

Forord

Det var i 2007 på leting etter sommerjobb, at en god venninne fikk meg til å søke om et vikariat i hjemmesykepleien. Siden har jeg valgt å utdanne meg innen helse og vært ansatt som assistent, student og ergoterapeut ved samme arbeidsplass. Hjemmesykepleien har for meg vært en jobb fylt med spennende utfordringer. Dette har ført med seg at jeg konstant har vært på leting etter ny kompetanse og kunnskap. Jeg har kjent på hvordan det føles å være assistent og få tildelt oppgaver langt over sitt kompetansenivå. En følelse jeg unner ingen å oppleve. Dette er en av lastene travle tjenester bærer med seg, og som er problematisk når det handler om andre menneskers helse.

Siden første gang jeg hørte snakk om samhandlingsreformen har jeg sett utfordringer ved hvordan en tjeneste med så mye tidspress og ujevnt kompetansenivå skal kunne ta på seg mer ansvar. Jeg føler meg heldig som i senere tid har fått muligheten til å bygge om denne problematiseringen til en masterstudie.

Veien frem til denne oppgaven har vært utfordrende, men det skaper desto mer entusiasme over å endelig kunne fullføre. Det er mange som fortjener erkjennelse for den hjelpen de har gitt meg underveis i prosjektet.

Først vil jeg gi en stor takk til min veileder, Marit Solbjør. Du har vist en enorm tålmodighet og forståelse, og jeg er veldig takknemlig for at jeg fikk akkurat deg som veileder. Jeg er imponert over din evne til å snu min frustrasjon til motivasjon, og finne system i mitt kaos.

Takk til gjengen på TFoU for en plass å sitte, noen å spise lunsj med, og ikke minst mange gode faglige diskusjoner og innspill. Jeg skulle ønske jeg benyttet meg mer av tilbudet.

Jeg vil videre rette min takknemlighet til de to enhetslederne som valgte å bli med i prosjektet, og alle informantene som deltok i intervju. Jeg ønsker også her å nevne mine kollegaer Mari og Anne Grete, som deltok i prøveintervju i starten av prosjektet.

Sist vil jeg erkjenne hjelpen jeg fikk av min mor og stefar i perioden før innlevering, og all støtte og motivasjon fra familie og venner.

Trondheim, September 2015

Tori Hemmingby Almaas

Sammendrag

Denne masterstudien har gjennom en kvalitativ tilnærming sett på ansatte i hjemmesykepleien sin opplevelse av kompetanseutvikling i møte med samhandlingsreformens krav.

Hjemmesykepleien fikk i forbindelse med samhandlingsreformen tildelt nye og mer utfordrende oppgaver og ansvarsområder. Det er viet liten akademisk oppmerksomhet til hjemmesykepleien sammenlignet med den interessen som er vist innen sykehusforskning. Tidligere forskning viser til at tjenesten har utfordringer med tidspress, bemanning og lavt kompetansenivå. Studiens formål er å belyse hvordan ansatte i hjemmesykepleien opplever kompetanseutvikling på sin arbeidsplass. Dette for å skape en forståelse av hvordan en tjeneste med nevnte utfordringer mestrer å møte samhandlingsreformens nye kompetansekrav.

Det ble gjennomført til sammen 12 kvalitative intervjuer fordelt på to avdelinger av hjemmesykepleie i Midt-Norge. Informantene var helsefaglig utdannet personell på fagbrev- og høgskolenivå.

Resultatene viser at ansatte i stor grad lærer av hverandre på uformelt vis. Imidlertid tyder studien på manglende organisering av kompetanseutvikling. Informantene opplever at mye av ansvaret for egen kompetanse må de stå for selv. Dette ansvaret innebærer både tilegning og spredning av kompetanse.

Dette fører til grupperinger i fagmiljøet som viser ulike virkelighetsoppfatninger av kompetanseutvikling. Ansatte som har tilhørighet til prosjekter og spesifikke fagområder viser interesse for å lære mer og tar ansvar for egen kompetanse.

Studien tyder på at det er behov for at kompetanseutvikling i større grad settes i system. Dette innebærer blant annet en grundigere kartlegging av ansattes kompetansebehov for å utarbeide strategier for hvilke områder som bør vektlegges. Kreftomsorg og palliativ behandling er et område der overføring, utvikling, spredning og mobilisering av kompetanse fungerer godt. Dette er noe andre fagområder kan lære av.

Nøkkelord

Hjemmesykepleie, kompetanseutvikling, samhandlingsreform

Abstract

Qualitative methods in this master thesis are used to analyze the perception and experience of skills development in The Coordination Reform for each individual source used in this survey. As a result of the coordination reform, public homecare in Norway obtained new and more challenging tasks and increased responsibility. Much lesser academic attention has been shown to the homecare section than to the institutional section of the public health system. Previous research shows that the homecare section faced challenges regarding time sensitivity, staff and a low degree of competence. The purpose of this study is to illustrate how staff members in the homecare section experience development of personal skills at their work. This study shows how the homecare section of the public health system, with all its existing challenges, copes with the requirements for personal skills development given in the coordination reform.

Twelve interviews based on qualitative methods were performed. Interview participants were from two different departments in the same regional area. Some participants had a certificate of apprenticeship in health science while others had a bachelor degree in health science.

Results from this master thesis show that employees learn from each other in an informal way. Findings from this study indicate that organizational learning focusing on skills development is missing from the public health system. All participants in the study state that they are held responsible for most of their skills development. These responsibilities include both the need to develop skills and the responsibility to share their competencies with other colleagues. Participants with differing educational levels tend to have a very different perception of skills development. Employees working on projects and in specific areas of the homecare show greater interest and responsibility for their learning and competence.

Indications from this master study show that a skills development system needs to be put in place. As a starting point, an exploration of the need for courses and skills development should be done for each employee. Outcomes from this survey should be used as input for a strategy decision regarding which topics should be covered in a skills development program. For example, cancer treatment and palliative treatment are topics in which development, sharing and skill mobilization work very well. Other disciplines can and should be taught from these areas.

Keyword

Home nursing care, skills development, the coordination reform

Innhold

Forord

Sammendrag3

Abstract5

1.0 Innledning9

1.1 Bakgrunn 9

1.2 Forskningsbehov..... 11

1.3 Tidligere forskning..... 11

1.4 Formål og problemstilling..... 14

1.5 Begrepsavklaringer 15

1.6 Oppgavens oppbygging 15

2.0 Teori.....17

2.1 Hjemmesykepleie 17

2.2 Hjemmesykepleie som kultur og kontekst 18

2.3 Omsorgsbegrepet 19

2.4 Kompetansebegrepet 21

2.5 Kompetansekompener 22

2.6 Læring på arbeidsplassen 23

2.7 Kompetansestrategier 25

3.0 Metode.....27

3.1 Kvalitativ forskning 27

3.2 Kvalitativt intervju 28

3.3 Rekruttering..... 28

3.4 Rekruttering av informanter 30

3.5 Utvalget av informanter 31

3.6 Klargjøring av egenforståelse 33

3.7 Intervjuer 34

3.8 Transkribering..... 36

3.9 Analyse 37

3.10 Validitet 39

3.11 Etske vurderinger 41

4.0 Resultat43

4.1 Kompetanseutfordringer..... 43

4.2	Kompetanseutvikling.....	48
4.3	Kompetanseoverføring.....	53
4.4	Spesialisert kompetanse.....	56
5.0	Diskusjon.....	65
5.1	Oppsummering av hovedfunn.....	65
5.2	Diskusjon av funn og teori.....	66
5.3	Metodediskusjon: Styrker og svakheter ved studien.....	74
5.4	Implikasjoner for praksis.....	75
5.5	Videre forskning.....	75
6.0	Konklusjon.....	77
Litteratur	79
	Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	83
	Vedlegg 3 – Samtykkeskjema.....	85

1.0 Innledning

Hjemmesykepleien har gjennomgått store endringer de siste ti årene. Den største strukturelle endringen kom ved innføringen av *samhandlingsreformen* i 2012. Reformen innebar blant annet at hjemmesykepleien ble tildelt en ny og mer omfattende rolle for å avlaste spesialisthelsetjenesten. Målet er at det økende behovet for helsehjelp i fremtiden skal finne sin løsning i kommunen gjennom å utarbeide et større fokus på behandlende og forebyggende arbeid (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Sykehus skal skrive ut pasienter tidligere i behandlingsforløpet, og kommunen skal kunne tilby tilstrekkelig behandling og tilbud for pasienter i eget hjem eller i sykehjem (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Hjemmesykepleien sitt nye ansvar innebærer oppgaver på et høyere kompetansenivå enn det de har erfart tidligere. Disse oppgavene danner behov for ny og utvidet kompetanse for å opprettholde kvaliteten i tjenesten (St.meld.nr. 47, 2008-2009; Hellesø og Melby, 2013; Grimsmo, 2013; Røssstad et al., 2013; Birkeland og Flovik, 2014; Rommetvedt m.fl, 2014) I følge Sosial- og helsedepartementet (1982) sin *lov om helsetjenesten i kommunene* er kommunen pliktig til å ta ansvar for at ansatte får den undervisning og opplæring de trenger for å opprettholde og videreutvikle sin kompetanse.

Denne studien vil undersøke hvordan ansatte i hjemmesykepleien opplever kompetanseutvikling i møte med reformen.

1.1 Bakgrunn

Gjennom egen erfaring som ansatt i hjemmesykepleien har jeg opplevd mange av de utfordringene som tjenesten har slitt med. Bemanning, ujevn kompetanse, tidspress og sårbare situasjoner er noen av disse. Hjemmesykepleiens utfordringer var godt kjent før samhandlingsreformen ble aktuell, men etter dens innføring ble det også en utfordring å tilrettelegge for at ansatte kan tilegne seg den kompetansen de trenger i de nye oppgavene. Påfølgende i denne oppgaven kommer jeg til å fortelle om bakgrunnen til at samhandlingsfokuset ble aktuelt i Norge, og gjøre rede for noen av hjemmesykepleiens utfordringer og utgangspunkt for å mestre sin nye rolle.

Samhandlingsreformen «rett behandling – på rett sted – til rett tid» ble innført i Norge ved starten av året 2012. En slik reform ble aktuell i Norge grunnet en kraftig økning i den eldre befolkningen og kroniske syke i tiden som kommer (St.meld.nr.47, 2009; Rommetvedt et al., 2014). Eldreomsorgen står overfor store utfordringer der antallet eldre med hjelpebehov ikke samsvarer med antall yngre som fyller omsorgsyrkene (St.meld. 47, 2008-2009; Hatland, 2014; Kassah og Tingvoll, 2014). I 2050 vil befolkningen over 67 år fordobles, og over 80 år

mer enn fordobles (St.meld.nr 47, 2008-2009; Rommetvedt et al., 2014), og dette truer bærekraften i den norske helsesektoren. I følge Østby (1999) kan den demografiske økningen spores tilbake til etterkrigstiden, der det i 1946 ble født hele 70 727 barn (Østby, 1999). 70-80 år senere har disse barna blitt til den største eldrebefolkningen Norge har hatt noen gang, og samhandlingsreformen innføres som imøtekommende strategi (St.meld.47, 2008-2009; Kassah og Tingvoll, 2014).

Reformen sies å være den største helsereformen som er innført i Norge siden krigen, og har som mål å innføre helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester med samhandling på tvers av nivå og aktører¹. For at dette skal fungere må rutiner og ansvarsfordeling omorganiseres, og det er blant annet bestemt at spesialisthelsetjenesten skal sentralisere det utfordrende og desentralisere det hyppige. Dette vil si at spesialistene får fokusere på det utfordrende og sjeldne, mens generalistene kan fokusere på det hyppige og kjente (St.meld. 47, 2008-2009; Kassah og Tingvoll, 2014). De kommunale tjenestene får rollen som generalister og hovedansvar for medisinsk oppfølging, pleie, omsorg og rehabilitering (St.meld.nr.47, 2008-2009; Paulsen og Grimsmo, 2008; Rommetvedt et al., 2014).

Hjemmesykepleien, sykehjem og andre kommunale aktører trenger rom til å utvide og avansere sine tilbud for å kunne ta imot disse pasientene. Dette omfatter at hjemmesykepleien skal legge til rette for at eldre og kroniske syke skal kunne bli i eget hjem så lenge som de måtte ønske (Rommetvedt et al., 2014; Kassah og Tingvoll, 2014; St.meld. 47, 2008-2009).

I 2006 la Arbeidstilsynet frem en rapport som viste at 50 000 ansatte fra hjemmesykepleien opplevde at faktorer som tidspress, sykefravær og uforventede hendelser gjorde tjenesten sårbar. Rapporten viste at tjenesten hadde utilstrekkelig bemanning og mangel på utdannet helsepersonell, og bemanningen var i stor grad dekt av hjelpepleiere og ufaglærte assistenter (Arbeidstilsynet, 2006, 2008). I senere tid har det kommet frem at den samme problematikken fortsatt er reel. Hjemmesykepleien har ikke fått tilstrekkelig med ressurser for å utøve de nye oppgavene de har fått tildelt som følger av reformen (Tønnesen, 2014; Gautun og Bratt, 2013; Gautun og Syse, 2013). I Gautun og Syse (2013) sin rapport kommer det frem at ansatte i hjemmesykepleien opplever at manglende ressurser har ført til et dårligere helsetilbud i etterkant av reformen.

¹ *Aktør* forstås her som en tjenesteyter i helsevesenet.

1.2 Forskningsbehov

Hjemmesykepleien har en høy grad av selvstendig ansvar, og ansatte i tjenesten sin kompetanse er avgjørende for at hjemmeboende pasienter får et verdig liv (Birkeland og Flovik, 2014). Etter samhandlingsreformen ble innført, er hjemmesykepleiernes kompetanse også avgjørende i samhandlingskjeden. Tjenesten har likevel fått lite oppmerksomhet i både forskning og utdanning om en sammenligner med den interessen som er gitt til sykepleie i sykehus. I følge Birkeland og Flovik (2014) har dette ført til at hjemmesykepleien som fagfelt har havnet i en akademisk bakgate (s.14). Selv om samhandlingsreformen har ført til større interesse for forskning på dette feltet, er det fortsatt lite sammenlignet med den interessen som er vist innen sykehusforskning. Spesielt er det lite forskning å vise til som er gjort av ansattes opplevelser av kompetanse i hjemmesykepleien.

1.3 Tidligere forskning

I dette delkapittelet kommer jeg til å introdusere tidligere forskning som jeg mener har en relevans eller kan relateres til dette prosjektet. Det er gjort forskning på feltet tidligere, og forskningen jeg viser til er hovedsaklig funnet gjennom litteratursøk i databaser som Bibsys, PubMed, Medline og Web of Science for å nevne noen. Jeg har også funnet litteratur gjennom tidsskrifter og gjennomgang av litteraturlister til andre prosjekter.

På grunn av manglende forskning om kompetanseutvikling i hjemmesykepleien har jeg valgt å ta med noen tilsvarende studier av sykehjem. Dette mener jeg har en overføringsverdi som følger av at de har mye tilfelles i bemanning, utfordringer og krav både før og etter samhandlingsreformen.

Jeg vil starte med å fortelle om studier som deler andre lands erfaringer rundt tilsvarende reformer, og videre snevre meg inn tematisk frem til jeg finner studier som kan si noe om ansattes opplevelser av kompetanse og kompetanseutvikling i hjemmesykepleien.

Fra andre lands erfaringer vet vi at danske helsepolitikere i etterkant av tilsvarende reform, opplevde større enighet mellom sykehus og kommune, klarere oversikt over hvem som har ansvar, styrket pasientoverføring mellom aktørene og bedret behandlingstilbud for pasientene (Rommetvedt et al., 2014). De oppnådde å minske utfordringene med marginale pasienter gjennom å innføre midlertidige pleieplasser med et høyere helsefaglig kompetansenivå. Disse fungerer som mellomstasjon etter utskrivning fra sykehus eller for å forebygge innleggelser (Rommetvedt et al. , 2014).

