemidler med sikte på å sikre økonomisk vekst og sosial trygghet (Regjeringen, 2017). NPM hadde allerede dominert som reformaktivitet i mange av medlemslandene når Norge opplevde styringsvansker i offentlig sektor. Dermed kan Norge ha blitt påvirket av de andre medlemslandene. Samtidig skriver Rønning (2006) at det ikke forelå et annet, fullgodt alternativ. Som følge av dette ble det besluttet å innføre NPM i offentlig sektor.

4.2.1 Tydelig ledelse, desentralisering og flat struktur

Som nevnt var ett av kjennetegnene på NPM tydelig ledelse, hvilket ifølge Djupvik og Eikås (2016) innebar en leder med stor frihet når det gjaldt utøvelsen av lederfunksjonen. Et annet kjennetegn er desentralisering som Haug og Paulsen (2011) beskriver som overføring av ansvar til de nedre nivåene i en organisasjon. Desentralisering av ansvar kan gi tjenesteytere muligheten til i større grad å fatte beslutninger som de anser som riktige, og det legges vekt på at de skal få utøve faglig skjønn. Ifølge Ramsdal og Skorstad (2004) er et typisk trekk ved desentralisering at den ofte forekommer etter at økonomiske og andre mål er fastsatt. Med desentraliseringen følger ofte også en flatere organisasjonsstruktur med færre ledd fra grasrotnivå til ledelse. Ett av argumentene for flat struktur er ifølge Øgar og Hovland (2004) at tjenestene blir billigere fordi det er færre ledd i administrasjonen. Endresen (2014) skriver om hvordan mange kommuner har innført to-nivåbaserte organisasjonsmodeller hvor virksomheter organiseres som egne enheter lagt direkte under rådmannen. Ved hver enhet er det en enhetsleder som har ansvar for alle virksomheter organisert under enheten. En ulempe med dette kan være at det er vanskelig for enhetslederen å ivareta det helhetlige ansvaret, spesielt dersom virksomheten skal mestre kombinasjonen av sammensatte oppgaver og samordning (Øgar og Hovland, 2004). I tillegg kan kunnskap om og samhandling med hele organisasjonen kan være utfordrende når den blir stor.

Der tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning tidligere var preget av sterkt faglig hegemoni ble det etter avviklingen lagt større vekt på nye organisasjonsformer. Disse bidro til nedbygging av hierarki og desentralisering av ansvar og beslutningsmyndighet. Rasmussen (2000) skriver at med økt ansvar kunne tjenesteyterne gjennomføre sine arbeidsoppgaver på den måten de selv anså som best uten å være utsatt for direkte kontroll fra ledelsen. Ifølge Haug og Paulsen (2011) kunne det økte ansvar føre til at tjenesteyteren sto i bedre posisjon til å tilpasse tilbudet individuelt til tjenestemottakerne. Det forelå en tro om desentralisert beslutningsmyndighet ville medføre bedre konkurransedyktighet og økt produktivitet, og at ansatte ville bli mer tilfredse og lojale ved å få mer ansvar (Rasmussen, 2000). Samtidig er det også blitt hevdet at muligheten til å gjøre individuelle tilpasninger overfor tjenestemottakere har vært begrenset ettersom den økonomiske myndigheten ligger hos ledelsen. Tjenesteytere kan oppleve stå i spenn mellom hva som er forsvarlig hjelp overfor brukeren, og hva enheten har kapasitet, tid og økonomi til å utføre. Når lederne er ofte profesjonaliserte har de som regel ledelsesutdanning og avgrensede lederoppgaver uten at de nødvendigvis har kjennskap til faget som er grunnlaget for virksomheten. Dermed kan det også foreligge motsetninger i hva ledere mener bør prioriteres, og hva tjenesteytere på grasrotnivå mener bør prioriteres. Dette er forhold som merkes spesielt godt av tjenesteytere som er i direkte kontakt med tjenestemottakerne, og på sikt kan det lede til følelse av avmakt, utbrenthet og sykefravær for tjenesteyterne (Endresen, 2014). Som følge av dette kan også enhetene være preget av hyppige personalutskiftninger. Ifølge Bakken (2015) kan hyppige personalutskiftninger være vanskelig å håndtere for mennesker med utviklingshemning. Det kan ta lang tid å bygge opp trygge relasjoner til andre, og når relasjonene plutselig blir brutt kan det medføre utrygghet og sorg for tjenestemottakeren.

Ettersom omsorgsansvaret overfor mennesker med utviklingshemning ble overført til kommunene medførte dette at flere fikk tilgang på tjenester (Tøssebro, 2010). Selv om mange hadde bodd i institusjonene var det fortsatt noen som bodde hjemme. Når kommunene fikk opprettet tilbud til denne gruppen førte dette også til en avlastning for familier som tidligere hadde hatt omsorgsansvar.

Tjenestetilbudet er i tillegg blitt preget av sektorprinsippet (Tøssebro, 2010). Ifølge Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2016) ble tjenestene organisert i egne seksjoner og avdelinger som kun skulle ha ansvar for omsorg overfor definerte grupper. Djupvik og

Eikås (2016) beskriver det som en oppsplitting av enheter hvor hver enhet hadde en avgrenset, enhetlig oppgave, hvilket blant annet resulterte i at det ble skilt mellom bistand i hjem, og andre arenaer tjenestemottakeren mottar tjenester fra. Denne måten å organisere tjenestene på har i ettertid blitt kritisert for å medvirke til fragmenterte og oppsplittede tjenestetilbud. NPM ble ansett for å kunne medføre uheldige konsekvenser for offentlig tjenesteyting hvor tjenestene ikke ble sett i sammenheng med hverandre. Begrepet «Post-NPM» oppsto som et svar på dette, hvor hensikten blant annet var å forbedre samordningen mellom ulike velferdstilbud (ibid.). Et eksempel på dette kan være retten til individuell plan (IP) som ble innført i 2001 (Thommesen, Normann og Sandvin, 2011). IP handler om å kunne gi et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til mennesker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. IP er ment å være en skriftlig plan hvor samarbeidet mellom tjenesteyterne, tjenestemottaker, evt. pårørende og ulike etater styrkes gjennom planlegging og koordinering. Planen skal være tjenestemottakers, og kan bidra til å gi oversikt over eget tjenestetilbud. Et mål er at IP samarbeidet om IP skal kunne gi tjenestemottakeren et mer helhetlig tilbud. Samtidig peker NOU 2016:17 (2016) på at bruken av individuell plan for mennesker med utviklingshemning er lav, selv ved behov for langvarige og koordinerte tjenester.