Finsk forskning viser til at hjemmesykepleien klarte å opprettholde kvaliteten selv om deres reform krevde store strukturelle endringer, sammenslåing av enheter og nedtrapping i bemanning. Paljarvi et al. (2010) sin studie viser at kvaliteten kun viste en nedgang like etter innføringen, og på sikt bedret seg som følger av tverrfaglig samarbeid og bedret samhandling. Dessverre sier ikke studien noe om kompetanseaspektet, men understreker viktigheten av sterk endringsledelse i organisasjonen (Paljarvi et al., 2010).

Ham (2003) har i sin studie sett at den private omsorgsorganisasjonen, Kaiser Permanente i California, har klart å oppnå gode resultater gjennom samhandling mellom aktørene i sin organisasjon. Kaiser arbeider i tverrfaglig team med et overordnet fokus på forebygging, diagnostikk, behandling og omsorg overfor pasienter med kronisk sykdom. Ved å tilby behandling fra poliklinikker, hjemmesykepleie og omsorgsboliger har Kaiser gjort det tilgjengelig for pasientene å bevege seg mellom sykehus og samfunn. Det er samtidig nødvendig å nevne at Kaiser Permanente har et høyere nivå av spesialister og spesialisert helsepersonell enn det som er vanlig i privat og offentlig sektor, både i og utenfor USA (Ham, 2003).

Norske studier viser til faktorer som kan gjøre samhandling innad i den norske helsesektoren utfordrende. Røsstad et al. (2013) ser at manglende innsikt i hverandres hverdag skaper hindringer for samhandling mellom sykehus og kommune. Ulike virkelighetsoppfatninger skaper uenighet vedrørende pasientens beste og fokus i behandling. Dette skaper utfordring for samhandling (Røsstad et al., 2013), og samsvarer med flere studier som påpeker at vellykket samhandling er avhengig av at de ulike aktørene har evnen til å tenke helhetlig og klare å utarbeide en felles forståelse av ulike ansvarsroller og arbeidsfordeling (Payne et al., 2002; Hagen og Johnsen, 2013; Storm et al., 2014). Storm et al. (2014) nevner også nødvendigheten av at personell utvikler mer kunnskap og kompetanse relatert til pasientoverføring. Payne et al. (2002) fremhever at de ulike aktørene har hver sin spesifikke kompetanse, og det må derfor tilrettelegges for at pasientoverføringen mellom aktørene går så godt som mulig.

Flere studier viser at sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem opplever dårlig informasjonsoverføring fra sykehus (Grimsmo, 2013; Røsstad et al., 2013; Pedersen og Tingvoll, 2014). Pasienter utskrives uten at de får beskjed, og sykehuset gir mangelfull informasjon. Paulsen og Grimsmo (2008) mener årsaken til dette er at hjemmesykepleien trenger informasjon om hvordan pasienten vil fungere i hjemmet, noe som sykehuset ikke har behov for å kartlegge selv.

Sykepleierne fra sykehus i Røsstad et al. (2013) sin studie hevdet at hjemmesykepleien fokuserer for mye på hvordan pasienten vil fungere i hjemmet, fremfor pasientens diagnose, og underbygger manglende innsikt i hverandres situasjon.

Norheim og Thoresen (2015) hevder at kompetanseheving er nødvendig i alle ledd for å bedre den helhetlige kvaliteten, og ikke bare blant sykepleierne. Det er behov for at de ulike faggruppene utarbeider en felles forståelse ved målsettinger og utfordringer i møte med pasienten. For å implementere reformen og dens tankegang er det sentralt at de ansatte utarbeider en felles forståelse for å kunne utøve god kvalitet (Norheim og Thoresen, 2015). Flere andre studier underbygger og problematiserer dette (Paljarvi et al., 2010; Røsstad m.fl, 2013; Kassah, Tønnesen og Tingvoll, 2014; Rommetvedt, 2014).

I følge Kassah, Tønnesen og Tingvoll (2014) er kompetansenivået i kommunene for lavt til å ta i mot de pasientene som skrives ut tidligere i behandlingsforløpet. Spesielt påpekes det en bekymring rundt kreftpasienter som mottar lindrende behandling. Pedersen og Tingvoll (2014) sin studie fra sykehjem viser at de ansatte føler seg utrygg i lindrende behandling av kreftpasienter. De opplever at dette krever et høyere kompetansenivå, og gjerne spesialisert kompetanse (Pedersen og Tingvoll, 2014).

Allmennlegene i Røsstad et al. (2013) sin studie opplever at sykepleiere fra hjemmesykepleie og sykehjem reagerer for sakte ved pasienters forverring. Dette kan ha sammenheng med at de kommunale sykepleierne i samme studie uttrykker usikkerhet vedrørende å ta avgjørelser ved forverring i pasienters tilstand. Pedersen og Tingvoll (2014) og Grimsmo (2013) støtter dette i sine funn, men viser også til at usikkerheten kommer av at sykepleierne i enkelte situasjoner mangler kunnskapen om hvordan de skal observere og reagere ved forverring. Flere studier peker mot at usikkerhet på egen kompetanse kommer grunnet faglig ensomhet ved å være eneste sykepleier på vakt (Pedersen og Tingvoll, 2014; Grimsmo, 2013; Røsstad et al. , 2013). I følge Røsstad et al. (2013) sin studie opplever ansatte i kommunen å være mer faglig ensom enn de ansatte på sykehus.

Brenden et al. (2011) hevder at kompetansebehov og tilbud i sykehjem ikke samsvarer, og viser manglende systematikk i kompetanseutvikling. Pedersen og Tingvoll (2014) og Brenden et al. (2011) viser at det meste av kompetansehevingen som forekommer i sykehjem er uformell. De ansatte utvikler sin kompetanse gjennom å lære hvordan å utføre prosedyrer og oppgaver av hverandre.

Sykepleierne opplever likevel å føle seg utilstrekkelig og utrygge i flere av sine arbeidsoppgaver, noe Pedersen og Tingvoll (2014) setter i sammenheng med manglende organisatorisk kompetanse. Norheim og Thoresen (2015) mener flere avdelinger av hjemmesykepleie har et tilstrekkelig nivå av kompetanse, men at problemet ligger i hvordan de klarer å utnytte seg av den kompetansen de har. Flere av sykepleierne opplevde at de ikke fikk utnyttet sin kompetanse i arbeidsdagen. At de ansatte er avhengig av hverandre for å opprettholde god kvalitet i tjenesten er en utfordring, samtidig som at det er relativt stor andel ansatte som mangler formell kompetanse (Arbeidstilsynet, 2006, 2008; Norheim og Thorsen, 2014).

1.4 Formål og problemstilling

Når man er kompetent har man riktig kompetanse til kravene dagens og fremtidens oppgaver trenger. I følge Lai (2013) innebærer kompetanseutvikling² en heving, men kan også inneholde mål om å endre eller tilegne ny kompetanse (Lai, 2013). Denne studiens formål er derfor å undersøke hvordan de ansatte i hjemmesykepleien opplever kompetanseutvikling i møte med utfordringene som er kommet etter samhandlingsreformen. Basert på det jeg har funnet av tidligere forskning er det gjort tilsvarende studier i sykehjem, men jeg har ikke funnet noe om kompetanseutvikling i hjemmesykepleien. For å skape en forståelse av hvordan de hever, organiserer og tilegner seg ny kompetanse, vil jeg gjennomføre en egen intervjustudie av ansatte fra hjemmesykepleien om erfaringer fra deres arbeidsdag. Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvordan opplever ansatte i hjemmesykepleien kompetanseutvikling på sin arbeidsplass?

For å få innsikt i hvordan kompetanseutvikling fungerer i praksis, har jeg valgt et ansattperspektiv. De ansatte har en helsefaglig utdanning, enten det er på fagbrev- eller høyskolenivå. Selv om det i hjemmesykepleien er ett tverrfaglig praksisfelleskap (Birkeland og Flovik, 2011; Fjørtoft, 2012) som også består av assistenter, har jeg valgt å gå bort i fra denne yrkesgruppen i studien. Dette fordi jeg vil fokusere på yrkesgrupper med en formell utdanning³.

² Se mer om kompetanseutvikling og de andre kompetansebegrepene i kapittel 3.0

³ *Formell utdanning* forstås her som rettigheter en utdanning eller eksamen gir til yrkesutøvelse eller videre utdanning (Lai, 2013)

1.5 Begrepsavklaringer

Jeg har valgt å inkludere noen begrepsavklaringer for å tydeliggjøre bruken av følgende begrep videre i oppgaven.

Hjemmetjenester er en felles betegnelse for kommunale tjenester som utføres i pasientens egne hjem. Det består av *hjemmesykepleietjenesten*, *trygghetsalarmtjenesten*, *hjemmehjelpstjenesten* og tjenester tilknyttet heldøgns omsorgsboliger.

Hjemmesykepleien er avgrenset til helsefaglige tjenester, og er den tjenesten som er i senter av denne studien. Hjemmesykepleie er en felles betegnelse for helsehjelp som utføres i pasientens egne hjem, enten det er en handling av sykepleier eller annet helsefaglig personell (Birkeland og Flovik, 2014). Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 definerer helsehjelp som «*handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell*».

Samhandlingsreformen vil i likhet med hjemmesykepleien bli nevnt mye i denne oppgaven. Skulle det være tilfeller der jeg kun skriver *reformen*, vil det alltid være samhandlingsreformen jeg refererer til.

Ettersom *pasienter* i dag skrives ut fra sykehus uten å være ferdigbehandlet, er det fortsatt en *pasient* når personen beveger seg gjennom andre deler av helsesektoren. Selv om flere av de kommunale aktørene har tradisjon å betegne personer som mottar deres tjenester, som *bruker*, begynner dette å endre seg. Jeg finner pasientbegrepet mer dagsaktuelt, og vil av den grunn benytte nevnte betegnelse i oppgaven. Det er tilfeller der brukerbegrepet nevnes, men disse er i forbindelse med sitater fra informantene. Jeg har valgt og ikke endre på disse.

Blant yrkesfag i hjemmesykepleien er det *hjelpepleier* og *omsorgsarbeider*. I senere tid har disse fagbrevene blitt slått sammen til en profesjon, *helsefagarbeider*. Dette er en toårig utdanning på videregående nivå. For å unngå forvirring har jeg valgt å benevne alle med yrkesfag som *fagarbeider*.

1.6 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis er det blitt gitt en introduksjon til studiens tema, problemstilling og tidligere forskning. Videre kommer jeg til å gjøre rede for teori som har bidratt til den teoretiske referanserammen i oppgaven. Dette kapitlet tar for seg ulike aspekter ved hjemmesykepleie og kompetanse. Kapittel tre er metodekapittelet som viser metodiske valg, begrunnelser og gjennomføring som er gjort underveis i prosjektet. Resultatene presenteres i etterkant av metodekapittelet, og oppgaven avsluttes med blant annet diskusjon av funn og metode.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg introdusere teori som er med å bygge den teoretiske referanserammen for denne oppgaven. En teoretisk referanseramme kan beskrives som brillene en forsker tar på seg når en leser sitt materiale. Denne referanserammen hjelper forskeren med å forstå meningen i studiens materiale, og blir derfor en del av forskningsmetoden (Malterud, 2011). Innhenting av teori har vært en kontinuerlig prosess gjennom studien, ettersom behovet for å utarbeide forståelser av ulike begrep og fenomener har tredd frem.

Jeg vil blant annet fortelle om hjemmesykepleien som fagfelt, hjemmet som arena for omsorg og omsorg som begrep. Videre kommer jeg til å introdusere teori som har hjulpet meg med å forstå kompetansebegrepet, kompetanseutvikling og andre begreper innenfor kompetanseteori som kan bli aktuell.

2.1 Hjemmesykepleie

Det særegne med hjemmesykepleie er at deres fag havner i et krysningsområde der det daglige livet i hjemmet og offentlig tjenesteyting møtes (Gullestad, 1989; Fjørtoft, 2012; Birkeland og Flovik, 2014). Rollen som hjemmesykepleier blir som resultat av dette en blanding av profesjonell yrkesutøver og besøkende i pasientens hjem (Rønning, 2004; Fjørtoft, 2012; Birkeland og Flovik, 2013). Arbeidsplassen til de ansatte kan derfor sies å være hjemme hos den enkelte bruker.

Tradisjonelt har hjemmesykepleien hatt fokus på praktisk bistand og hjelp i hjemmet, samt den grunnleggende delen av sykepleiefaget. En unik side ved hjemmesykepleie er at ansatte kan gi hjelp til samme pasient over lang tid, gjennom varige sykdomsforløp. Dette skaper kontrast til andre arenaer hvor det medisinske fagområdet har en sterk stilling (Birkeland og Flovik, 2014). Eksempel på dette er sykepleiere i sykehus hvor pasienten ofte er innlagt i en kortere periode. Dette gjør utgangspunktet for relasjon og bekjentskap til pasienten svært forskjellig (Birkeland og Flovik, 2014).

I følge Birkeland og Flovik (2014) er det overordnede målet for hjemmesykepleie at pasienten skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og etter pasientens ønske.

Hjemmesykepleieres grad av kompetanse er helt avgjørende for å kunne gi pasientene et så optimalt liv som mulig med sin helsetilstand. Likevel har verken myndigheter eller utdanning viet hjemmesykepleie som fagfelt like mye oppmerksomhet som det som er gitt til sykepleie i sykehus (Birkeland og Flovik, 2014). I følge Smeby (2013) handler dette om forskningstradisjonen innen yrker.

Legeyrket et eksempel på et felt som konstant har bedrevet forskning, og dette har medført at

faget stadig har holdt seg vitenskapelig i bevegelse (Smeby, 2013). Hjemmesykepleien er et yrkesfelt som har hatt liten tradisjon for forskning. Dette kan ha sammenheng med at hjemmesykepleien tradisjonelt er et kvinnedominert yrke, og ifølge Ezioni (1969) har kvinneyrkene i mindre grad lyktes med å utvikle eget vitenskapelig grunnlag.

Et annet aspekt ved hjemmesykepleie er at tjenesten stiller større krav til selvstendig yrkesutøvelse fremfor tilsvarende faggrupper som er ansatt ved institusjon. Dette handler om at det ofte er kun pasient og hjemmesykepleier som er til stede, og nærmeste kollega kan være geografisk utilgjengelig (Birkeland og Flovik, 2011). I tillegg til større behov for selvstendighet er det også nødvendig å ha evnen til å være tilpasningsdyktig for å møte utfordringene som oppstår i løpet av en arbeidsdag (Birkeland og Flovik, 2011).

Samhandlingsreformen legger frem nødvendigheten av å sette beslutninger i system, og konsekvensen er at det har blitt innført prioriteringsveiledere for ulike diagnosegrupper i spesialisthelsetjenesten (Tønnesen, 2013; St.meld.nr.47 (2008-2009)). Det er imidlertid ikke innført noen veiledere, retningslinjer eller kriterier i forbindelse med prioriteringer og beslutninger i hjemmesykepleien (Tønnesen, 2013). Ansatte i hjemmesykepleien må i stor grad kunne stole på egen kompetanse i beslutninger og prioriteringer innad i tjenesten.

2.2 Hjemmesykepleie som kultur og kontekst

Det virker som at ansatte i hjemmesykepleien har utarbeidet en egen kultur⁴ i møte med det å utøve hjelp i pasientens egne hjem. Studier viser til at pleiere strekker seg langt for den enkelte pasient, og viser til eksempler der fagarbeidere har kjøpt klær, strikket sokker og gitt personlige eiendeler som omsorgshandlinger i bekymring for pasienten (Vike et al., 2002; Rønning, 2004; Kroken, 2006). Det kommer også frem eksempler fra ansatte som forteller de gir gaver og baker kaker til pasientene både til jul og bursdag. Noen forteller også å ha kjøpt melk og brød fra egen lomme når pasienten manglet mat. I flere av disse tilfellene kjenner pasienten til pleierens privatliv både når det kommer til navn på ektefelle, barn og barnebarn, bosted, bakgrunn og oppvekst (Rønning, 2004).

Rønning (2004) beskriver hvordan det at pasienten kjenner til personlige egenskaper hos pleieren kan skape trygghet. Hjemmet er en arena med sosiale koder. Hvor en av disse kodene er evnen til å ta hånd om de personene som kommer på besøk.