4.2.2 Mål- og resultatstyring

Ifølge Djupvik og Eikås (2016) fokuserer NPM i stor grad mål- og resultatstyring. Målstyring handler i dette tilfellet om å definere tydelige mål og suksessindikatorer, gjerne uttrykt kvantitativt. Resultatstyring handler derimot om å utvikle måleinstrumenter som kan kontrollere om suksessindikatorene nås.

Også i tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning er det blitt nødvendig med målindikatorer som kan fortelle hvorvidt tjenestene oppfyller krav til kvalitet (Sævareid, 2011). Et eksempel på målstyringsverktøy som benyttes i kommunene er KOMMUNE STAT RAPPORTERING (KOSTRA); et nasjonalt system hvor hva hver kommune oppnår skal registreres (Halvorsen, Stjernø og Øverbye, 2016). Resultatene blir omdannet til statistikk av Statistisk Sentralbyrå (SSB, 2017) og kan blant annet brukes av staten for å føre tilsyn med kommuner i tilknytning til måloppnåelse. Samtidig kan kommunene bruke de som et grunnlag for å sammenligne seg med andre kommuner. KOSTRA er ifølge Øgar og Hovland (2004) det viktigste innsamlede faktagrunnlaget for å vurdere kommunal

virksomhet. Beslutningstakere kan bruke statistikken for å analysere, planlegge, vurdere og styre kommunale tjenester. Ifølge SSB (2017) registreres det i KOSTRA opplysninger om følgende områder; grunnskoleopplæring, barnehage, barnevern, helse- og omsorgstjenester, administrasjon og styring, sosialtjenester, vann/avløp/renovasjon/avfall og kultur. I tillegg er det en samlebetegnelse for øvrige tjenestoområder og en egen kategori for annet. Statistikken som utarbeides kan fortelle om kommunenes prioriteringer, hvilken ressursinnsats de har og grad av måloppnåelse.

Men målstyringsverktøy i helse- og omsorgstjenestene er kritisert (Sævareid, 2011). Blant annet er innsamlingen av objektive og deskriptive data diskutert. Objektive data hevdes å bare belyse en side av saken, mens deskriptive data belyser individuelle forhold som er vanskelig å tallfeste på en standardisert måte. Når systemer som eksempelvis KOSTRA benytter seg av objektive, tallfestede data trenger ikke disse nødvendigvis fortelle noe om den faktiske kvaliteten på tjenestetilbudet. Ett eksempel er dersom målet er å oppnå så billig omsorg som mulig. Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2016) nevner at det ikke nødvendigvis er slik at selv om omsorgen er billig, at den oppfyller kravet til god kvalitet. Det er kanskje her det deskriptive spiller en større rolle? Ifølge Kroken (2006) har velferdsstaten hatt et overordnet moralsk ansvar, nemlig en moralsk forpliktelse overfor de svakeste i samfunnet. Det som hun derimot hevder at har skjedd er at fokus gradvis fra dreiet seg fra moralsk til teknisk ansvar. Teknisk ansvar i denne sammenheng kan for eksempel være budsjettansvar. Når det moralske ansvaret overskygges av teknisk ansvar kan de opprinnelige målene for velferdsstaten fordufte. Videre hevdes det også at jo lenger opp i systemet, jo mer entydige blir problemstillingene. Ethiske dilemmaer desentraliseres til de som er i direkte kontakt med tjenestemottakerne. Dette kan samsvare med hva Lingås (2014) skriver om målforskyvning. Når fokuset blir for stort på målstyring på kvantitative og økonomiske områder kan dette føre til at tjenesteytere mister det overordnede målet av syne. Det kan dermed også oppstå hva Aadland (2015) betegner som en konsekvensetisk tenkning knyttet til egen yrkesutøvelse. Handlingene til tjenesteyterne kan medføre for eksempel tap av goder på kort sikt, men av hensyn til det langsiktige målet velger tjenesteyteren fortsatt å handle på en bestemt måte, med en tro om at «målet helliger middelet». Ett eksempel er at ved å bruke mindre tid på oppgavene du gjennomfører hos Gerd vil du være ferdig før tiden, og dette kan anerkjennes for å være effektiv tjenesteyting basert på kvantitative resultater. Samtidig forteller det lite om kvaliteten.

Et paradoks med innføringen av mål- og resultatstyring og NPM er også at dette har medført mer byråkratisk kontroll i tjenestene fordi kravene til dokumentasjon og resultatrapportering er blitt så store (Djupvik og Eikås, 2016).

Også selve systemet KOSTRA er kritisert for flere forhold. Deriblant er det varierende kvalitet på dataene som samles inn i kommunene, i tillegg til at det ikke tas høyde for at kommuner har ulike rammevilkår (Øgar og Hovland, 2004). Det er også påpekt at informasjon på området som gjelder helse- og omsorg er mangelfull. Et forsøk på å bøte på dette er Individbasert Pleie og Omsorgsstatistikk (IPLOS) som ble innført i 2004. Dette er et målstyringsverktøy som er obligatorisk for kommunene, og som skal bidra med informasjon som er relevant for saksbehandling og utøvelse av tjenester. I tillegg skal IPLOS gi statistikk og kunnskap som skal kunne brukes for å danne grunnlag for beslutninger og planlegging (ibid.). Helse- og omsorgsdepartementet (2015) peker i sin veileder *IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester* på at IPLOS skal beskrive bistandsbehov til de som søker eller mottar helse- og omsorgstjenester i kommunen. Alle opplysninger registreres anonymt. Eksempler hva som registreres er matombringing, praktisk bistand til daglige gjøremål, dagaktivitetstilbud, avlastning i og utenfor institusjon, helsetjenester i hjemmet m.m.. Når det gjelder beregning av bistandsbehov brukes blant annet en skårinndeling som knyttes til ulike bistandsvariabler (vedlegg 1). Hver bistandsvariabel skåres fra 1-5, hvor 1 betyr «utgjør ingen problem» og 5 betyr «fullt behov for bistand» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dersom det ikke foreligger noe informasjon for området eller det ikke er relevant for tjenestemottakeren kan skår 9 benyttes. Skår fra 3-5 utløser behov for personalbistand. Selv om det i utgangspunktet er obligatorisk med registrering av opplysninger er det mulig for tjenestemottakere å reservere seg fra at opplysninger om egen diagnose. I tillegg har tjenesteyteren rett til innsyn i opplysningene som er registrert.