Hjemmet er et sted der en slipper inn kjente (Gullestad, 1989), og det er derfor ett rimelig ønske at pasienten vil ha en fast hjelper som en kan bli kjent med (Rønning, 2004).

⁴ *Kultur* forstås her som tanke-, kommunikasjons- og atferdsmønster hos mennesker (Schackt, 2014).

Pasienter som mottar hjemmesykepleie har ofte et langvarig hjelpebehov, der mange pasienter er alene. Dette gjør at relasjonen mellom pasient og hjelper i slike tilfeller er av stor betydning (Birkeland og Flovk, 2014; Rønning, 2004). Når en pasient har opphold ved institusjon vil de fleste oftest godta å tilpasse seg etter institusjonens rammer (Rønning, 2004). I pasientens egne hjem kan det ikke forventes at den som eier hjemmet skal tilpasse seg etter hjemmesykepleiens rammer. Selv om hjemmet blir en jobbarena for de ansatte, er pleiere samtidig inntrengere i pasientens personlige rom (Rønning, 2004). Dette handler om at individets identitet er knyttet til hjemmet. Det å bo i eget hjem er en viktig verdi som knyttes opp mot trivsel og retten til et fullverdig liv. For mange er det å motta hjelp i hjemmet det beste alternativet for å bevare livskvalitet, selv om det er tilfeller hvor institusjonalisering hadde vært et billigere og enklere alternativ (Rønning, 2004).

2.3 Omsorgsbegrepet

Det legges mye vekt på omsorgsaspektet når en skal utøve pleie i private hjem (Birkeland og Flovik, 2014; Fjørtoft, 2012; Kroken, 2006; Orvik, 2004; Rønning, 2004; Vike et al., 2002 m.m.). Lov om helsepersonell (1999) presiserer i §4 at all helsehjelp skal utføres på en omsorgsfull måte. Omsorg er derfor ikke noe de ansatte selv har valgt er viktig for tjenesten, det er faktisk noe som de er juridisk pliktig til å yte (Birkeland og Flovik, 2014 s. 15). Jeg vil derfor å se nærmere på hvordan vi kan forstå et slik komplekst begrep, og hvorfor omsorg er en sentral del av hjemmesykepleiens fag- og kompetanse.

Omsorg kan sees i mange sammenhenger, i både personlige og upersonlige situasjoner (Nortvedt, 2001). Vi kjenner kanskje best til den omsorgen som oppstår i familie- og vennerelasjoner, men begrepet omfatter også mange andre arenaer. I følge Nortvedt (2001) kan omsorg forstås som «...å holde noe av en annens skjebne i sine hender» (s.18).

Dette sitatet sier meg at det å yte omsorg overfor en annen person kan være et stort ansvar, samtidig som det kan fremstå som noe tvetydig. En omsorgsfull handling er ment for det bedre av den som utfører handlingen, men det betyr ikke alltid at den som mottar omsorgen opplever handlingen som god (Nortvedt, 2001).

Vetlesen (2001) sier at omsorg som grunnfenomen er en respons på menneskets sårbarhet. En handlingsrespons på andres sårbarhet vil derfor kunne forstås som å begi seg ut i et område av andres liv hvor mye står på spill. Det å gi omsorg vil være det å svare der hvor personen er mest sårbar. Når mye står på spill for den som mottar omsorg, er fallhøyden stor for den som skal utføre omsorgen (Ruyter og Vetlesen, 2001). I følge Orvik (2004) er omsorg spesielt viktig når pasienter mottar helse- og omsorgshjelp i eget hjem.

Alsvåg og Gjengedal (2000) og Birkeland (2008, 2012) mener hjemmesykepleiens arbeid utføres på en omsorgsfull måte, men at omsorgen som fenomen ikke er noe som belyses. I følge Birkeland (2012) blir omsorgsutøvelsen på mange måter en taus del av de ansattes yrkesutøvelse. Omsorgen er noe de ansatte gjør, men som ikke snakkes om like konkret som andre tiltak. Hvordan pasientene opplever omsorg kan ifølge Birkeland (2008) handle om personkjemi mellom pasient og hjelper, men det er også vist en sammenheng med faglig dyktighet, kompetanse og erfaring.

Pasientene opplevde dårligere omsorg av personell med lavere kunnskap og erfaring (Birkeland, 2008). Noe som sier at selv om omsorg som fenomen er en taus del av faget, er det likevel en del av faget som krever kompetanse. Når omsorg forstås som å holde noe andres skjebne i sine hender (Nordvedt, 2001), blir det å yte omsorg som helsepersonell et stort ansvar. Som helsepersonell vil en havne i situasjoner der en må ta faglige avgjørelser på vegne av noen andres skjebne. Dette åpner for en hårfin balanse mellom omsorg, makt og misbruk, og viser behovet for kompetanse til å kunne ta faglige forsvarlige avgjørelser.

Dette handler om at ansatte med faglig tyngde og erfaring i større grad har tilstrekkelig med kompetanse til å kunne observere pasientens situasjon og forstå behovet for hjelp og omsorg. Erfaring og kunnskap er noe som bidrar til at de ansatte lettere har evnen til å identifiserer mulige problemer, før de oppstår eller utvikler seg negativt (Birkeland, 2013).

2.4 Kompetansebegrepet

Kompetanse er et begrep som berører oss alle, ikke bare i yrkeslivet, men også innenfor andre arenaer i livet (Tveiten, 2008; Lai, 2013). Begrepet har derfor blitt definert og avgrenset av mange, og de ulike forståelsene kan ha relativt ulikt meningsinnhold (Von Krogh og Roos, 1996; Tveiten, 2008; Brenden et al., 2011). Opprinnelig stammer begrepet fra latinske «competentia», som ville si å være funksjonsdyktig eller å ha det som trengs av kunnskap om egenskaper for å utføre en oppgave med ønsket resultat (Lai, 2013). Aschehoug og Gyldendal (2005-2007) hevder at kompetanse er en rett og myndighet til å utøve bestemte handlinger og avgjørelser, eller som brukbarhet, dyktighet, kvalifikasjon og evne. Dette er en generell definisjon som jeg synes oppsummerer essensen av hvordan de fleste forstår kompetanse. Mange definisjoner handler om individets kvalifikasjoner knyttet til en spesifikk kontekst eller arbeidsoppgave. Breizinka (1988) er en av de som understreker det personlige aspektet ved kompetanse når hun sier:

Competence means a relatively permanent quality of personality, which is valued positively by the community to which the person belongs. It is the ability of an individual to meet specific demands which are placed upon him to their full extent. This ability is acquired as the result of personal effort.” (Brezinka, 1988, s. 76)

Tveiten (2008) ser det personlige aspektet opp mot funksjonsrettede fag der hun sier kompetansen er situasjonell. Hun mener at både yrkesutøver og pasient har med seg tanker, følelser, verdier, holdninger og kropper i møte med hverandre. Den kompetansen yrkesutøveren har sier noe om evnen til å håndtere ulike situasjoner, og blir derfor avgjørende for den utøvelsen rettes mot (Tveiten, 2008; Brenden et al., 2011). Denne forståelsen sier at kompetanse både er relatert til situasjon og relasjon, men fokuserer på individnivå.

Orvik (2014) sier at kompetanse først og fremst forankres i et arbeidsfellesskap, og er noe relasjonelt som fagpersoner deler seg i mellom (Hamran, 1995; Orvik, 2014). Hamran (1995) hevder at individets møte med en organisasjon, tradisjon eller kultur er der kompetansen utvikles, og må forstås deretter. I denne studien vil jeg benytte meg av følgende definisjon:

Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai, 2013, s.46).

Lai (2013) presenterer her kompetanse som et potensial bestående av fire komponenter. Dette er komponenter som er forankret i individet, hvor individet er en ressurs i en organisasjon.

Jeg vil ta med Lai (2013) sin definisjon, og setter den opp mot Orvik (2014) og Hamran (1995). Dette gjør at jeg kan forstå kompetanse som en individuell faglig egenskap som utvikles i ett praksisfelleskap.

2.5 Kompetansekomponeenter

Som nevnt over består kompetanse av kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger. I denne delen vil jeg introdusere kort hva som ligger i de ulike komponentene. Jeg har likevel valgt å skrive litt mer om kunnskapsbegrepet for å klargjøre forskjellen mellom kunnskap og kompetanse. Jeg kommer også til å skrive litt om taus kunnskap.

Kunnskap er en av komponentene kompetanse består av. Slik jeg forstår Lai (2013) og Tveiten (2008) handler kunnskap om å vite, og kan tas i bruk i ulike situasjoner. En kan skille kunnskap og kompetanse med å si at kompetanse i motsetning til kunnskap, er relatert til et spesifikt praksisfelt. Kunnskap utgjør en persons informasjonsbase, og sier noe om det man vet, eller tror man vet (Brenden et al., 2011; Lai, 2013). Slik kan en si at en kan ha mye kunnskap fra skole, men lite kompetanse i yrkesfeltet.

Det er mange definisjoner av kunnskap, og jeg kunne her dratt inn store filosofer som Platon eller Aristoteles, men jeg tror ikke det vil bidra med noe nødvendig til denne studien. Jeg vil derimot bygge videre på begrepet og skrive litt om fenomenet *taus kunnskap* som ofte blir nevnt i forbindelse med omsorgsaspektet ved yrkesutøvelsen hos helsearbeidere.

Basert på Grimen (1991), Tveiten (2008) og Lai (2013) forstår jeg at yrkesutøvere noen ganger tenker, vurderer og handler på et kunnskapsgrunnlag som ikke kan beskrives verbalt. Dette er hva som går under begrepet *taus kunnskap*. I følge Grimen (1991) kan taus kunnskap noen ganger forstås gjennom analyse av handling, men det avhenger av hvilken type taus kunnskap det handler om. Collins (2010) hevder at det finnes tre former for taus kunnskap, Relasjonell-, somatisk- og kollektiv taus kunnskap. *Relasjonell* er en form for taus kunnskap som en velger å holde taus bevist i enkelte situasjoner. Dette kan handle om et manglende ønske om å dele, at det oppleves som enklere å holde den taus av praktiske årsaker, eller fordi en ønsker å skjerme noen av etiske årsaker. *Somatisk* er kroppslig kunnskap som er iboende i oss mennesker slik at vi for eksempel klarer å lære oss å sykle. Den kan videreformidles gjennom analyse av bevegelsesmønstre, men er sjeldent til nytte for andre mennesker. Den siste delen er kollektiv taus kunnskap eller interaksjonskunnskap. *Interaksjonskunnskap* kan kun tilegnes gjennom deltagelse i sosiale settinger. Det handler om evnen til å forstå innholdet i sosiale situasjoner, og må tilpasses den enkelte kontekst (Collins, 2010).

I følge Smeby (2013) trenger helsepersonell interaksjonskunnskap for å kunne kommunisere og tolke pasienten. Abbott (1988) snakker om viktigheten av faglig skjønn når man skal ta beslutninger i yrker der en jobber med mennesker. Slik jeg forstår det blir den tause kunnskap en del av faglig skjønn. Shanteau (1992) sier arbeid med mennesker gjør at de fleste situasjonene blir forskjellige, og utfallet av en situasjon vil derfor være usikkert. Dette gjør at beslutninger kan gi ulikt resultat fra gang til gang, og det er derfor sentralt å belyse hva en gjør i hvilke situasjoner (Shanteau, 1992; Smeby, 2013). Grimen (1991) mener at vi kan sette ord på den tause kunnskapen gjennom refleksjon og analyse av handling i praksis. Tveiten (2008) hevder også dette, og sier den tause kunnskapen kan tre frem gjennom å sette ord på etiske aspekter, faglig grunnlag for handling og forbedringsmuligheter.

Ferdigheter handler om å utføre. Det å utføre kompleks og velorganisert atferd på en tilpassningsdyktig måte for å oppnå et definert mål (Lai, 2013). Ferdigheter er den kompetansekompenten som mest knyttet til praktisk handling (Lai, 2013).

Evner handler om personlige egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker utføringen av en handling. Det ligger nært personlighet og mentale ressurser (Lai, 2013). En yrkesutøvers evner sier noe om hvordan en benytter kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Lai, 2013).

Holdninger tar for seg yrkesutøverens tillit til egen kompetanse og selvrefleksjon. Det sier noe om forutsetningene for å lære og motivasjonen som ligger til grunn for å gjøre en innsats (Sternberg og Kolligan, 1990; Lai, 2013). Betydningen av holdninger som en del av kompetansen er spesielt viktig i yrker i kontakt med andre mennesker, som helse- og omsorgsykker (Lai, 2013).

2.6 Læring på arbeidsplassen

I følge Hagen og Skule (2008) skal alle organisasjoner være lærende gjennom at kunnskap oppdateres på arbeidsplassen. Dette er ifølge Argyris og Schön (1983) aktuelt fordi et yrkesfelt alltid vil være i utvikling. Arbeidsplassen skal være en arena som fremmer læring, utvikling og videre formell utdanning, for at ansatte skal møte pasientens behov for helsetjenester (Blåka og Filstad, 2007). En forutsetning for at en arbeidsplass skal kunne være lærende, er organisering av kompetanse. Organisering av kompetanse inneholder å etablere rutiner, prosedyrer og systemer som påvirker læring, tilrettelegger for heving og mobilisering av kompetanse (Lai, 2013). For at kompetanseutvikling skal være mulig, er det viktig at arbeidsgiver tilrettelegger for at både formell og uformell læring settes i system på arbeidsplassen.

I følge Brenden et al. (2011) er det viktig å kunne skille mellom uformell og formell læring når en ser på kompetanseutvikling i en organisasjon (s.63). *Uformell læring* er erfaringer som en tilegner seg gjennom praksis og deltagelse i ulike situasjoner og utfordringer. Den uformelle læring er ofte ubevist og uten spesifiserte mål, og kan også omtales som erfaringslære eller hverdagslære (Moxnes, 1981; Brenden et al., 2011; Lai, 2013). I hjemmesykepleien er det mange arenaer med muligheter for uformell læring, for eksempel i møte med pårørende og pasienter, eller rapporter og diskusjoner med kollegaer. *Formell læring* er læring som forekommer gjennom planlagte tiltak enten det er ved utdanning og kurs, gjennom utviklingstiltak innad i bedriften eller i samarbeid med andre aktører (Lai, 2013).

Vi kan si at kompetansen innenfor en organisasjon hovedsakelig kan deles inn i to områder, *basiskompetanse* og *spisskompetanse* (Lai, 2013). *Basiskompetanse* er den grunnleggende kunnskapen og ferdigheter som kan anvendes innen mange oppgaver og funksjoner. Eksempel på basisutdanning er en utdannet hjelpepleier (formell kompetanse) som også har grunnleggende kunnskaper og ferdigheter som kan benyttes på tvers av oppgaver med relativt lavt vanskelighetsnivå (Lai, 2013).

Spisskompetanse er kompetanse på et høyt faglig vanskelighetsnivå, og kan også gå under ekspertkompetanse. Det er noe som innebærer en grad av spesialisering, men er ikke nødvendigvis forbundet med høyere utdanning. Spisskompetanse kan tilegnes gjennom spesialisert yrkesutdanning eller gjennom lang praksiserfaring og uformell kompetanseheving innenfor et spesialisert område (Lai, 2014).

En annen måte å skille nivåene av kompetanse er å kategorisere det som ekspert, ikke-ekspert eller novise (nybegynner). Ekspertise er ferdigheter og kunnskaper som skiller eksperter fra ikke-eksperter og noviser. Ekspertbegrepet kan derfor ikke forstås på samme måte som spisskompetanse, fordi en alltid er ekspert i sammenligning med en ikke-ekspert. Noe som gjør at definisjonen av en ekspert er relasjonsavhengig (Mieg, 2006; Smeby, 2013).

Det som skiller en ekspert fra en novise er tankeprosessen i møte med et problem. En ekspert vil alltid tenke raskere for å løse problemet (Feltovich et al. 2006; Smeby, 2013).

Noviser bruker lengre tid på å kartlegge problemets grunnlag, mens eksperten er i stand til og raskt tilegne seg relevant informasjon i en situasjon (Feltovich et al., 2006; Smeby, 2013). I følge Feltovich et al. (2006) kan kunnskap overføres direkte fra eksperter til noviser i begrenset grad. Smeby (2013) hevder at skole og utdanning har klare begrensninger når det

kommer til utvikling av ekspertise. Utdanning har en sertifiserende rolle, men kunnskapen og kompetansen som trengs for å bli en ekspert utvikles i arbeidslivet (Smeby, 2013; Collins, 1979).

2.7 Kompetansestrategier

Kompetansestrategier inneholder de mål og retningslinjer som trengs for å kunne satse på kompetanse innad i en organisasjon. I en kompetansestrategi skal det klargjøres hvilke områder som prioriteres kortsiktig og langsiktig, og tiltaksformer som skal vektlegges i de ulike områdene. Ansvar for strategier ligger hos toppleder, og benyttes både for organisasjonen som helhet og i ulike grupper innen organisasjonen. (Lai, 2013).

3.0 Metode

Ulike forskningsmetoder gir ulik kunnskap. I denne studien ønsket jeg å undersøke hvordan kompetanse og kompetanseheving oppleves blant ansatte i hjemmesykepleien etter store endringer i helsesektoren i forbindelse med samhandlingsreformen. Det blir benyttet en fenomenologisk tilnærming i denne studien fordi fenomenologien tar utgangspunkt i menneskets opplevelse og forståelse av individets erfaringer (Thagaard, 2003). Som Malterud (2011) skriver, er målet «å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng» (s.26). For å tilegne denne typen kunnskap har jeg behov for å komme tett på personene som skal studeres. Mitt valg ble derfor å gjennomføre semistrukturerte intervju som metode for innsamling av data.

3.1 Kvalitativ forskning

Som tilnærming i studien valgte jeg ett kvalitativt forskningsdesign fordi jeg må gå i dybden av et tema for å forstå hvordan andre opplever og erfarer et fenomen. Kvalitative studier legger vekt på å undersøke få enheter, men gå i dybden av et tema (Thagaard, 2003).

Innenfor denne forskningstradisjonen utvikles teorier fra menneskelig erfaring og fortolkning. Innad i det kvalitative finnes mange strategier for systematisk innhenting, organisering og tolkning av materiale (Malterud, 2011). Materialet er ofte bearbeidet tekst innhentet fra ulike samtaler, observasjoner eller skriftlige kilder (Malterud, 2011). Kvalitativ forskning benyttes for å utarbeide en dypere forståelse av sosiale og kulturelle fenomener gjennom å analysere materiale fra mennesker som er involvert i et aktuelt fenomen (Malterud, 2011). For å innhente denne typen data samles informanter som har opplevd eller kontinuerlig opplever det aktuelle fenomenet i sine naturlige settinger (Johannesen mfl., 2006; Malterud, 2011).

En kvalitativ tilnærming gir meg muligheten til å bevege meg fritt mellom de ulike stadiene i forskningsprosessen (Thagaard, 2010). Det innebærer at jeg ikke trenger å følge kronologisk rekkefølge i forskningsprosessen, men kan gå frem og tilbake mellom de ulike stadiene etter som jeg opplever behov, for så til slutt komme tilbake til utgangspunktet. Det skaper en dynamisk prosess mellom forskningsmaterialet, problemstilling og analysen der endringer kan gjøres underveis ettersom forståelsen for materialet utvikler seg og ny kunnskap trår frem (Thagaard, 2010).

3.2 Kvalitativt intervju

I den kvalitative forskningstradisjonen er det mange ulike alternativer for å tilegne seg kunnskap, der alternativene representerer ulike nyanser (Malterud, 2011) Jeg ønsket i min studie å gå i dybden av personers erfaringer, og kom derfor frem til at individuelle semistrukturerte intervju var mest egnet for dette. Ett semistrukturert intervju legger opp til at informanten til en viss grad skal styre samtalen. Jeg utarbeidet en intervjuguide i forkant av intervjuene, men denne ble hovedsakelig benyttet som sjekkliste for aktuelle tema i samtalen. På denne måten fikk informanten som ble intervjuet muligheten til å introdusere nye, og jeg bidro med å styre samtalen for å utdype interessant kunnskap (Malterud, 2011).

I følge Kvale (2009) er kvalitative intervju en framgangsmåte som bidrar med å forstå verden gjennom informantens øyne, noe som er et mål i denne studien. Denne typen tilnærming skaper en åpen prosess som legger få begrensninger på informantene, og muliggjør en større grad av detaljer og nyanser i beskrivelsen av et fenomen (Kvale, 2009; Malterud, 2011). Som intervjuer bidrar jeg som veileder i en samtale, men hva som vektlegges er avhengig av informanten (Johannesen mfl., 2006; Malterud, 2011). I følge Malterud (2011) kan kvalitative intervju skape gode rammer for at informantene kan dele sine historier i fortrolighet og ro. Det er derfor viktig at informantene opplever at de er i trygge omgivelser og føler seg ivaretatt (Kvale, 2009; Malterud, 2011). Det er sentralt at intervjuer har et åpent sinn og ikke har forutbestemt svarene for intervjuet (Kvale, 2009). Har jeg forutbestemt svarene blir det vanskelig for meg å oppdage det som er nytt og uventet av kunnskap (Malterud, 2011).

Kvalitativ forskning er tidkrevende både når det kommer til innsamling og tolkning av data (Malterud, 2011). Innsamling av data skal foregå frem til nytt materiale ikke vil kunne tilføye noe nytt til studien. Med andre ord vil dette si at innsamling skal foregå frem til forsker opplever metning (Kvale, 2009; Malterud, 2011). Jeg vil i denne sammenhengen påpeke at rammene for en masteroppgave sammenlignet med et høyere forskningsnivå vil være begrenset. En masteroppgave har begrensninger når det kommer til tid, ressurser, størrelse og innhold. Jeg opplevde at jeg nådde metning innen studiens rammer.

3.3 Rekruttering

I oppstartsfasen av studien prøvde jeg å rekruttere to hjemmesykepleietjenester fra hver sin kommune. Dette tenkte jeg var spennende på bakgrunn av at ulike kommuner jobbet forskjellig og hadde ulike erfaringer både i praksis og med samhandlingsreformen.

Det eneste jeg satte som et krav var at hjemmesykepleietjenesten skulle ha nærmeste sykehus innenfor en time kjøretid. Tanken var at de avdelingene av hjemmesykepleie som hadde

sykehus i nærheten kanskje samarbeidet mer direkte seg i mellom, og dette var et tema jeg ville innom i løpet av intervjuene. Hvordan interaksjonen mellom sykehus og hjemmesykepleie fungerer, er med tanke på eventuelt kompetanseoverføring og samarbeid om mer behandlingskrevende pasienter. I starten kontaktet jeg forskjellige avdelinger i Midt-Norge både per telefon og e-post, men interessen for deltagelse var lav. Blant de enhetene jeg var i kontakt med var det flere som ikke forsto behovet for å delta i en slik undersøkelse. Det var også enheter som hevdet at de var for travle til å delta. Jeg forklarte til samtlige at det var tenkt å gjennomføre intervjuene av informantene utenfor arbeidstid, men dette utgjorde ingen forskjell på interessen om deltagelse.

Etter å ha snakket med flere hjemmesykepleietjenester i mindre kommuner tok jeg kontakt med noen avdelinger i større kommuner. De ble utelukket fra starten hovedsakelig fordi jeg trodde de ville være vanskeligere å rekruttere. Jeg antok at de oftere ble spurt om å delta i lignende prosjekter, grunnet nærmere beliggenhet til høyskoler og universitet. Imidlertid fikk jeg mer respons fra enhetene i disse kommunene, og valgte av den grunn å fokusere på å komme kontakt med flere avdelinger i samme kommune. I forbindelse med dette tok en leder kontakt av egen interesse etter å ha hørt om prosjektet. Lederen hadde selv erfaring fra prosjektarbeid, og opplevde at temaet var aktuelt for fremtiden og tilbød seg å stille med ansatte fra sin avdeling.

I ettertid av intervjuene på denne enheten ble det kontaktet flere soneledere fra samme kommune. Det var tilfeldig hvilke enheter som ble kontaktet og to av disse viste sin interesse. Den ene av disse to sa ja til å delta etter første samtale, og avtalte oppstart av intervju i starten av januar 2014. Etter årsskifte måtte enheten dessverre trekke seg grunnet mye fravær og andre utfordringer.

Den andre enheten som hadde meldt interesse ønsket å diskutere med fagleder og ansatte før de meldte svar. Etter årsskifte ble jeg kontaktet av enhetsleder som varslet om at de ønsket å delta, og avtalte gjennomføring av intervju i løpet av februar 2014.

Sone A

Sonen har 30 årsverk med omtrent 50 faste ansatte. Her er det også inkludert ansatte som går i helgestillinger. Med sonens tilkallingsvikarer er det om lag 70 ansatte totalt tilknyttet enheten. Når denne studien ble gjennomført var det ansatt 12 sykepleiere i 100 prosent stilling. Resten av de ansatte ble beskrevet av soneleder som helsefagarbeidere i små og store stillinger. Leder fortalte at det også var mange helsefaglige studenter som jobber i mindre stillinger. Sonen er opptatt av å øke sitt kompetansenivå av fagutdannet personell, og har aktivt gått inn for å ansette flere med treårig helsefaglig høgskoleutdanning. Ved denne sonen er det ansatt sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere, ergoterapeuter og assistenter.

Av de ansatte som deltok på intervju var det sykepleiere med og uten spesialisering, fagleder, driftskoordinator og fagarbeidere. Alle hadde jobbet på sonen i over tre år i 100 prosent stilling. Denne informasjonen ble oppgitt av soneleder muntlig.

Sone B

Jeg etterspurte også informasjon om denne avdelingen, men fikk aldri noe tilsendt fra leder eller fagleder. Det er derfor relativt lite informasjon tilgjengelig om denne arbeidsplassen.

Det jeg imidlertid har fått vite er at blant de ansatte er det kun tre faggrupper som er ansatt. Dette er sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Sonen har vært med å utarbeide ulike arbeidsmetoder som flere av de andre avdelingene i samme kommune har innført i ettertid.

3.4 Rekruttering av informanter

I utgangspunktet var det planlagt å rekruttere ansatte ved at soneleder delte ut informasjonsskriv til ansatte innenfor den aktuelle målgruppen. Ansatte skulle selv velge om de ønsket å delta og selv kontakte meg for å melde interesse og gjøre avtale. Prosessen ble endret for å tilpasse etter soneledernes ønsker. De ville delta, men være mer delaktig i prosessen enn det jeg hadde foreslått i utgangspunktet. Dette ble gjort om til at lederne fikk tilsendt informasjon- og samtykkeskjema fra meg og skulle dele dette ut til ansatte i målgruppen. På eget initiativ oppfordret lederne de ansatte til å delta på vegne av sonens interesse for studien resultat. Ansatte som viste interesse til deltagelse fylte ut skjema og leverte til leder, som tok ansvar for å sette opp tidspunkt for intervju som passet både for meg og de ansatte.

Rekrutteringen ble gjennomført på denne måten hos begge avdelingene. Jeg hadde ingen kontakt med informantene før intervjuene fant sted. Soneleder sendte meg en liste med navn og tidspunkt per e-post i forkant.

Jeg fikk tilleggsinformasjon som profesjon, alder og erfaring. Den største fordelene med at leder tok del i rekrutteringsprosessen var antallet av ansatte som ville delta. Slik prosessen var planlagt fra min side i forkant var alt avhengig av at informantene selv tok initiativ til deltagelse. Når leder var delaktig i prosessen ble det tilrettelagt for at de ansatte kunne intervjues i arbeidstid og på egen arbeidsplass. Dette uttrykte informantene gjorde det mer interessant å delta.

Det ble en utfordring å anonymisere informantene i resultatkapittelet når de ble rekruttert på denne måten. Soneleder som har oversikt over deltagerne og vil kunne spore sitater tilbake til sine ansatte. Det samme gjelder kollegaer av de som ble intervjuet. Lederne fortalte at de hadde oppfordret enkelte til å delta for å gi meg informanter som egnet seg til en intervjusituasjon og ville bidra til å skape godt materiale til studien. Når rekrutteringen foregikk på denne måten var det enklere for meg å få tak i informanter. Flere av informantene som deltok i studien innrømmer at de ikke ville deltatt i en slik studie om det ikke var for oppfordring og tilrettelegging fra leder.

Jeg vil av den grunn påpeke at utvalget av informanter ikke kan gå under kategorien som tilfeldig utvalg. Samtidig vil jeg nevne at jeg tror jeg fikk en bedre gjenspeiling av ulike ansattgrupper gjennom denne fremgangsmåten. Dette handler om at flere kom til intervjuene uten å vite hva de skulle snakke om eller hva formålet med studien var. Vis alle informanter skulle kontakte meg på eget initiativ tror at jeg det i større grad ville blitt skjev fordelt materiale basert på informanter med over gjennomsnittlig interesse for studiens tema. Da det var ingen annen gevinst for deltagelse enn at informantene ville bidra til forskningsfeltet.

Jeg fikk ved hjelp av sonelederne totalt rekruttert 14 informanter fordelt på to avdelinger som jeg velger å oppgi som sone A og sone B. Sone A stilte med totalt åtte ansatte og sone B med seks. To fra sone B måtte trekke seg fra intervjuene, og dette gjorde at jeg til slutt endte med totalt tolv informanter som ble intervjuet.

3.5 Utvalget av informanter

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter som kunne gi informasjon om forskningsspørsmålet. For å snevre inn informantgruppen valgte jeg informanter med en helsefaglig utdanning. Det ble derfor ikke intervjuet noen ufaglærte assistenter til denne studien. Dette begrunnes med at jeg i studien ønsket å intervju ansatte som gikk inn i arbeidet med en formalkompetanse. Det ble valgt at de ansatte som deltok skulle ha minimum tre års erfaring fra praksis i hjemmesykepleien, og være ansatt i en større stillingsandel (50-100 %). Ingen skulle ha skiftet arbeidssted etter at samhandlingsreformen ble innført.

Årsaken til dette var at jeg ønsket å stille spørsmål som kunne omhandle forhold mellom tjenesten nå og tidligere. Totalt ble det intervjuet 12 kvinner som var fagarbeidere eller sykepleiere. Selv om alle informantene var kvinner opplever jeg det som ett representativt utvalg. Enhetene hadde ingen ansatte menn som gikk inn i studiens målgruppe. Yrke, erfaring og alder på informantene vises i tabellen under dette avsnittet.

Informant [Nr.]	Profesjon	Alder [År]	Erfaring [År]	Kjønn	Sone
1	Fagarbeider	59	11-20	Kvinne	A
2	Fagarbeider	62	21-30	Kvinne	A
3	Fagarbeider	55	11-20	Kvinne	A
4	Fagarbeider	43	11-20	Kvinne	A
5	Fagarbeider	49	11-20	Kvinne	B
6	Fagarbeider	31	3-10	Kvinne	B
7	Fagarbeider	32	11-20	Kvinne	B
8	Sykepleier	42	3-10	Kvinne	A
9	Sykepleier	35	3-10	Kvinne	A
10	Sykepleier	37	3-10	Kvinne	A
11	Sykepleier	28	3-10	Kvinne	B
12	Sykepleier	27	3-10	Kvinne	B

3.6 Klargjøring av egenforståelse

I følge Johannessen et al. (2006) må jeg være bevisst på at forskerrollen innebærer at men er en utvelgende aktør og fungerende som et filter i observasjonene som blir gjort. Data blir derfor sjeldent nøytralt (Johannessen et al., 2006). Det særegne med kvalitativ forskning er at forskeren selv etablerer relasjon med informantene gjennom å bruke seg selv som verktøy ved innhenting av informasjon. Forskeren med sin forståelse vil alltid kunne påvirke forskningsprosessen og resultatet (Johannessen et al., 2006). I denne studien er det viktig å ha i bakhodet at jeg har egen erfaring fra yrkesfeltet som er under lupen. Dette skaper en dobbeltrolle – jeg går inn med et perspektiv både som forsker og ansatt i hjemmesykepleien. På den ene siden skal jeg være en forsker som møter nytt materiale med et åpent sinn for å la meg bli tatt med inn i de erfaringene og opplevelsene som de ansatte ønsker å dele med meg. På den andre siden kunne det vært meg selv som ble intervjuet da jeg gjennom egen praksis i hjemmesykepleien har erfaringer og opplevelser innen mange av de samme temaene som blir berørt i studien. Jeg klarer på ingen måte å skyve bort min egen erfaring, men jeg har så godt som det lot seg gjøre prøvd å distansere min erfaring. Jeg har prøvd å se på hjemmesykepleien som et ukjent fenomen. En av de strategiene jeg brukte for og ikke la min egen erfaring innvirke for mye, var å la informantene forklare begrep og fenomen til meg som om jeg aldri hadde hørt om de før.