Til tross for at mål- og resultatstyring er omdiskutert vektlegges det fortsatt, og det er stort fokus på god kvalitet i tjenestene. Dette kan kanskje ha sammenheng med det Hallandvik (2002) skriver, om at med økende velferd har også forventningene til velferden blitt høyere. Da kan det også stilles spørsmål ved hvilke forventinger vi har til kvalitet.

4.2.3 Konkurransetsetting

Ifølge Djupvik og Eikås (2016) kjennetegnes konkurransetsetting blant annet av bestiller-utførermodellen og målestokk-konkurranse. Ved bestiller-utførermodellen blir det brukt kontrakter og konkurranseeksponering. En part fungerer som bestiller og henvender seg til «utførere» som er ansvarlig for å produsere en vare eller tjeneste. Bestilleren utformer en kontrakt som legger rammen for oppgaven, og det blir opp til utføreren å utføre oppgaven innen de rammer som er gitt. Dette blir dermed en indirekte form for styring hvor bestilleren ikke kontrollerer utfører underveis men heller i etterkant av at oppgaven er utført. I dette ligger viktigheten av en kontrakt som tydelig spesifiserer hva oppgaven innebærer. Ved bruk av bestiller-utførermodellen blir ikke utførelsen budsjettfinansiert, men det blir derimot overført et fast beløp som er fastsatt i kontrakten, og det blir dermed opp til utfører å overholde budsjettet.

Et annet kjennetegn er målestokk-konkurranse hvor virksomheter innen samme felt sammenligner seg med hverandre på områder som resultat, organisering og ressursbruk (ibid.). Meningen med dette er at de som presterer dårlig skal motiveres til å unngå å havne nederst ved å se på hvordan de som kommer best ut har gjort det.

Bestiller-utførermodellen kan komme til uttrykk i tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning ved å se på hvordan tjenester tildeles. Ifølge Haug og Paulsen (2011) benytter flere kommuner seg av bestiller-utførermodellen gjennom bruk av forvaltningskontor, også kalt servicetorg. Ved servicetorgene håndteres alle henvendelser og bestillinger av tjenester, og de kan også bistå med informasjon om og utforming av søknader. Ett av argumentene for servicetorg er at de bidrar til større likhet i saksbehandlingen og en bedre fordeling av ressurser. Samtidig kritiseres de for å medføre at profesjonelle får mindre tid til pleie og omsorg. Tjenestetid og oppdrag er allerede definert ved servicetorget og basert på effektivitetskrav. I likhet med profesjonaliserte ledere har ofte ikke ansatte ved servicetorgene den samme faglige kompetansen som de som jobber direkte med tjenestemottakerne. Derfor kan det også her oppstå motstridende oppfatninger om hvordan tjenester bør fordeles. Servicetorgene blir også kritisert for å bidra til begrensninger i brukermedvirkningen ettersom tjenestetilbudet blir definert og tildelt før tjenestemottakerne rekker å delta i utformingen. Som nevnt pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 andre ledd skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med tjenestemottakeren.

Servicetorgene kan sees i sammenheng med hvordan økonomisk myndighet sentralisert til de øvre ledd av en organisasjon kan lede til konflikter fordi partene vektlegger ulike hensyn. I dette tilfellet er økonomisk myndighet lagt til servicetorgene som fungerer som en bestiller. De skal deretter utforme en kontrakt til utførere som beskriver oppgaven utfører skal gjennomføre. Det kan være vanskelig for de ansatte i servicetorgene å avgjøre i hvor stor grad tjenestemottakerne, i dette tilfellet mennesker med utviklingshemning har behov for bistand. Deloitte (2012) skriver at det har vært uenigheter i flere kommuner knyttet til om det skal benyttes timefestede eller tjenestebeskrivende vedtak. Timefestede vedtak er vedtak hvor det angis hvor mye tid utføreren skal benytte på hvert oppdrag, mens tjenestebeskrivende vedtak innebærer at selve oppgaven er beskrevet, og at det utarbeides en generell normtid hvor det er opp til utfører å utføre oppgaven innenfor denne tiden. I rapporten *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utførermodellen* (Deloitte, 2012) kommer det frem at bruk av bestiller-utførermodellen bør tilpasses kompleksiteten av tjenestene. Med dette menes det at dersom oppgaven som skal utføres er lett å måle når det gjelder produksjon, slik som konkrete og enkle oppgaver bør det brukes timefestede vedtak. Dersom det derimot er vanskelig å måle bør det benyttes tjenestebeskrivende vedtak med normtid. I dette arbeidet kan også IPLOS brukes som et grunnlag ettersom IPLOS-registreringen inneholder informasjon om bistandsbehov m.m., også i antall timer. Dette kan gjøre det enklere for ansatte i servicetorg og beregne riktig type og mengde bistand for mennesker med utviklingshemning.

Samtidig som servicetorgene kan bidra til en mer rettferdig fordeling peker Haug og Paulsen (2011) på at denne måten å tildele tjenester på tar lite hensyn til tjenestemottakernes dagsform, samt muligheten for variasjon og fleksibilitet i eget tjenestetilbud. Bakken (2015) skriver om hvordan mennesker med utviklingshemning er en lite homogen³ gruppe, hvor grad av utviklingshemning ikke alene kan vitne om vedkommendes faktiske funksjonsnivå. Stubrud (2001) nevner hvordan noen kan fungere lavt på ett område, og samtidig fungere høyere på andre. Deres funksjonsnivå avhenger derfor av individuelle variasjoner, og ofte kan disse også variere fra dag til dag. Dette kan sammenfattes med de deskriptive dataene som er individuelle og dermed vanskelige å tallfeste. Selv om de kanskje ikke kan tallfestes betyr det derimot ikke at de ikke er viktige.