I følge Kvale (2009) er det sentralt å sette sin egen forforståelse til side i møte med nytt data, men at dette egentlig er et uopnåelig mål. Det er derfor ifølge Kvale (2009) og Malterud, (2011) nødvendig å reflektere over egen erfaring og forforståelse i møte med nytt materiale. Det handler om å være kritisk til det som kan påvirke fortolkningen av data og prøve å være så lojal til informanten som mulig (Kvale, 2009; Malterud, 2011). Jeg opplevde under gjennomføringen av intervjuene at det var vanskelig å distansere seg fra min egen erfaring fra tjenesten. Jeg måtte derfor være ærlig med meg selv når jeg kjente at jeg hadde en formening eller erfaring om et tema. Når jeg kom til et slikt punkt i samtalen måtte jeg si til meg selv at dette er min erfaring, men den som jeg intervjuer kan ha en helt annen oppfatning. Det var flere tilfeller der jeg opplevde at jeg som ansatt i hjemmesykepleien var faglig uenig i enkelte av informantene sine påstander. Jeg kjente på trangen til å rette på informantene eller komme med en egen faglige vurdering. I disse situasjonene måtte jeg konfrontere trangen til å blande meg, og valgte som motstrategi å spørre informantene mer utfyllende om påstanden for å skape en mindre subjektiv forståelse fra min side.

Det er ikke nødvendig at jeg setter alle egne holdninger og kunnskap til side i møte med teamet som skal studeres. I følge Malterud (2011) er det ikke *hvorvidt* forskeren påvirker prosessen som er sentralt, men *hvordan* en påvirker prosessen. For å oppnå et mest mulig reelt resultat som forsker er det ønskelig hverken å være foruten eller for påvirket av egen forforståelse (Malterud, 2011; Kvale, 2009). Det er derimot sentralt å lage en klargjøring av egenforståelse og hvordan denne vil påvirke forskningsprosessen i studien.

I følge Malterud (2011) er den vanligste feilen at forsker lar sin forforståelse overdøve den kunnskapen som er tilgjengelig i det empiriske materialet. Der dette er tilfellet kan det være vanskelig å skille prosjektets resultat fra prosjektets beskrivelse. Videre beskrives det at forsker gjerne kan avslutte sin forståelse med å lage en liste over funn som forventes. Dette for å illustrere kunnskapen ved starten av prosjektet. Jeg vil gjøre en variant av dette i slutten av kommende avsnitt.

Min egenforståelse vil sammen med den teoretiske rammen være brillene jeg har på meg når jeg går inn i analyseprosessen. Det er derfor viktig at jeg forteller leseren hva dette består av. Min egen forforståelse baserer seg på min grunnutdanning som ergoterapeut og praksis i hjemmesykepleien. Dette er den mest sentrale delen av min forforståelse. Jeg hadde ingen kjennskap til deltagerne i studien eller arbeidsstedet de jobbet for i forkant av intervjuene. Likevel tar studien utgangspunkt i tema jeg møter i egen arbeidsdag. Som intervjuer vil jeg prøve å være tro mot intervjuguide og sjekklister under gjennomføring av intervjuer.

Mine forventninger til funn i forkant av studien, er at ansatte i hjemmesykepleien generelt har lite spesialisering, undervisning og kurs. Jeg tror at de opplever et høyt tidspress i sin arbeidsdag, og at dette kan påvirke deres evne til å holde seg oppdatert og utvikle seg faglig. Jeg tror likevel at det kan være stor forskjell mellom ulike hjemmesykepleier, da det virker å være stor variasjon på lederne sin utdanning, fokus og erfaring.

3.7 Intervjuer

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt mellom meg og en informant. Hvert intervju varte i 40-60 minutter, og ble tatt opp ved hjelp av lydopptaker. Opptakene ble transkribert under og i etterkant av intervjuperioden. I forkant av intervjuene ble det utformet en intervjuguide som tok for seg hovedspørsmål og aktuelle tema som kunne fungere som et hjelpemiddel for meg om det var behov for å styre samtalen. Guiden ble prøvd ut og justert et par ganger før endelig utkast. Jeg ville helst at informantene selv skulle kunne styre samtalen innom de temaene de opplevde som relevant, men intervjuguiden var som regel nødvendig i starten av intervjuet for å få i gang samtalen. Informantene ble oppfordret til å snakke fritt og

lede samtalen om de aktuelle temaene. Intervjuguiden fungerte også som en sjekkliste for å sikre at sentrale temaene ble belyst i løpet av samtalen (se vedlegg 1).

Temaet for intervjuguiden var spørsmål om informantenes bakgrunn og erfaring som helsearbeidere, opplevelse av deres faglige miljø, kompetanse og faglig trygghet. Det ble videre snakket om deres forhold til samhandlingsreformen, og hvordan den hadde påvirket deres arbeidsdag. Under intervjuet ble det stilt spørsmål rundt deres initiativ for å tilegne seg ny kunnskap og hvordan arbeidsplassen var tilrettelagt for dette. Blant noen av informantene ble guiden brukt kun i starten av intervjuet, og det gikk over til at informanten styrte samtalen videre. Andre intervjuer var det større behov for at jeg ledet samtalen og fulgte guiden mer slavisk.

Alle intervjuene startet med å hilse på informant, og prøve å skape en god relasjon før start. Det ble gitt en kort introduksjon om hva prosjektet omhandlet, og en liten oppsummering for å sikre at informantene hadde fått med seg alt som stod i informasjonsskrivet. Jeg viste informantene lydopptakeren som kom til å bli benyttet og spurte om det var noen spørsmål før start. Informantene ble oppfordret til å stille spørsmål fritt underveis.

Jeg benyttet meg ikke av klokke for å kontrollere lengden av intervjuene, men valgte heller å avslutte når det virket naturlig. Dette var avhengig av situasjon og informantens interesse. Som regel ble intervjuet avsluttet etter jeg hadde gjennomgått sjekklisten, og informanten hadde blitt spurt en siste gang om det var mer vedkommende ønsket å fortelle om eller tilføye.

I de fleste intervjuene opplevde jeg at informanten og meg klarte å skape en god flyt i samtalen, og jeg trengte kun å benytte nøkkelord eller spørsmål for og styre samtalen innom eller utfylle tema ved behov. Det var likevel noen av informantene som tok mindre initiativ i samtalen, og i disse tilfellene ble intervjuguiden nesten brukt slavisk. De fleste av informantene var nølende når de ble spurt om samhandlingsreformen. Når jeg fortalte kort hva reformen handlet om hadde samtlige mye å si om temaet, men få kunne uttale seg kun ved reformnavnet. I slutten av intervjuet spurte jeg alle informantene hva de ville brukt en studiedag på, og hvordan de ville gått frem for å heve kompetansen på arbeidsplassen om de hadde fått ansvar. På disse to spørsmålene var det mange av informantene som ble nølende. Flere trengte at jeg forklarte mer før de kunne svare. Dette temaet vil jeg trekke frem grundigere i metoderefleksjon.

Gjennomføringen av intervjuene tok sammenlagt fire uker. To uker ble benyttet hos sone A før jul 2013, og to uker ble benyttet på sone B i februar 2014. Etter avtale med leder og ansatt, ble tidspunktene for intervjuene gunstig plassert etter ansattes arbeidsdag.

Alle intervjuene ble gjennomført likt for de ansatte. Hver sone hadde organisert et rom som ble benyttet til alle intervjuene. Rommene var møterom som var plassert i roligere deler av lokalene. Informantene hadde mulighet til å ta med seg kaffe eller annen drikke. Ansatte virker avslappet med å gjennomføre intervjuene på egen arbeidsplass og virket trygg i møte med meg.

3.8 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Transkriberingene foregikk parallelt med intervjuprosessen. Noen av intervjuene ble transkribert samme dag, andre ble transkribert flere uker etter gjennomføring. Rett etter hvert intervju ble fullført skrev jeg ned notater med tanker og inntrykk. Dette ble gjort siden jeg ikke skrev notater underveis i intervjuene. Disse var ment som tilleggsinformasjon til transkriberings- og analysefasen. Dette viste seg å være spesielt nyttig når noen av intervjuene ble transkribert en stund etter gjennomføring. Etter at intervjuene var transkribert lyttet jeg på nytt igjennom opptakene for å sikre at ordoppfatning var korrekt og eventuelt tilføye ting som kan ha uteblitt.

Hensikten med studien avgjorde hvor detaljert det var nødvendig å transkribere samtalen. I starten ble alle ord og lyder som ”eh”, kremt, latter, smil og bevegelser beskrevet. Det ble laget en transkripsjonsnøkkel med koder for pauser, kroppsspråk, latter og annen relevant informasjon. Transkripsjonen ble gjennomført for å skape en mer strukturert og anonymiserende form av den muntlige informasjonen. Slik at den ble klar gjort og mer egnet for analyse (Kvale, 2009).

Ettersom analyseprosessen kom i gang ble intervjuene på nytt renskrevet da mye av tilleggsinformasjonen virket forstyrrende i tolkningen av materialet. Jeg fant det mer nyttig å gå tilbake for å lytte direkte på opptakene etter behov for eventuelt å legge til tilleggsinformasjon. I denne studien var det ikke nødvendig med analyse av språket og samtalestruktur, det var den større helheten som var i fokus. Intervjuene ble skrevet om til en mer egnet skriftform hvor kun pauser og latter ble markert. Enkelte plasser ble det valgt å beholde fyllord og tonefall.

Selv om behandlingen av materialet var en tidkrevende prosess var det nødvendig for å komme i kontakt med materialet. Transkriberingen og omskrivningen av intervjuene hjalp

meg med å komme nærmere materialet og bidro til en større forståelse av sammenheng og mening. Dette ble en av de viktigste delene av analyseprosessen.

3.9 Analyse

Det er mange alternativer for hvordan en ønsker å gå frem når en skal systematisere materialet for en analyse. Det viktigste er at en klarer å videreføre systematikken i de mønstrene som kommer frem videre til den som skal lese analysen eller resultatet fra den (Malterud, 2011).

Brukes en sorteringsmetode som ikke er forutbestemt er det viktig at leseren klarer å sette seg inn i den skjulte systematikken (Malterud, 2011). Jeg har derfor valgt å benytte meg av en forutbestemt prosedyre for å gjøre det enklest for både leseren og meg selv. Med meg selv tenker jeg på min manglende erfaring innen både forskning og analyse, og at en prosedyre vil lettere skape en ryddig prosess. En forutbestemt prosedyre vil også gjøre det enklere for meg å opprettholde kravet om intersubjektivitet gjennom analysefasen, og være et hjelpemiddel for å fremskaffe valide data (Glauser and Strauss, 1967).

Slike prosedyrer brukes for å knytte kunnskapen i materialet opp mot begreper som sier noe om materialets innhold. På denne måten kan mange sider med tekst systematiseres inn under kategorier og begreper som fremhever viktige tema i studien.

Grounded Theory er en av de mest brukte analyseverktøyene innenfor kvalitativ forskning. Metoden har et fokus på sosiale relasjoner, prosesser og er velegnet på områder hvor det finnes lite forskning (Guvå et al., 2005). Grounded Theory vil skape ny teori om sosiale prosesser gjennom å undersøke funn forankret i studiens materiale (Glauser and Strauss, 1967). Noe som gjør at på områder der det finnes lite forskning fra før kan en bruke analyseverktøyet for å utvikle ny teori gjennom dens induktive perspektiv. Bakgrunnen for dette var at Glauser og Strauss (1967) ønsket å utvikle en induktiv metode som tillot forskeren å bevege seg fra data til teori. Slik at en kan utvikle ny teori og modeller basert på konteksten i studiens materiale, uten å basere seg på tidligere forskning.

Metoden inneholder tre faser av koding – åpen, aksial og selektiv. Åpen koding tar for seg utarbeiding av kategorier for informasjon. Den aksiale kodingen skaper sammenheng mellom kategoriene. Til sist er selektiv koding som bygger en historie som sammenfatter kategoriene og ender opp med et sett av ulike teoretiske forslag, hypoteser (Strauss og Corbin, 1990). Selv om Grounded Theory originalt var tenkt som et analyseverktøy for å utvikle ny teori, har det i senere tid blitt brukt mye kun som et analyseverktøy. I denne studien vil jeg kun benytte meg av analysefasene i metoden, og kommer ikke til å fremstille hypoteser. Jeg vil derfor i denne studien benytte Grounded Theory for å strukturere analysefasen gjennom åpen og aksial

koding. Der jeg til sist vil prøve å utarbeide en forståelse av sentrale begreper for å prøve å svare til min problemstilling. Dette vil si at jeg følger strukturen, men unngår å gjennomføre den siste fasen som består av å utvikle hypoteser. Jeg begrunner dette med at jeg ikke har som mål for studien å utvikle hypoteser om kompetanseutvikling i hjemmesykepleien.

Gjennomføring av analyse

I den åpne fasen av analysen startet jeg med å lese gjennom alle de ferdige transkriberte intervjuene flere ganger. Dette for å skape et helhetsinntrykk av materialet, å skaffe en grov oversikt over ulike tema som virket fremtredende. Etter noen runder med gjennomlesning og tanker rundt fremtredende tema, valgte jeg å notere meg ned åtte kategorier som jeg opplevde sa noe om sentrale tema som gikk igjen blant det de ansatte ønsket å formidle. Jeg erfarte det som vanskelig å sette navn på kategoriene i den innledende fasen, fordi det enda var så uklart hva informantene egentlig snakket om. Jeg prøvde derfor å unngå for spesifikke kategorier, slik at jeg heller kunne smalne de etter som tema ble tydeligere. Jeg ville heller starte bredt, enn å utelukke noe som kunne være relevant for tidlig.

Neste steget i den første analysefasen var å markere sitater og avsnitt som inneholdte meningsbærende enheter som var fremtredende. Dette var sitater som sa noe om kategoriene, og som i fremtiden kunne bidra til å svare på en eventuell problemstilling. Her begynte jeg å samle deler av intervjuene og putte de under en av de innledende kategoriene. I denne fasen valgte jeg også å samle tekst jeg opplevde som irrelevant eller lite interessant i en egen kategori for å kvitte meg med mest mulig overflødig tekst. Jeg tok vare på alt, men flyttet det unna slik at jeg heller kunne gå over det siden for å sikre at ikke noe av betydning ble utelatt.

Det var i denne fasen, på leting etter meningsbærende enheter, at jeg virkelig begynte å oppleve analysen som utfordrende. Mye tid gikk med til å endre betydningen av kategoriene, og dette førte med seg at tekst ble flyttet frem og tilbake etter som definisjonene endret seg. Jeg gikk igjennom faser der jeg endret antallet, definisjonen, størrelsen og noen ganger navn på kategorien. Etter å ha brukt lang tid på å være uenig med meg selv, valgte jeg til slutt å legge arbeidet som var gjort til side og revurdere studiens problemstilling.

Problemet hadde vært at jeg kontinuerlig smalnet kategoriene, slik at det til slutt var nesten ingenting som passet inn under de. Etter en pause fra analysen og rådføring fra veileder bestemte jeg meg for å begynne på nytt med hovedkategoriene, og valgte å gå tilbake til de kategoriene jeg hadde i første utkast. Denne gangen laget jeg underveis i sorteringen underkategorier som hjalp meg å skape bedre oversikt innad i hovedkategoriene.

Underkategoriene bidro til bedret flyt i sorteringen, og materialet begynte å forme seg.

Dette sier noe om at den åpne og aksiale fasen i min analyse overlappet hverandre. Etter den første sorteringsfasen var over begynte jeg å gå over kategoriene. Noen ble tatt bort på grunn av manglende innhold, andre ble slått sammen og endret. Videre begynte jeg å plukke ut de sitatene som talte klartest om den kategorien de stod under for til slutt å sammenfatte disse til en mer helhetlig tekst. Dette gjorde at hver underkategori nå hadde en sammenfatning av de meningsbærende enhetene som sa noe om kategorien. Underveis i sammenfatningsarbeidet plukket jeg ut sitater som kunne fremstå som eksempel for flere like utsagn, eller enkelt sitater som skilte seg ut. Sitatene hjalp meg med å huske hvor materialet hadde kommet fra.

Etter en lang periode med arbeid på sammenfatningene av underkategoriene opplevde jeg at jeg hadde behov for å gå tilbake til råmaterialet for å sikre meg at det som kom frem fortsatt samsvarte med det som en gang ble sagt i intervjuene.

I den siste fasen av analysen begynte jeg å se på sammenhenger mellom de ulike kategoriene, hva de hadde med hverandre å gjøre og hvordan de kunne gi svar på studiens problemstilling. Her fikk jeg igjen behov for å revurdere hva jeg ønsket å svare på, og være kritisk til hva som var og ikke var nødvendig å ta med for å underbygge dette svaret.

Til slutt satt jeg igjen med noen kjernebegreper som inneholdte mening som sa noe om problemstillingen. Resultatene ble samlet under fire kategorier; kompetanseutfordringer, kompetanseutvikling, kompetanseoverføring og spesialisert kompetanse. For å komme nærmere svar lette jeg etter supplerende litteratur fra tidligere teorier og forskning for å underbygge det som var kommet frem i kjernebegrepene fra mitt materiale.

3.10 Validitet

Malterud (2011) belyser viktigheten av å ta stilling til hva studiens materiale sier noe om, og hvilken overførbarhet og rekkevidde resultatene har. «*Hva er det gyldig om, og under hvilke betingelser?*» (Malterud, 2011, s. 181). Ingen kunnskap er allmenngyldig, og generalisering er problematisk uansett hvilke ambisjoner forskeren har til overførbarhet. Validitet handler om å stille spørsmål til gyldigheten av kunnskap. Validiteten skal overveies i alle faser av forskningsprosessen. Dette bistår også til å danne en rød tråd i prosjektet som kan veilede leseren til å forstå forskerens prosess og tanker. Jeg har som forsker lagt ned mye tid i hvordan jeg skal presentere materialet og resultat slik at informantenes stemmer kommer tydelig frem. Jeg har i flere faser hentet frem råfilene til materialet for å se om meningen som kommer frem i resultatkapittelet samsvarer med det som ble sagt i intervjuene.

I følge Kvale (2009) er det å validere også det å kontrollere. Validiteten styrkes med å belyse feilkildene. «*Jo sterkere falsifiseringsbestrebelse en påstand har overlevd, desto mer gyldig eller troverdig er kunnskapen*» (Kvale, 2009 s. 254). Gjennom å validere skaper forskeren et kritisk syn på egne fortolkninger. Kvale (2009) beskriver dette som at forskeren må være *djevelens advokat* overfor egne funn (s. 254)

Det kommer frem mange ulike meninger i intervjuene, og av den grunn har jeg gjort det jeg kan for at informantenes stemme skal bli hørt. For å respektere den enkeltes meninger har jeg vært forsiktig med å benytte generaliserende påstander.

Dette er første gang jeg har gjennomført en forskningsprosess og har relativt lite erfaring når det kommer til gjennomføring av intervju og analyse. Det var blant annet av den grunn at jeg valgte å gjennomføre flere prøveintervju før jeg startet med faktisk datainnsamling. Jeg har med meg egne erfaringer og opplevelser fra feltet, da studien berører tema som er likt med egen arbeidsplass. Jeg tenkte i starten at jeg skulle kunne distansere meg fra egne erfaringer og meninger, men jeg ser heller nå at det er viktig å overveie hvilke erfaringer og meninger jeg har og heller fokusere på hvordan de vil påvirke materialet og studien.

3.11 Etiske vurderinger

Det er kun ansatte som deltar i dette prosjektet, og ingen pasienter. Det ble likevel sendt en henvendelse til Regional etisk komité (REK) for å forsikre at studien ikke var søknadspliktig.

Før informantene deltok i intervju ble det utsendt prosjektinformasjon sammen med et samtykkeskjema (vedlegg 2) til enhetslederne. De fikk ansvar for å gi skjemaene videre til ansatte i den rette målgruppen og samle de inn før intervjuene fant sted.

Prosjektinformasjonen inneholdt informasjon om min taushetsplikt overfor informantene, pasienter og eventuelt annen sensitiv informasjon. Deltagerne ble også informert om at de hadde mulighet til å trekke seg så lenge studien pågikk. Dette vil si at alt materiale (lydfil, transkribering, analyse) tilknyttet til den informanten som skulle ønske å trekke seg ble slettet.

I starten av hvert intervju ble de ansatte spurt om de hadde lest nøye igjennom informasjonsskrivet, og jeg valgte å ha en kort gjennomgang før hvert intervju uavhengig av den ansattes svar. Her forklarte jeg litt om anonymitet og oppbevaring av datamaterialet. Jeg nevnte for alle informantene at det ble vanskelig å oppnå total anonymitet når flere ansatte fra enheten var klar over hvem som skulle delta i intervju. Jeg fortalte derfor litt om hvordan jeg ville bearbeide materialet for å beholde anonymiteten så godt som mulig. Informantene fikk mulighet til å lese gjennom informasjonsskrivet en gang til før intervjustart.

Når det kom til utvalg av informanter til prosjektet ble prosessen gjennomført noe annerledes enn slik jeg så for meg i den innledende fasen. Planen var at jeg etter avtale med arbeidsleder skulle sende informasjon om prosjektet som leder skulle dele ut på sin arbeidsplass. Ansatte skulle videre kontakte meg på eget initiativ om de var interessert i å delta. Samtlige av lederne jeg var i kontakt med ønsket å være deltagende i utvalgsprosessen. Leder valgte ikke ut ansatte som skulle delta, men leder oppfordret ansatte i målgruppen til å delta og de tok kontakt med leder etter ønske. Jeg hadde ingen oversikt over hvem jeg skulle intervjuer før jeg møtte opp på deres arbeidsplass etter avtale. Dette resulterte i at det ble mindre arbeid for meg å komme i kontakt med informantene. Enhetslederne hadde ikke vansker med å samle nok informanter og klarte å lage en balanse mellom fagarbeidere og sykepleiere. Det virket også som det var lettere å motivere ansatte til å delta når det kom som oppmuntring fra leder. På denne måten trengte ikke de ansatte selv ta kontakt med meg for å melde interesse for deltagelse, og kanskje førte dette til at jeg fikk intervjuet ansatte som ikke ville meldt interesse på eget initiativ. Det positive med at det ble gjort på denne måten var at jeg fikk den mengden med informanter som jeg trengte. Jeg kan derimot ikke si at jeg har et nøytralt utvalg når leder oppfordret til deltagelse.

De som deltok var motivert for intervjuet, og det var kun to som ikke møtte opp. På den andre siden opplevde jeg at flere av de ansatte hadde relativt lite informasjon om studiens tema og enkelte ansatte fortalte at de møtte opp grunnet oppfordring fra enhetsleder. At flere hadde lite kunnskap til temaet gjør det lite trolig at leder prøvde å kontrollere resultatet i studien. Jeg opplevde likevel at alle informantene var positive til studien og fant temaet interessant. Derimot er jeg usikker på hvor mange av de som hadde tatt initiativ selv om det ikke var for oppmuntring fra leder.

Jeg opplevde det som utfordrende å bevare anonymiteten til de ansatte i studien. De to enhetslederne hadde full oversikt over hvem av sine ansatte som deltok fra sin avdeling. Samtidig som det var flere av de andre ansatte på enhetene som fikk med seg at noen av de ansatte deltok i intervju. Jeg la mye arbeid i å omskrive informantenes utsagn uten å endre meningsinnhold. Med dette mener jeg at jeg skrev om sitatene fra dialekt til bokmål, og fjernet gjenkjennbar informasjon som ikke var nødvendig for studien. Blant annet valgte jeg å minimalisere gjenkjennbar informasjon som alder, kjønn, sted og yrke tilknyttet sitater. Det er ikke spesifisert hvilken sone de ulike sitatene hører til. Dette mener jeg er viktig fordi begge sonene er fra samme kommune og sannsynligheten for at noen har kjennskap til hverandre er relativt stor.

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil jeg presentere de resultatene som jeg opplevde som mest fremtredende i analysen. Resultatene blir presentert i fire hovedkategorier som kompetanseutfordringer, kompetanseutvikling, kompetanseoverføring og spesialisert kompetanse. Hver kategori blir presentert sammen med utplukkede sitater fra informantene i studien.

4.1 Kompetanseutfordringer

Det var to hovedutfordringer som informantene opplevde i etterkant av reformen. Den ene utfordringen omhandlet at sykehuset betegnet pasienter som utskrivningsklare i en tilstand hjemmesykepleien opplevde som uforsvarlig i hjemmesituasjon. Den andre utfordringen omhandlet manglende kompetanse til å ta og stole på egne avgjørelser.

Den utskrivningsklare pasienten

Som følger av reformen har betegnelsen på hva som er en utskrivningsklar pasient endret seg. Dette har ført med seg at informantene opplever å havne i situasjoner som de ikke har erfaring med fra tidligere. De fleste informantene uttrykker at de er uenige i det sykehuset betegner som en utskrivningsklar pasient. Dette fører med seg at de som sendes hjem oppleves som *for* marginale, og det er både tilleggsdiagnoser og problemstillinger som må tas hensyn til når de skal motta hjelp i eget hjem.

En av sykepleierne som forteller om dette sier:

Mange av de som kommer hjem i dag er for dårlige, synes jeg. Det kan jo hende at noen av de maser seg hjem tidlig, men generelt synes jeg mange er i alt for dårlig stand når de kommer hjem. De skulle fått ligge et par døgn til på sykehuset før de ble hjemsendt.

I dette sitatet nevner informanten at hun ved flere tilfeller har opplevd at pasienter har blitt uskrevet i en tilstand som hun mener er for dårlig til at det er forsvarlig å sendes til eget hjem. Dette forstår jeg som at hun opplever hjemmesykepleien har for lav kompetanse til å ta ansvar for pasienten. Hun sier pasienten kan ha påvirkning i egen utskrivelsesdato, men at det trolig er sykehuset som har bestemt utskrivelse. Sykehuset burde ta seg tid til å la pasienten ligge lengre slik at det blir mer forsvarlig å utskrives til eget hjem.

En annen sykepleier forteller om en lignende situasjon på følgende måte:

Når det går mot helg sender sykehuset bare ut pasientene. Det er vertfall sånn vi opplever det. Det skal jo egentlig være et møte med oss før pasienten sendes hjem.

Her snakker informanten om at det virker som sykehuset noen ganger skriver ut pasienter for å gjøre det enklere for seg selv. De plasserer pasienten i kategorien utskrivningsklar og legger ansvaret over til hjemmesykepleien når det går mot helg. Etter prosedyre skal være møte mellom hjemmesykepleien og sykehuset før en pasient sendes hjem, men at sykehuset ikke alltid følger dette. Dette forstås som at de opplever å være uforberedt når pasienten kommer, og at tjenesten er mer sårbar når det er helg. Det er også fagarbeidere som har lignende erfaring sier følgende om sykehuset:

De vil få unna køene, men det blir vi som må slite med det. Det er mange ganger brukeren nesten ikke har rukket å komme hjem før vi bare må sende de tilbake. Da har ikke akkurat sykehuset blitt avlastet.

Denne fagarbeideren gir uttrykk for at sykehuset tenker på seg selv når de velger å skrive ut pasienter. Hun opplever at de skyver ansvaret over til hjemmesykepleien for å gjøre det enklere for seg selv. Samtidig sier hun at de ikke klarer å mestre ansvaret som de får av sykehuset og at dette skaper situasjoner som gjør at de ikke klarer å holde pasienten i hjemmet. Følger av dette blir reinnleggelse og at sykehuset har gitt seg selv mer arbeid. En annen fagarbeider sier:

Det blir flere og flere som skal ha hjelp. Før ble de utskrevet når de var tilnærmet friske. Nå er de på sykehuset bare frem til behandling er startet, så må vi gjøre de friske. Hva ender det med? At de er hjemme i et par dager så må vi sende de tilbake igjen.

Informanten snakker her om at hjelpebehovet blant pasienter har økt som følger av at sykehuset skriver de ut tidligere i behandlingsforløpet. Når de skrives ut under behandling får hjemmesykepleien ansvaret for at pasienten skal bli frisk. Informanten uttrykker at hun har liten tiltro til hjemmesykepleien som behandler. Før gikk det greit når pasientene var tilnærmet friske når de ble utskrevet, men når dette ikke lengre er tilfellet blir ansvaret for stort, og det kan føre til reinnleggelse.

Årsaken til at disse situasjonene oppstår mener informantene handler om tilgjengelig kompetanse og ressurser. Blant de marginale pasientene som sendes hjem opplever informantene at det enda er behov for spesialisthelsetjenestens kompetanse for å bedre pasientens helse. Negative utfall av dette blir at pasienten nesten ikke rekker å komme hjem før de må sende vedkommende tilbake. Sykehuset har det for travelt med å sende ut pasientene, og det blir da mot sin hensikt.

Kompetanse til å stole på egne avgjørelser

En annen utfordring de ansatte opplever er manglende kompetanse til å ta avgjørelser vedrørende en pasient ved forverring i sykdomstilstanden. Terskelen for innleggelse har blitt høyere, samtidig som den ved utskrivelse har blitt lavere. Før har det vært en selvfølge at pasienten skulle tilbake på sykehus eller tildeles fast plass på sykehjem, men nå som pasienten skal forbli hjemme så lenge som mulig er det mer utfordrende å vurdere forsvarligheten av å bli hjemme. Denne utfordringen har to perspektiver, et fra fagarbeiderne og et fra sykepleierne.

Sykepleierne forteller at det kan oppstå situasjoner der hjemmesykepleien og sykehus eller fastleger er uenig om når pasienten bør bli hjemme og når det er aktuelt med innleggelse. Det er flere av sykepleierne som forteller at de har vurdert at pasienten har for dårlig allmenntilstand til å bli i eget hjem, men at sykehus eller fastlege stiller seg uenig og ønsker at vedkommende forblir i hjemmet. Dette handler om forsvarligheten av å la pasienten forbli i eget hjem, og hvor sykepleierne fra hjemmesykepleien opplever at de ikke har tilstrekkelig kompetanse for å dekke pasientens behov i hjemmet. Slike situasjoner beskriver sykepleierne som frustrerende når de andre aktørene ikke tar hensyn til deres faglige vurdering. Dette har ført til at informantene kjenner på en faglig usikkerhet når det kommer til å ta avgjørelser vedrørende en pasient ved forverring. En av sykepleierne beskriver følgende situasjon:

Jeg har vært litt utrygg når det har vært snakk om situasjoner der vi har vært usikker på om det er trygt for brukeren å være hjemme. Brukeren begynner å bli dårlig, innser det kanskje ikke selv og vil ikke på sykehjem. Så tar man kontakt med fastlegen, og han er uenig eller er ikke så flink til å svare. Da blir man veldig usikker når situasjonen i hjemmet gradvis blir verre.

I dette sitatet snakker sykepleieren om en usikkerhet hun føler når hun må vurdere hvor forsvarlig det er å ha pasienten hjemme. Hun uttrykker at situasjonen spesielt blir vanskelig når det vurderes tiltak som følger av dette, og ønsker at fastlegen kan ta noe av ansvaret. Dette forstås som at hun opplever at fastlegen ikke deler bekymringen hun har for pasienten. Det at hun nevner at legen kan være vanskelig å oppnå kontakt med forstås som at hun blir faglig ensom i sin vurdering. Videre forteller samme informant:

Det handler mye om samarbeid, som å snakke med helse og velferdskontoret. Hva skal jeg gjøre her, dilemma og ta opp slike ting. Man må diskutere med andre, at man ikke sitter alene med det. Eventuelt ta det opp med enhetsleder.