³ Ensartet (Bakken, 2015)

og det kan stilles spørsmål ved hvordan individuelle og varierende behovene tas hensyn til og ivaretas i tildelingen av tjenester.

Når det gjelder målestokk-konkurransen kan dette sammenfattes med det som er nevnt i punkt 4.1.2 om KOSTRA og IPLOS. Resultatene fra KOSTRA og IPLOS kan brukes av kommunene for å sammenligne sine virksomheter og måle seg opp mot hverandre. Selv om målet er at de som kommer dårligst ut skal se til de beste og lære av de skriver Djupvik og Eikås (2016) at det motsatte også kan skje. Noen ganger kan et dårlig resultat medføre resignasjon og virksomhetene kan bli mer opptatt av å forklare hvorfor de har gjort det dårlig fremfor å forbedre seg. I tillegg er det som nevnt tidligere visse usikkerhetsmoment knyttet til disse målstyringsverktøyene når det gjelder kvaliteten på dataene som er samlet inn. Gode resultater trenger ikke nødvendigvis bety at tjenestene er av god kvalitet (Halvorsen, Stjernø og Øverby, 2016). Det kan også være vanskelig å lage gode, sammenlignbare mål på innhold av tjenestene.

4.2.4 Kostnadseffektivitet

Ifølge Djupvik og Eikås (2016) innebærer kostnadseffektivitet å «gjøre mer for mindre» Dette kan samsvare med hva Øgar og Hovland (2004) skriver om at det innebærer å utføre tjenester billigst mulig innenfor rammene som allerede er satt.

Ett av områdene hvor kostnadseffektivitet har vært aktuelt i tilknytning til mennesker med utviklingshemning, har vært i valg av boform. Söderström og Tøssebro publiserte i 2011 en rapport som oppsummerte hovedtrendene ved utviklingen av levekårene for mennesker med utviklingshemning etter ansvarsreformen, og hvor boligform var en av hovedtrendene de valgte å belyse. Ifølge Söderström og Tøssebro (2011) var det skjedd en forskyvning i boformer etter ansvarsreformen og Husbankens retningslinjer. Rapporten viste at bruk av bokollektiv var i 2010 nærmest borte. Bofellesskapene var derimot blitt mer dominerende enn hva de tidligere hadde vært. Når det gjaldt samlokaliserte boliger var tendensen nedgående. Det kommer også frem at det fram til 2010 var en kraftig økning i antall personer per bofellesskap, hvilket gjaldt særlig de som flyttet inn etter år 2000. Så mange som halvparten av disse flyttet inn i bofellesskap med mer enn seks beboere, og gjennomsnittlig bodde de i bofellesskap med 8 personer. Dette strider mot Husbankens retningslinjer (ibid.). Det kunne også sees at en økende andel mennesker med

utviklingshemning nå bodde i bofellesskap beregnet på ulike grupper tjenestemottakere, deriblant eldre og mennesker med psykiske lidelser. I tillegg var det økende innslag av møterom, pauserom, kontor og lignende som forbindes med arbeidsplasser.

Det vært diskutert hvordan NPM og krav om kostnadseffektivitet ser ut til å ha medført endringer og reorganiseringer som resulterer i større enheter. (Djupvik og Eikås, 2016). Som nevnt i punkt 4.1 skulle ikke mer enn 4-5 boenheter samles. Kittelsaa og Tøssebro (2011) henviser til Karl Grunewald som i 1988 lanserte «den lille gruppens prinsipp». Dette var ett av flere prinsipper som skulle sikre gode tjenester, og handlet om at gruppen av mennesker med utviklingshemning som bodde sammen aldri burde være større enn fire personer. Han pekte på at det å ha en utviklingshemning medfører begrensninger blant annet i kommunikative evner, og ved å holde gruppen små muliggjorde det at ansatte kunne kjenne både tjenestemottakeren og dens kommunikasjonsformer godt. Samtidig kunne antall ansatte holdes lavt og gruppen kunne lettere passe inn i nabolaget.

Kommunene har derimot argumentert for at store bofellesskap bedre ivaretar kommunens økonomi samt hensynet til tjenesteytere og tjenestemottakere (Kittelsaa og Tøssebro, 2011). Dersom bofellesskapene er små hevdes det at fagmiljøet blir dårligere, at ansatte føler seg ensomme og dette fører til høyt sykefravær og store personalutskiftninger. Når det gjelder hensynet til tjenestemottakerne hevdes det at kvaliteten på tjenestetilbudet vil styrkes, og at det vil forhindre ensomhet blant beboerne. Til sist om økonomien skriver Kittelsaa og Tøssebro (2011) at det eksisterer en forestilling om at store bofellesskap er billigere fordi de fører til bedre tjenester til flere for samme kostnad. De henviser til Felce og Emerson (2005) som i sine undersøkelser finner at driften av store bofellesskap er marginalt billigere enn små. Videre henvises det til Mansell & Beadle-Brown (2009) som hadde kommet frem til at spredte boliger var dyrere. Samtidig må det påpekes at bemanningen var lavere der hvor flere tjenestemottakere var samlet. Det kan også stilles spørsmål ved hvorfor disse bofellesskap anses som billigere, når historien viser at stordrift gjennom sentralinstitusjonene var kostbart. Og Kittelsaa og Tøssebro (2011) stiller spørsmål ved om store bofellesskap i realiteten er billigere, eller om det foreligger muligheten til å gjøre de billigere.

Eksempler på dette kan være at tjenestemottakere som opprinnelig har 1:1 bistand må dele nattevakt. I tillegg skjer det også at tjenestemottakere som skal ha bistand til avgrensede oppgaver får bistand når tjenesteyteren har tid. Tidspunkt og tid for bistanden struktureres

av virksomheten, hvilket kan medføre at virksomheten unngår å leie inn personale for å yte bistand til brukere på samme tidspunkt.