Her viser informanten at hun har en strategi til denne typen situasjoner. Hun erkjenner sin egen usikkerhet og velger å diskutere med andre for å bli tryggere i situasjonen. Hun nevner her å samarbeide med helse- og velferdskontoret (HVK) for å finne en løsning. HVK er den aktøren som utarbeider vedtak for blant annet de som mottar hjemmesykepleie, og vil si at hun leter etter råd høyere opp i systemet.

Det er andre informanter som også opplever utfordringer i forbindelse med vurderinger og prosesser. En annen av sykepleierne sier:

Usikkerhet kan komme av plutselige ting som skjer hjemme hos brukerne, der sykdomstilstanden plutselig blir verre. Vi er som sagt alene, og det er mange avgjørelser en må ta på egen hånd. Så vi må kunne stole på de avgjørelsene vi tar.

Denne sykepleieren forteller om en mer akutt situasjon der pasienten får en plutselig forverring som krever en handling fra hennes side. Hun poengterer hvor ensom hun føler seg når hun møter utfordringer, og det er ofte hun må ta en avgjørelse basert på egen intuisjon. Hun presiserer selv hvor viktig det er å stole på de avgjørelsene en tar på vegne av en pasient, men innrømmer selv å være usikker. Dette tyder på at hun ikke stoler på egne avgjørelser. Flere beskriver denne usikkerheten. En annen sykepleier forteller om det slik:

Det er mye usikkerhet som handler om at vi går alene. Spesielt på kveld og i helger. Om det er noe ekstra som skjer er det dette med å vurdere hvor alvorlig det egentlig er. Skal en ringe ambulanse eller skal en vente med å bestille legetime på mandag?

Informanten her opplever også å være alene i sin vurdering, og kjenner på usikkerheten som kommer av dette. Hun sier det kan oppstå på kveld eller i helger, da de kan være eneste sykepleier på vakt. Hun problematiserer eventuelle konsekvenser av å ta feil avgjørelse i slike situasjoner. Undervurderes situasjonen kan det få konsekvenser at pasienten først får vurdering av lege etter helgen. Dette oppleves som et stort ansvar.

Det er ikke bare sykepleierne som kjenner på utrygghet i forbindelse med avgjørelser. Fagarbeiderne opplever også å havne i situasjoner der det må tas en avgjørelse om hvem som skal kontaktes når, og hvor dårlig pasienten skal være for at en skal reagere. En av fagarbeiderne sier det slik:

Jeg føler meg utrygg når en pasient plutselig blir dårlig. Jeg blir usikker på om jeg skal be om hjelp fra kollega eller om pasienten er så dårlig at det trengs annen hjelp?

I dette sitatet uttrykker fagarbeideren usikkerhet vedrørende når hun skal reagere ved pasientens forverring. Det viser at det ikke er en klar forståelse blant de ansatte når og

hvordan de skal reagere. Det er samtidig usikkerhet om når andre aktører bør kontaktes.

En annen fagarbeider sier:

Jeg blir utrygg i situasjoner der bruker har vært svært dårlig, men når jeg kommer tilbake er ikke bruker dårlig lengre. Det blir en pussig situasjon, og jeg vet ikke hva jeg skal gjøre.

I likhet med sitatet før er det også her snakk om usikkerhet i forbindelse med når en pasient er så dårlig at de må reagere. Her sier informanten at hun har observert at pasienten har vært dårlig, men valgt å komme tilbake senere for å se hvordan situasjonen har utviklet seg. Hun innrømmer i dette sitatet at hun ikke vet hva som venter når hun kommer tilbake, og det kan forstås som at det er usikkerhet både ved lav og høy grad av sykdomsforverring. En annen fagarbeider uttrykker seg på følgende måte:

En blir usikker fordi en mener at pasienten er så dårlig at det trengs hjelp av lege eller kanskje en ambulanse. I slike situasjoner har en ikke tid til å tenke, en må bare handle.

I dette sitatet er fagarbeideren ærlig om at hun er utrygg i slike situasjoner, men sier hun ikke har annet valg enn å handle på grunn av tidspress og manglende tilgang til hjelp fra kollega. Informantene sier at de kan ringe en kollega, men at det stort sett er de selv som ender opp med å ta avgjørelsen. En kollega kan være opptatt og langt unna, og for å kunne ta en avgjørelse må kollega helst ha mulighet til å komme hjem til pasient for å gjennomføre en vurdering. Er det noe som kan vente, utsettes dette til en kollega kan komme, men om noe haster må den som er hjemme hos pasienten ta en avgjørelse.

Årsaken til usikkerheten på området sier både sykepleierne og fagarbeiderne handler om at de har lite erfaring med å behandle pasienter med så dårlig allmenntilstand i hjemmet. Lite erfaring med å behandle dårlige pasienter fører til at de også har vansker med å forstå når det er riktig å kontakte spesialisthelsetjenesten. De fleste av informantene hevder likevel at det ikke er kompetanse omhandlende behandling av pasienter som er hovedproblemet, men at de trenger mer kompetanse vedrørende å ta de riktige avgjørelsene. Slik at de vet hvordan de skal handle ut i fra ulike situasjoner, når de bør handle, og hvem de skal kontakte ved de ulike tilfellene. Kriteriene for når en pasient ikke lengre bør være hjemme har endret seg, men de fleste informantene opplever at de ikke har en klar opplevelse av hva kriteriene har endret seg til. Noen tror dette handler om at de mangler en felles forståelse av ansvarsendring etter reformen. Andre tror det kan handle om manglende felles forståelse av hvordan å vurdere

situasjoner. Det viser uavhengig av årsak at det er behov for mer kompetanse for at informantene skal føle seg trygge i denne typen vurderinger.

4.2 Kompetanseutvikling

I dette delkapittelet introduseres resultat som omhandler informantenes individuelle forutsetninger for kompetanseutvikling. Dette er inndelt i ambisjoner for egen kompetanse og kunnskap om kursmuligheter. Det er også en liten del om kurstilbud på enheten.

Ambisjoner for egen kompetanse

Informantene hadde ulikt nivå av ambisjoner for egen kompetanse. Det kom ikke frem en direkte sammenheng mellom ambisjon og profesjon, men det virker å ha en sammenheng med faglig tilhørighet. Blant de sykepleierne som hadde en ressursrolle på enheten viste alle initiativ og ambisjon om å tilegne seg ny kunnskap.

En av sykepleierne med ressursroller sier:

Det er mye jeg kunne tenkt meg å ha gjort. Alt mulig. Hospitering eller kurs i forhold til det meste. Jeg kunne tenkt meg å sett på forskjellige måter å jobbe på. Dratt til andre soner. Veldig mye jeg kunne tenkt meg egentlig.

Her viser informanten interesse for å lære av andre innen samme yrke. Hun erkjenner at det er flere måter å jobbe på innen samme fag, og foreslår hospitering som en strategi for å tilegne seg kunnskap fra andres erfaringer. Hun nevner også et generelt ønske om å dra på kurs uten å spesifisere interesseområdet. Samtidig sier hun at det er mye hun kunne ha tenkt seg, noe som kan forstås som at ønske og mulighet ikke samsvarer.

En annen av ressurspsykepleierne beskriver tilsvarende initiativ:

Jeg kunne vel kanskje tenkt meg litt mer kurs, eller kanskje hospitering. Kanskje også i forhold til det å hospitere på andre soner. Er sikkert masse å hente der. Eller noe slikt i forhold til psykiatri. For det er et område som vi kanskje ser kan være litt vanskelig.

Begge sitatene er av ressurspsykepleiere som har et eget område de skal kunne ekstra mye om. Likevel er det kunnskap om andre felt enn sitt eget de ønsker mer av i sin kompetanse. Flere av ressurspsykepleierne adresserer også områder som de mener arbeidsplassen som en helhet trenger mer kompetanse på. Informanten over nevner psykiatri som et utfordrende fagområde for de ansatte og viser engasjement på vegne av arbeidsplassen. Hun sier også at hun tror det er mye å hente av andres erfaringer, både innen hjemmesykepleien og andre aktører. Hun uttrykker også at hun ønsker mer mulighet for hospitering.

De fagarbeiderne som har etterutdanning viser tilsvarende interesse. Både de og overnevnte sykepleiere vil ved mulighet hospitere, dra på kurs og er søkende etter kompetanseberikende situasjoner. Følgende sitat er et eksempel på hva de nevnte fagarbeiderne sa:

Jeg ville gjerne dra på kurs om jeg kan det. Noe aktuelt kanskje om demens eller hjelpemidler, noe som jeg holder på mye med. Eller kanskje tatt en dag med hospitering, hadde ikke vært så dumt.

Her sier informanten at hun ved mulighet kunne tenkt seg å dra på kurs. I motsetning til ressurspsykeleierne ville fagarbeiderne dra på kurs som var mer spesifikk rettet mot det fagområdet de jobbet mest med i arbeidsdagen. De nevner interessen for å hospitere, men er ikke like tydelig som sykepleierne på hvorfor hospitering er aktuelt. En av fagarbeiderne som hadde erfaring med hospitering sa:

[Hospitering]Da går du jo sammen med noen og, det er jo veldig ålreit. Får se litt forskjellige, og hvordan andre gjør ting.

Her velger informanten først å nevne det å kunne gå sammen med noen andre når en hospiterer, og at dette er en fin opplevelse. Hospitering fremstår som noe trygt der de kan se hvordan andre i samme situasjon jobber.

Sykepleierne uten ressursområde eller fagarbeiderne uten videreutdanning vil derimot fokusere på å komme i rute med arbeidsoppgaver forbundet med for eksempel primærpasienter eller andre plikter. De fagarbeiderne som tar del i demensarbeidslag, men som ikke har etterutdanning, havner også under sistnevnte kategori. En av fagarbeiderne sa:

Hadde jeg hatt mer tid hadde jeg sittet med arbeidslistene. Jobbe med hvordan jeg kan plassere alle ulike brukerne for å få listene til å passe best. Gå inn å lese nøye på oppdragene, og finjustere listene. For da blir arbeidsdagen både bedre for meg og de som skal ut.

Denne informanten hadde til tider ansvar for å lage arbeidslister. I intervjuet var det snakk om faglige ambisjoner og hva hun kunne tenkt seg å gjøre med mer tid tilgjengelig. Hadde hun hatt mer tid ville hun brukt denne for å komme seg i rute med arbeidsoppgaver. Dette var en prioritering for å gjøre hverdagen enklere for seg selv og de andre ansatte.

En av sykepleierne fortalte om tilsvarende:

Hadde jeg hatt mye tid til overs skulle jeg sett over litt medisiner og slikt. Jeg er sikker på at mange står på mye mer enn de egentlig trenger. Også endret litt på oppdrag og ordnet litt med bestillinger og slikt. Ha litt samtale med brukerne, sette meg ned og faktisk prate med folk.

Selv om det også her var snakk om å tilegne seg kunnskap ville sykepleieren som eier dette sitatet heller benytte tid tilgjengelig for å komme i rute med arbeidsoppgaver. Mer tid hadde gitt henne muligheten til å sikre at personer ikke får mer medisiner enn de trenger. Samtidig som hun kunne tatt seg tid til å sette seg ned sammen med pasientene sine og høre på hva de har å si. Det viser en bekymring for kvaliteten i tjenesten grunnet manglende tid, og at pasientens situasjon prioriteres før det er rom for å tilegne seg ny kunnskap.

Kunnskap om kursmuligheter

Det skiller seg også to grupper av ansatte når det omhandler kunnskapen om hvilke tilbud de har. Forskjellen er her at den ene gruppen består av alle sykepleierne og fagarbeiderne med etterutdanning, mens den andre gruppen er de resterende fagarbeiderne. Den førstnevnte gruppen har kunnskap om hvor en kan få eller finne tilbud om kurs. De har oversikt over hvordan de melder seg på, hvem de må snakke med for å få tillatelse, muligheter for avsatt tid og økonomisk dekning. Flere nevner at det ikke er noe problem å få avsatt tid en halv dag for å lese seg opp om det er noe en er usikker på. Et par informanter nevner alternativet hospitering og hvordan de kan gå frem for å muliggjøre det. Denne informantgruppen har kunnskapen de trenger for å kunne ta initiativ for å delta i flere kompetanseutviklende tiltak. En av fagarbeiderne med etterutdanning forteller:

Ser jo inne på nett og kommunen sine sider om det er kurs. Eller så får vi mail om det er noe interessant. Så kan leder se om det er noe som passer for oss, og sende ut mail til oss...men en må jo spørre først da. Om det er greit at vi melder oss på kurset der.

I dette sitatet forteller informanten at hun selv kan gå inn på nettsider for å tilegne seg informasjon om hva som finnes av kurstilbud. Hun sier at de får tilsendt tilbud per epost, men at disse tilbudene er valgt ut basert på hva leder for enheten synes er aktuelt. Samtidig mener hun at de må spørre leder om tillatelse for å melde seg på. Noe som kan forstås som at kursdeltagelse ikke er en selvfølge.

En av sykepleierne sier:

Du har jo litt tid inne av og til. Om vi er inne på medisinerrommet og slike ting. Da har vi litt tid til å lese mailer og spørre om det er noe en kan få avsatt tid til. Så får man jo det...de er veldig grei til å tilrettelegge om du spør om det, men om du ikke gjør det får du ikke noe tid. Det er veldig greit, du blir hørt ja.

Her sier sykepleieren at innetiden hun har, gjør det mulig å skape seg en oversikt over det som er av kurstilbud. Når hun har innetid har hun mulighet til å snakke med ledelsen om å få avsatt tid, og hun erfarer at en får avsatt tid om man spør om det. Hun sier videre at en blir hørt av ledelsen, så lenge en tar initiativ selv. En annen av sykepleierne sier følgende:

Vi prøver å sende folk på kurs så ofte som vi kan. Vi får jo en del invitasjoner og så er det mye både i forhold til sårstell og andre ting. Folk er veldig interessert i å dra på kurs, og vi prøver å legge til rette for det.

Her forteller sykepleieren at enheten sender ansatte på kurs så ofte som det lar seg gjøre. Hun sier også at det er bra med tilbud, og at hun opplever at det er en interessekultur blant de ansatte om å delta. Informanten bruker likevel ordet prøver om å sende folk på kurs. Dette kan forstås som at det ikke lar seg gjøre så ofte som det er ønskelig.

Den andre gruppen som består av fagarbeidere, problematiserer dette med å dra på kurs. De fleste vet at de får tilsendt informasjon om kurs per epost. Det er derimot flere av de som ikke vet hvordan de skal gå frem for å melde seg på et eventuelt tilbud. Blant informantene er det noen som tror de må dra utenfor arbeidstid for at det skal være mulig. De kjenner ikke til hvem de må snakke med for å få tillatelse til å dra, og viser usikkerhet rundt det økonomiske aspektet. Samtlige nevner en bekymring for belastningen enheten får om de skulle dra på kurs istedenfor vanlig arbeidsliste en dag. Her problematiseres blant annet bemanning, redsel for at kollega må kompensere for at de er på kurs, og hvordan det vil påvirke enheten økonomisk.

En av fagarbeiderne sier:

Jeg tror det er mange som skriver seg på kurs, og slike ting. Nå har hverdagen min vært ganske tøff av andre årsaker. Så jeg har liksom ikke vært så veldig på, selv om ønsket har vært der.

Her beskriver informanten kurs som noe andre gjør, men som et fenomen hun ikke deltar i selv. Hun sier årsaken kan ha sammenheng med personlige utfordringer, utenfor jobbsituasjon. Dette har ført til at hun har mindre initiativ til å ta ansvar for dette selv.

Samtidig sier hun at det er et underliggende ønske der om å lære mer.

En annen fagarbeider forteller om lignende oppfattelse:

Det har vært et ønske ut av en annen verden for min del. At de bare kunne ha sagt 'Ja, nå er det bare å stikke på kurs, fordi det kommer to ekstra her i dag'. Da kan du trygt gjøre det du har planlagt.