Stubrud (2001) beskriver hjemmet som en menneskerett og et velferdsgode, også for mennesker med utviklingshemning. Samtidig som hjemmet gir privatliv, utfoldelse, rekreasjon og avkobling er hjemmet for denne gruppen også en arena å motta omsorg på. Men det kan stilles spørsmål ved hvordan det oppleves å bo i store bofellesskaper som nesten kan betraktes som institusjoner, og hvilke opplevelser mennesker med utviklingshemning har av eget hjem når bofellesskapene er formet som arbeidsplasser.

4.2.5 Økt brukerfokusering

Økt brukerfokusering kan blant annet handle om at de som mottar tjenester skal få økt innflytelse i hvordan tjenestene blir utformet. Brukerens rolle skal endres fra en passiv til aktiv rolle, hvor vedkommende selv skal kunne velge tjenester ut fra egendefinerte behov (Ramsdal og Skorstad, 2004).

Rettighetslovgivning kan sees som en del av NPM ifølge Djupvik og Eikås (2016), og i 2001 trådte Pasient- og brukerrettighetsloven i kraft. Formålet med denne var å sikre lik tilgang til tjenester av god kvalitet gjennom å gi pasientene rettigheter i tjenestetilbudet. Ifølge Haug og Paulsen (2011) skal brukerens valg og ønsker legges til grunn for valg av tjenester. Kommunene skal fatte enkeltvedtak som skal gjelde rettigheter og plikter til en eller flere bestemte personer, og ifølge Forvaltningsloven (1967) § 17 skal søknad om enkeltvedtak være så godt opplyst som mulig. Dette innebærer å innhente opplysninger om personalia, pårørende/verge/annen fullmektig, funksjonsnivå, helsetilstand, tekniske hjelpemidler, allerede igangsatte hjelpetiltak og sosiale forhold. Samtidig som individuelle valg og ønsker skal fungere som grunnlag for utforming av tjenestene skriver Haug og Paulsen (2011) at det må tas hensyn til hvordan den enkelte kommune er organisert. Hvilke kommunale vedtak som allerede foreligger, tjenestetilbud som allerede er tilgjengelig samt hvilken kompetanse kommunen har tilgjengelig er med på å sette rammer for hva kommunen kan tilby. Dette er også noe Djupvik og Eikås (2016) betrakter som en svakhet ved brukerfokuseringen. Hjelpemidlet er nødt til å kunne kontrollere om midler brukes slik de er tiltenkt, og betraktningen om tjenestemottakeren som kunde vil da ikke medføre riktighet. I tillegg vil oppfatninger av tjenestetilbud m.m. alltid være individuelle

vurderinger som er vanskelig å tallfeste. Til sist kan det være problematisk at offentlig omsorg blir basert på etterspørsel, og det er derfor nødvendig med et system som balanserer individuelle ønsker og overordnede mål.

En annen måte som gjør det mulig for mennesker med utviklingshemning å medvirke i utformingen, har vært innføring av ordningen Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA). BPA er ifølge Jansson (2009) en form for brukerstyring hvor arbeidsgiveransvaret ligger enten hos tjenestemotter, kommunene eller hos et andelslag. Det vanligste er at brukeren selv er arbeidsgiver. Ved utviklingshemning som medfører at tjenestemottakeren ikke kan ivareta arbeidslederrollen kan eksempelvis foreldre inneha dette ansvaret, og ordningen kan med fordel brukes når det ordinære tjenestetilbudet ikke dekker brukerens behov. Blant annet kan brukeren ha behov for større fleksibilitet, bistand til andre tider på døgnet eller vedkommende ønsker tjenesteytere med spesielle kunnskaper og ferdigheter som det er vanskelig for kommunen å tilby. Kommunen har ansvar for å vurdere den enkeltes behov og fatte vedtak om hvor mye assistanse vedkommende har behov for. Samtidig som BPA kan organiseres gjennom kommunene kan det også organiseres gjennom private aktører som ULOBA og av brukeren selv. Selv om bruk av BPA kan sees som en del av NPM kan den også spores til andre områder. Ifølge Askheim (2003) kan BPA knyttes til Independent Living-bevegelsen som oppstod tidlig på 1970-tallet. Bevegelsen besto av ungdommer med fysiske funksjonsnedsettelse som ønsket å studere på lik linje med andre. På bakgrunn av dette kan det trekkes linjer fra denne bevegelsen til normaliseringstenkningen som nevnt i punkt 4.1.

Ifølge Askheim (2003) har BPA-ordningen gitt gode resultater hvor mer enn 90 % svarte at de var tilfreds i 1999. En undersøkelse avdekket at brukerne opplevde større grad av selvbestemmelse, økt likestilling, økt fleksibilitet og økt livskvalitet. De aller fleste har omfattende funksjonsnedsettelse av fysisk art. Tuntland (2014) knytter BPA-ordningen opp mot ideologien om empowerment som omhandler valgmuligheter, individuell selvbestemmelse og rettighetstenkning. Empowerment er en retning som fikk fotfeste etter normalisering, og beskrives som at makt må gis eller tas tilbake av brukerne, og at de skal kunne gjenvinne styringen over eget liv. Det handler om at de skal kunne leve på like vilkår som samfunnsborgere. Dette innebærer også at tjenesteytere skal være rådgivende medspillere, som ikke overstyrer eller bryter med individets selvbestemmelse. Mennesker med utviklingshemning har gjennom historien vært en minoritet i samfunnet, og de har

vært utsatt for makt og manglende kontroll over eget liv. Samtidig som det pekes på at antall mennesker med utviklingshemning som benytter seg av ordningen er lav er det likevel en ordning som kommunene er pliktig til å gi informasjon om og tilby. Men ifølge Evensen (2009) er det mange som ikke er klar over hvilke rettigheter de har, og det offentlige er ikke tydelig nok på hvilke rettigheter pasienter og brukere har. Dette kan kanskje bidra til å forklare hvorfor ikke flere benytter seg av ordningen.

En fallgrube ved bruk av BPA er at det kan hende mennesker med utviklingshemning ikke får utnyttet sitt fulle potensial dersom det legges til rette for full brukerstyring (Tuntland, 2014). På bakgrunn av kognitive begrensninger kan det være vanskelig å ivareta egne behov, og dersom ingen bistår med dette kan det lede til dårligere hjelpetilbud, tap av ferdigheter og passivisering. Så hvordan er det da mulig å tilrettelegge for selvbestemmelse og brukermedvirkning? Ifølge Bakken (2015) må selvbestemmelse knyttes til brukernes evnenivå, og de mulighetene vedkommende har for å forstå det valget som tas. Alle mennesker har behov for å ha påvirkningsmulighet, men spørsmålet blir heller om ikke denne påvirkningsmuligheten bør knyttes til valg vedkommende har forutsetning for å forstå. Ofte vil mennesker med utviklingshemning ha begrensede valgmuligheter når det gjelder større valg; eksempelvis valg av bosted eller utdanning. I stedet kan det legges til rette for valgmuligheter i tilknytning til brukerens hverdagsliv, som måltider, fritidsaktiviteter, bekledning m.m. Derimot kan det, knyttet til NPM stilles spørsmål ved om økt brukerfokusering og brukermedvirkning kan anses som reell når en utviklingshemning kan bidra til nedsatte valgmuligheter.

5.0 Konklusjon

Helse- og omsorgssektoren har siden 2. verdenskrig og fram til i dag gjennomgått store endringer knyttet til organisering og ideologisk grunnlag. Fra opprinnelig å bygge på tanker om universalisme har ideen om individet vokst frem, og offentlig tjenesteyting er nå i stor grad organisert etter styringsteknikker fra reformbevegelsen NPM, som representerer troen på det private markedet. Dette har endret tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning på flere måter. Fra å være en segregert, institusjonsbasert omsorg er tjenestetilbudet desentralisert til tjenestemottakernes hjemkommuner. Som følge av dette har flere fått tilgang til tjenester samtidig som tjenestetilbudet er blitt mer fragmentert og oppsplittet. Derfor er det i senere tid lagt vekt på koordinering og samordning for å gi et mer helhetlig tilbud. Det er også oppstått et økt fokus på kvalitet i tjenestene som blant annet skjer gjennom bruk av målstyringsverktøy som KOSTRA og IPLOS. Bruken av målstyringsverktøy er diskutert ettersom noen hevder at det kan medføre målforskyvning, og at omsorgens egentlig og overordnede mål forsvinner til fordel for det som er lettest å tallfeste. Tildeling av tjenester gjennom bestiller-utførermodellen er økt, og ett eksempel på dette er bruken av servicetorg. Selv om servicetorg hevdes å bidra til bedre fordeling ressurser er det også stilt spørsmål ved om tildelingen hindrer fleksibilitet i tjenestetilbudet. Dette fordi den kanskje fokuserer i for stor grad på rettferdig ressursfordeling, og for lite på individuelle variasjoner og behov som mennesker med utviklingshemning kan ha. Også bruken av målestokk-konkurranser har vokst frem, og gjør det mulig for kommuner å sammenligne seg med hverandre basert som resultater som er registrert i KOSTRA og IPLOS. Sammenligningen kan på en side bidra til økt motivasjon for forbedring, og på en annen side virke demotiverende og bære preg av å fungere som en «gapestokk». Når det gjelder boform har intensjonen om «den lille gruppens prinsipp» og små bofellesskap blitt vektlagt i mindre grad til fordel for store bofellesskap som argumenteres for å være mer kostnadseffektive. Motargumentene har handlet om at kostnadsfordelene har vært marginale, og at store bofellesskap medfører at mennesker med utviklingshemning nok en gang segregeres fra samfunnet som når sentralinstitusjonene fortsatt var i drift. Det stilles også spørsmål ved om store bofellesskap kan gjøre det enklere å bruke mindre ressurser på eksempelvis personale. Til sist er det blitt en større vektlegging av individuelt tilpassede tjenestetilbud og brukermedvirkning gjennom rettighetslovgivning og ordninger for brukerstyre. Selv om det kan sees som en

måte å styrke tjenestemottakernes medvirkning på, er det varierende på hvilke arenaer og i hvor stor grad mennesker med utviklingshemning har mulighet til å medvirke. Dermed er det også usikkert hvorvidt medvirkningens grad samsvarer med hva som var intensjonen for økt brukerfokusering. Likevel må det sees at tjenestemottakere i dag har flere rettigheter enn da sentralinstitusjonene fortsatt var i drift, mye på grunn av rettighetslovgivning. Samtidig som NPM faktisk har endret tjenestetilbudet kan ikke endringene bare sees i lys av NPM. Også ideologiske strømninger som normalisering og empowerment har bidratt til endringer i tjenestetilbudet.

6.0 Refleksjon

Arbeidet med oppgaven har vært omfattende, og samtidig veldig spennende. Om jeg skulle gjort dette om igjen ville jeg i større grad fokusert på å se endringene i sammenheng med normaliserings- og empowermentttenkningen. Det kunne vært interessant å se nærmere på hvordan de ulike retningene har påvirket og forsterket hverandre, og også om de noen steder har stått i motsetning til hverandre. En av de største utfordringene ved oppgaven har vært temaets kompleksitet. Fordi endringene også kan ha flere andre forklaringer har det vært vanskelig å skille hva som kan knyttes til NPM og hva som kan knyttes til andre forhold. Ofte kan endringene knyttes til flere forhold på en og samme tid og jeg har måttet utelatt mye for å kunne svare korrekt på problemstillingen jeg har valgt. Samtidig har jeg også nevnt det dersom det tydelig er andre elementer som har vært relevant i tillegg til NPM. Selv om tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning har gjennomgått store endringer og mye bra har skjedd mener jeg oppgaven også viser at det fortsatt er rom for forbedringer. Som Jan Tøssebro sier i tilknytning til avviklingen av sentralinstitusjonene; «*Kort sagt var resultatene klart bedre enn pessimistene fryktet, men langt fra det optimistene håpte*» (Tøssebro, 2015:56). Jeg mener at jeg i denne oppgaven har mestret å besvare problemstillingen, men samtidig er det også mye annet jeg kunne trukket inn og drøftet, og derfor føler jeg meg nok ikke helt ferdig. Likevel har jeg kommet fram til det, at et sted må jeg stoppe ettersom tiden ikke strekker til.

NPM har bidratt til å endre tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning, kanskje også i større grad enn hva som kommer frem i denne oppgaven. Selv om tjenestetilbudet har vært og er i endring viser undersøkelser at det fortsatt er en lang vei å gå. Men endring er en start, og kunnskap om emnet er en forutsetning for å jobbe for endring i tiden fremover. Det viser bare viktigheten av å fortsette, og ikke låse seg i oppfatninger om at det har blitt bedre og at det er bra nok. For «*Ingenting vesentlig skjer før et mønster blir brutt*» (Ukjent forfatter).

7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2015. *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Askheim, Ole Petter. 2011. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bakken, Trine Lise. 2015. *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. 11-17 (6 sider)

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. 2009. "Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte" i *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.), 17-42. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Christensen, Karen og Even Nilssen. 2006. *Omsorg for de annerledes svake. Et overvåket hverdagsliv*. 28-43 (15 sider) Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Deloitte. 2012. *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utførermodellen*. (96 sider)

Oslo: Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

http://public.deloitte.no/dokumenter/Deloitte_KS_rapport_080812.pdf

(Lastet ned: 08.05.2017 kl. 15:13)

Djupvik, Alf Roger og Magne Eikås. 2016. *Organisert velferd. Organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar*. 3.utgave. Oslo: Det Norske Samlaget

Ellingsen, Karl Elling. 2014. "Deltakelse som mål og ambisjon for profesjonell praksis" i *Utviklingshemning og deltakelse*. Ellingsen, Karl Elling (red.), 143-179 (36 sider). Oslo: Universitetsforlaget

Endresen, Arne. 2014. ”Virksomhetens sosiale kapital – et analytisk perspektiv for å studere tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid i organisasjoner” i *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Willumsen, Elisabeth og Atle Ødegård (red.), 251-269. Oslo: Universitetsforlaget

Evensen, Stein A. 2009. ”Et helsevesen uten grenser?” i *Et helsevesen uten grenser?* Haug, Kjell, Oddvar M. Kaarbøe og Trond E. Olsen (red.), 43-60 (17 sider). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Forvaltningsloven (fvl). 1967. *Lov av 10.februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven> (Lastet ned: 23.05.2017, kl. 19:00)

Hallandvik, Jan-Erik. 2002. *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Halvorsen, Knut, Steinar Stjernø og Einar Øverbye. 2016. *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. 6.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen. 2011. *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten. En problembasert introduksjon for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Helsedirektoratet (2017). Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10). Oslo: Direktoratet for e-helse
<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1> (Lastet ned: 03.04.2017 kl. 21:41)

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester (Veileder IS-1112)*. 6-31 (25 sider). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf> (Lastet ned: 09.05.2017, kl.18:17)

Hjulstad, Håvard. 2006. *Hva er terminologi?*

<http://www.sprakradet.no/Vi-og->

[vart/Publikasjoner/Spraaknytt/Arkivet/2006/Spraaknytt 2 2006/Hva er terminologi/](http://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/Publikasjoner/Spraaknytt/Arkivet/2006/Spraaknytt_2_2006/Hva_er_terminologi/)

(Lastet ned: 24.04.2017, kl. 22.13)

Holden, Børge. 2009. *Utfordrende atferd og utviklingshemning. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Husbanken. 1990. *Boliger for mennesker med utviklingshemming*. (5 sider) (Rundskriv HB-1212) Oslo: Den Norske Stats Husbank

Jansson, Claes. 2009. "Rettigheter og stønader" i *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red.), 180-190. Oslo: Universitetsforlaget

Kittelsaa, Anna og Jan Tøssebro. 2011. *Store bofellesskap for personer med utviklingshemming. Noen konsekvenser*. 1-22 (22 sider) (Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, Mangfold og inkludering
<https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Store%20bofellesskap%20WEB.pdf>
(Lastet ned: 02.12.2016, kl. 20:02)

Kittelsaa, Anna, Borgunn Ytterhus og Patric Kermit. 2015. "Reformer og dagligliv" i *Utviklingshemning. Hverdagsliv, levekår og politikk*. Kermit, Patrick, Anders Gustavsson, Anna Kittelsaa og Borgunn Ytterhus (red.), 11-28 (17 sider). Oslo: Universitetsforlaget

Kroken, Randi. 2006. "Dersom moralsk ansvar omformes til teknisk ansvar" i *Tidsskrift for sosialarbeidere i Norden* 26(2): 155-166 (11 sider)
https://www.idunn.no/nsa/2006/02/dersom_moralsk_ansvar_omformes_til_teknisk_ansvar
(Lastet ned: 23.05.2017, kl. 12:37)

Lingås, Lars Gunnar. 2014. *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. 4.utgave. Oslo: Kommuneforlaget

Norvoll, Reidun. 2009. "Makt og avmakt" i *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.), 67-98. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

NOU 2016:17. 2016. *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Nyseter, Tore. 2015. *Velferd på avveie: reformer, verdier, veivalg*, 205-272 (67 sider)
Oslo: Res Publica

Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl). 1999. *Lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Lastet ned: 23.05.2017, kl. 20:11)

Ramsdal, Helge og Egil J. Skorstad. 2004. *Privatisering fra innsiden. Sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget

Rasmussen, Bente. 2000. "Hjemmesykepleien som grådig organisasjon: makt og ansvar i desentraliserte organisasjoner" i *Tidsskrift for samfunnsforskning* 41(1):38-57

Regjeringen. 2017. *OECD – Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling*

<https://www.regjeringen.no/no/tema/pensjon-trygd-og-sosiale-tjenester/innsikt/internasjonalt-samarbeid/oecd---organisasjonen-for-okonomisk-samarbeid-og-utvikling/id490191/> (Lastet ned: 22.05.2017, kl. 16:53)

Rønning, Rolf. 2006. *Vårt politiske Norge. En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. 3.utgave. Sted: Fagbokforlaget

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. utfordringer*. 3.utgave. Oslo: Akribe Forlag

Sosialdepartementet. 1987. *Ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemma*. Mld.St.67 (1986-1987). Oslo

Statistisk Sentralbyrå. 2017. *Nøkkeltall for kommunens virksomhet*
<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/statistikker/kostrahoved/aar-forelopige/2017-03-15>

(Lastet ned: 23.05.2017, kl. 14:30)

Stubrud, Leif Hugo. 2001. *Utviklingshemning i et økologisk perspektiv*. 34-58, 76-99 (47 sider) Oslo: Universitetsforlaget

Sævareid, Hans Inge. 2011. "Kvalitet i helsevesenet" i *Kvalitet og kvalitetsopplevelse. En bok om kvalitet i arbeid med mennesker*. Aasland, Dag G., Solveig Botnen Eide, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen og Hans Inge Sævareid, 48-62 (14 sider). Bergen: Fagbokforlaget

Söderström, Sylvia og Jan Tøssebro. 2011. *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. 17-22(8 sider) Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS, Mangfold og inkludering

Thommesen, Hanne, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin. 2011. *Individuell Plan*. 37-51 (14 sider) Oslo: Kommuneforlaget AS

Tuntland, Hanne. 2014. *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. 2.utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Tøssebro, Jan. 2010. *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget

Tøssebro, Jan. 2014. "Trender i utviklingshemmetes levekår og deltakelse" i *Utviklingshemming og deltakelse*. Ellingsen, Karl Elling (red.), 52-83. Oslo: Universitetsforlaget

Uhørte stemmer og glemte steder. 2017. *Etter HVPU-reformen*
<http://www.institusjon.no/?do=visPeriode&periode=3> (Lastet ned 23.05.2017, kl. 02:22)

Øgar, Petter og Tove Hovland. 2004. *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. 31-58, 232-256 (51 sider). Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1: Bistandsvariabler (IPLOS)

2.3.2 Bistand-/ assistansevariabler

Variablene	Beskrivelse
Alminnelig husarbeid	Har behov for bistand/assistanse til å utføre vanlig husarbeid som å gjøre rent, vaske klær, bruke husholdningsapparater, lagre matvarer og kaste avfall.
Skaffe seg varer og tjenester	Har behov for bistand/assistanse til å skaffe seg varer som mat/drikke, klær/sko, husholdningsartikler, tekniske tjenester og husholdningstjenester, som er nødvendige og relevante i dagliglivet. (Enten via internett / telefon eller direkte i butikk.)
Personlig hygiene	Har behov for bistand/assistanse til å vaske og stelle hele kroppen inkl. pusse tenner/munnhygiene.
På og avkledning	Har behov for bistand/assistanse til å ta på og av seg klær og fottøy, finne fram og velge i overensstemmelse med årstid, vær og temperatur.
Toalett	Har behov for bistand/assistanse til å utføre toalett besøk/-funksjoner.
Lage mat	Har behov for bistand/assistanse til å planlegge, organisere og tilberede enkle og sammensatte måltider, skjære opp maten, smøre brødsriver og tilberede annen tørrmat, varme opp mat og lage kaffe og te.
Spise	Har behov for bistand/assistanse til å innta servert mat og å drikke.
Bevege seg innendørs	Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg på ett plan innendørs; på flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol. Trapper innendørs er ikke med.
Bevege seg utendørs	Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg utenfor egen bolig, opp og ned trapper, fortauskanter, på ujevne underlag mv. Med utenfor egen bolig menes her alt utenfor egen inngangsdør. Trappeoppganger og trapper ute er utendørs.
Ivareta egen helse	Har behov for bistand/assistanse til å håndtere egen sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, til å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer eller skade oppstår, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner.
Hukommelse	Har behov for bistand/assistanse til å huske nylig inntrufne hendelser. Finne fram i kjente omgivelser. Være orientert for tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken.
Kommunikasjon	Har behov for bistand/assistanse til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker.

Beslutninger i dagliglivet	Har behov for bistand/assistanse til å ta avgjørelser og organisere daglige gjøremål, gjøre valg mellom alternativer, disponere tiden gjøremålene tar og integrere uforutsette hendelser.
Ivareta egen økonomi	Har behov for bistand/assistanse til å betale regninger, prioritere mellom utgifter, betale for seg med kontanter og kort.
Sosial deltakelse	Har behov for bistand/assistanse til å styrke og opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie, venner, kolleger og personer i nærmiljøet.
Styre atferd	Har behov for bistand/assistanse til å styre egen atferd. Med dette menes å ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon over for seg selv og andre.

2.3.2.1 Opplysninger om syn og hørsel

Registrering av skår for syn

Syn	Sanse lys og farge, se størrelse, form og avstand.
------------	---

1. Ser godt / har ingen problemer
2. Har noe redusert syn
Ser godt med hjelpemidler som briller, godt lys, evt. lupe ved lesing. Ingen problemer å synsorientere seg i eget hjem eller nye omgivelser.
3. Har dårlig syn
Kan ikke lese aviser/egen post/inntømne regninger/oppskrifter/bruke redskaper som litermål ol. Kan synsorientere seg i eget hjem og nye omgivelser.
4. Har svært dårlig syn
Kan ikke lese aviser / egen post / inntømne regninger / oppskrifter / bruke redskaper som litermål ol. Kan synsorientere seg i eget hjem men ikke i nye omgivelser.
5. Blind
9. Ikke relevant

Registrering av skår for syn

Hørsel	Sanse lyd og skille mellom lyders tonehøyde, styrke, egenart og sted. Skille mellom ulike lyder, steds- og sidebestemmelse av lyd, talegjenkjenning.
--------	--

1. Hører godt/har ingen problemer

2. Har noe redusert hørsel

Ikke til vesentlig hinder for samtale en til en og i gruppe. Lettere vansker når det ikke er stille i omgivelsene/flere snakker i samme rom. Hører godt med hjelpemidler som høreapparat/hørat og lignende.

3. Har dårlig hørsel

Hører kun når det blir snakket høyt, klart og tydelig. Har noe problemer selv ved bruk av hjelpemidler som høreapparat/hørat og lignende. Vansker med å føre samtale en til en og i grupper.

4. Har svært dårlig hørsel

Kan ikke høre verbal kommunikasjon og har store problemer selv ved bruk av høreapparat/hørat og lignende. Må se den som prater.

5. Døv

9. Ikke relevant