I dette sitatet snakker informanten om et ansvar hun føler overfor arbeidsplassen. Hun fremstiller kurs som noe urealistisk å gjennomføre uten at det påvirker noen andre negativt. Det er en underliggende bekymring for at noe hun gjør skal påvirke arbeidsmengden til de andre ansatte. Når det er snakk om kurs tenker hun først på belastningen det kommer til å påføre enheten. Denne bekymringen sier noe om hvor lite hun faktisk vet om hvordan det å dra på kurs fungerer. En annen fagarbeider beskriver lignende bekymring:

Hvordan skal vi klare å få til det[Kurs]? I forhold til innleie og alt det der. Som man merker hver dag er det en belastning for den som skal sørge for å leie inn noen når det trengs.

Denne informanten fremstiller også kurs som noe urealistisk eller som en luksus hun ikke har. Hun viser også en bekymring for hvordan det vil kunne påvirke enheten med arbeidsbelastning og innleie. En ansvarsfølelse overfor enheten og de andre ansatte.

Hun forteller at hun ikke vil at jobben skal oppleve belastning bare fordi hun skal på kurs. Fagarbeiderne uttrykker generelt bekymring for at enheten kan oppleve belastning. De bekymrer seg for at de andre ansatte skal få mer jobb når de er borte og om enheten klarer å leie inn vikar. Dette har ført til at det er mye usikkerhet og lite kunnskap om hvilke tilbud de har og hva de har rett på.

Det som er interessant er at sykepleierne ikke viser bekymring for hvordan kursing kan påvirke enheten med tanke på økonomi eller arbeidsmengde. Noe som er kontrast til fagarbeidernes bekymring.

Kurs på enheten

Begge sonene forteller at de får besøk av aktører som selger sykepleieartikler, med jevne mellomrom. Disse aktørene kommer til enheten og holder små, men praktiske undervisningssekvenser etter avtale. De kan også kontakte disse aktørene selv om det er en type utstyr de er usikker på bruken av.

En av fagarbeiderne som forteller om disse tilbudene sier:

Vi har jo tilbud om småkurs og undervisning av og til da. Det har vi jo. For eksempel de som vil reklamere for utstyret sitt. Noen underviser i stell av sår, elastiske strømper, hvorfor elastiske strømper, linning, ulike typer linning og lignende. Vi er godt kurset, egentlig.

Enhetene har begge hatt perioder med faste innslag fra disse aktørene, men ingen av arbeidsplassene hadde faste dager når intervjuene ble gjennomført. Samarbeidet med disse leverandørene har ifølge de ansatte vært noe som har forekommet både før og etter samhandlingsreformen.

Kursene som er holdt av leverandørene er noe informantene snakker positivt om. Gjennom disse kurssekvensene får de korte, men informasjonsrike innspill som kommer til nytte ute i praksisfeltet. De får oppfriskning i prosedyrer og riktig bruk av utstyr. Flere poengterer at dette er en god måte å holde seg oppdatert om nytt utstyr som er tatt i bruk. Informantene hevder dette er utstyr tilhørende strømper, stomi, linning, diabetes, stell av sår og kateterisering. Dette er oppgaver alle med helsefaglig utdanning kan utføre.

4.3 Kompetanseoverføring

Denne delen omhandler kompetanseoverføring som forekommer mellom ansatte på enheten eller mellom sykehus og hjemmesykepleien.

Kompetanseoverføring mellom ansatte

Både fagarbeiderne og sykepleierne som deltok i studien erfarer å være i et arbeidsmiljø der det er lett å spørre en kollega om det er usikkerhet rundt noe faglig. Dette kan være enten de er usikre på å dra til en pasient de ikke har vært hos før, utføringen av en oppgave, prosedyre eller en avgjørelse som må tas i ulike situasjoner. Informantene sier at det er viktig å bruke kollegaene for det de er verdt, og de opplever at arbeidsmiljøet har mange med forskjellig kompetanse. Det å gå til en kollega for hjelp er noe alle informantene i denne studien nevner som sin primærkilde til ny kompetanse.

De har alltid med seg telefoner når de er ute og jobber, og i en travel dag er det godt å ringe en kollega om en står fast. De ansatte hevder at som regel er det noen som har erfaring med det de lur på. I de fleste tilfellene snakker de om å ringe en annen kollega på vakt, men det er flere som nevner at det har vært episoder med behov for å kontakte en kollega som ikke var på vakt. Dette er noe som hovedsakelig blir nevnt av sykepleiere.

En av sykepleierne som fortalte om dette sa:

Vi er en ganske liten gruppe med sykepleiere, og formålet er at alle skal føle seg trygge i det som gjøres. Det er rom for å bruke hverandre på fritiden. Om jeg har fri en dag og noen er på jobb og står fast til en bruker, er det bare å ringe. Det kan jo hende jeg kan hjelpe de på telefon.

I dette sitatet forteller informanten at det er begrenset med sykepleiere på enheten. Hun sier også at de har en uoffisiell avtale sykepleierne seg imellom at de kan kontakte hverandre på fritiden om noen skulle føle seg usikker. Sykepleieren vil heller at en kollega skal ringe henne på fritiden, enn at kollega skal oppleve å være utrygg når hun utfører en oppgave. Dette forstår jeg som at de har lojalitet til sine kollegaer. Flere nevner at det har vært tilfeller der en kollega som ikke var på vakt har kommet på arbeid for å hjelpe med utføringen av en prosedyre.

Når informantene opplever usikkerhet ved prosedyrer som er mer krevende hender det at de gir oppdraget videre til en kollega som kan det. Er det derimot tid og mulighet kan det forekomme at den som er usikker drar sammen med en kollega med erfaring hjemme til pasienten for å observere og lære hvordan det skal gjøres i den aktuelle settingen. Det er hovedsakelig sykepleiere som forteller at de gjør dette når det er snakk om medisinske prosedyrer som ikke blir gjennomført så ofte. Det er i forbindelse med slike medisinske prosedyrer at noen av sykepleierne innrømmer at de har måttet hente inn en kollega som har hatt fri for å få vedkommende til å demonstrere eller gjennomføre prosedyre grunnet egen usikkerhet.

Når det kommer til spesifikke oppgaver eller prosedyrer nevner flere at de lærer av hverandre på kontoret. Er det lenge siden en har gjennomført en prosedyre eller er usikker på hvordan det skal utføres, sier informantene at de ber en kollega som har erfaring med dette om å demonstrere i arbeidstiden. Noen ganger er det flere som er usikker på samme prosedyre og det kan utvikle seg til å bli en spontan og uformell internundervisning.

En av sykepleierne som hadde erfart dette sa:

Enkelte ting som linning kan bli vanskelig om det er lenge siden en har gjort det. For det er håndverk. Har du ikke gjort det på noen måneder så sitter det ikke i fingrene på samme måten lengre. Så da kan vi jo slenge opp en fot til hverandre, og få øvd oss litt.

I dette sitatet forteller informanten hvor viktig det er at prosedyrer utføres jevnlig for at kvaliteten skal opprettholdes. Hun sammenligner med håndverk, og sier det må ligge i

fingerne for at det skal bli bra. Selv om det er snakk om enklere prosedyrer, må det fortsatt vedlikeholdes for at kvaliteten skal være tilfredsstillende. Når det er snakk om mindre avanserte prosedyrer har de muligheten til å øve seg på hverandre inne på kontoret.

Kompetanseoverføring fra sykehus

Sykepleierne forteller at de har opplevd at pasienter som sendes hjem og skal motta behandling ved hjelp av avansert medisinsk utstyr som de ikke har erfaring med fra tidligere. De fleste nevner tilfeller som omfatter kreftpasienter som skal motta behandling hjemme. Når de får beskjed om at de skal ta imot nye kreftpasienter forteller sykepleierne at de kan få tilbud om å komme på avdelingen for å få en innføring i utstyret eller prosedyren som skal utføres ved pasientens hjemkomst. Sykepleierne forteller at de erfarer at kreftavdelingene tar mer initiativ i forarbeidet før pasienten sendes hjem enn andre avdelinger.

En av sykepleierne sa:

Vi står stort sett alene ute til pasientene. Det skaper utrygghet om vi står der og viser at vi er utrygg. Da tar vi heller en ekstra time eller to nede på sykehuset.

Her forstår jeg det som at informantene snakker om viktigheten av å føle seg på trygg i utførelsen av en prosedyre. Dette er viktig fordi de er alene når de er i hjemmet til en pasient. Jeg forstår hun opplever det som viktig å fremstå som trygg i sin utførelse i møte med denne pasientgruppen. Derfor sier hun at hun heller vil ha opplæring en gang for mye enn å risikere å være utrygg. Dette fremstiller kompetanseoverføringen som nødvendig.

En annen sykepleier sier:

Det kan gå lenge mellom hver gang vi bruker akkurat det utstyret. Da kan det være greit å få opplæring fra avdelingen som sender ut pasienten.

Her sier informantene at det kan være sjeldent at de benytter seg av utstyret som sykehuset sender hjem med pasienten. Hun sier samtidig at det er positivt å få opplæring fra selve avdelingen. Dette kan forstås som at det er trygt å få opplæring av de som kan det best.

De forteller at avdelingene er tilgjengelige også etter pasienten sendes hjem, og dette bistår med å skape trygghet når de kan ta en telefon til avdelingen ved usikkerhet. Flere av sykepleierne sier at kreftavdelingene har en annen tilstedeværelse når hjemmesykepleieren har spørsmål om pasienten. Informantene sier at de opplever at avdelingene har god oversikt over pasientene, og bidrar med effektive samtaler når de ringer. Flere beskriver at de har mottatt veiledning over telefon når de har ringt med spørsmål, og at de sjeldent opplever at avdelingen ser på samtalen som unødvendig.

Sykepleierne har også erfart at avdelingene sender ut sykepleier til hjemmet for å bistå med opplæring eller utføring av prosedyre. En av sykepleierne forteller om en episode der hun følte seg utrygg, og fikk hjelp av sykepleier fra kreftavdelingen, hjemme hos pasienten.

Jeg hadde med meg en sykepleier som hadde jobbet i ti år, men hun hadde ikke gjort prosedyren på mange år. Vi var derfor uerfarne begge to og skulle gjennomføre noe som var en steril prosedyre med et hickman kateter. Vi visste hva en sterilprosedyre var, men vi var så nervøse. Det var en gammel vanskelig pumpe, og vi fikk det ikke til alene, vi turte ikke. Jeg var ganske nervøs... Da ringte vi kreftavdelingen, så kom det en sykepleier. Jeg ble så glad at jeg ga henne en klem. Jeg var så nervøs, for jeg hadde ikke følt meg trygg i hele tatt.

I dette sitatet forteller sykepleieren om en episode der hun og en kollega hadde følt seg utrygg fordi de hadde lite erfaring med prosedyren. Hun og kollegaen hadde følt seg så utrygg at de ikke turte gjennomføre oppdraget alene. I dette tilfellet kontaktet de sykehusavdelingen, som rykket ut til hjemmet for å bistå med utførelsen av prosedyren.

Når de får tilbud om opplæring fra sykehuset, enten det er i hjemmet eller på avdeling, sender de en eller to sykepleiere som får delta. De som har deltatt får videre ansvar for å formidle dette til de andre sykepleierne på enheten. Informantene har erfart at det ofte er ressursykepleierne som blir sendt på opplæring hos avdelingen. For å overføre dette til de andre sykepleierne prøver de å organisere det slik at en av de som har vært på opplæring fra sykehuset tar med seg en annen sykepleier i hjemmet til pasienten for å demonstrere og lære videre. Sykepleierne forteller at enheten har i enkelte tilfeller prøvd å organisere det slik at de kan gå to sammen i oppstartperioden, men det er ikke bestandig at det lar seg gjøre når det ikke alltid er en som kan det på jobb. Samtlige av sykepleierne har erfart å kontakte en kollega utenfor arbeidstid for å få hjelp hjemme hos pasient. Flere av tilfellene har kollega kommet på arbeid for å hjelpe den som er usikker.

4.4 Spesialisert kompetanse

I intervjuene kom det frem at det var tre prosjekter som de ansatte opplevde hadde en sentral rolle i deres kompetanseutvikling. Det første prosjektet var ressursykepleiere i kreftomsorg, og var slik jeg forstod det et nasjonalt prosjekt organisert innad i hver kommune. Begge enhetene har også deltatt i et prosjekt som heter naturlig bevegelse omhandlende forflytning og bevegelse for hjelper og pasient. I følge informantene var dette et prosjekt som alle enhetene av hjemmesykepleie deltok i fra denne kommunen. Det siste er noe informantene omtaler som demensarbeidslag. Dette ble utviklet på den ene sonen som deltok i studien,

mens den andre avdelingen har innført dette etter å ha lært av førstnevnte. Demensarbeidslag har enhetene innført for å utvikle mer kompetanse og kontinuitet i arbeidet med de demente pasientene.

Kreftomsorg og palliativ behandling

Både sykepleiere og fagarbeidere som deltok i studien fortalte at de opplevde en kraftig økning av kreftpasienter med behov for behandling og pleie i eget hjem etter reformen. Spesielt nevner informantene det å kunne dø i eget hjem som tema, og hevder dette har blitt mer vanlig etter reformen ble innført.

En av sykepleierne forteller om dette på følgende måte:

Det er mange av de som kommer hjem nå som er sykere, og det er en økning i kreftpasienter for eksempel. Palliativ behandling som skal utføres i hjemmet er blitt mer vanlig. Enten i påvente for å dø, eller så kommer de hjem en periode før de vil inn på sykehuset igjen. Det er blitt litt mer dialog rundt det å dø i eget hjem. Ønsker folk det, så tilrettelegger vi for det, ikke sant. De må ikke nødvendigvis inn på sykehuset, om de ikke ønsker det selv. Det er mye hjemmetjenesten kan gjøre i hjemmet.

Sykepleierne sier kreftomsorg er noe de opplevde som en utfordrende pasientgruppe, og samtlige av sykepleierne omtaler det som et område med behov for mer kompetanse.

En av sykepleierne forteller:

Det har vært økning av slike komplekse tilfeller. Det hadde vi ingen av før. De som kommer hjem nå er ganske syke, alvorlig syke.

I dette sitatet forteller informanten at hun opplever en ny pasientgruppe innenfor kreftomsorg i etterkant av reformen. Denne pasientgruppen kategoriserer hun som kompleks og alvorlig, og sier hjemmesykepleien har ingen erfaring med dette fra tidligere. Dette forstår jeg som at det er behov for å tilegne seg ny og bredere kunnskap på området.

Flere av sykepleierne uttrykker at med denne pasientgruppen får de ansvar og utfordringer som de har liten kjennskap til fra tidligere. Samtlige nevner at de har måttet utføre oppgaver de har liten eller ingen erfaring med.

En annen sykepleierne forteller følgende:

Det er ikke så lenge siden hjemmetjenesten tok over ansvaret for kreftpasientene. Før var det vikartjenesten som hadde alt av kreftomsorg i hjemmet, og vi var bare innom og gjorde de enkleste oppgavene. Nå som vi har overtatt ansvaret gjør vi mye oppgaver vi ikke har erfaring fra tidligere.

Denne informanten forteller at hjemmesykepleien har vært i kontakt med denne pasientgruppen tidligere, men at de var mer fungerende som en sekundærtjeneste som utførte mindre utfordrende tjenester i hjemmet. Når hun sier at de nå gjennomfører oppgaver de ikke har erfaring med fra tidligere, forstår jeg dette som at hun opplever usikkerhet i utføringen av de nye oppgavene. Noe som kan ha en sammenheng med lite eller ingen opplæring.

En annen sykepleier sier:

Det er stadig nye ting, spesielt i forhold til kreftpasienter som kommer hjem. Der er det så mye teknisk utstyr.

I dette sitatet sier informanten at hun opplever det som utfordrende å holde seg oppdatert om utstyret som brukes hjemme hos kreftpasienter. Fordi det er mye nytt, samtidig som det er avansert utstyr som krever en del opplæring. Flere sykepleiere nevner at kreftomsorgen er et fagområde som hele tiden er i utvikling. Dette medfører at det ofte er endring i utstyr, prosedyrer og rutiner. Samtlige av sykepleierne sier at kreftomsorgen er utfordrende fordi det er utstyr og prosedyrer som sjeldent benyttes hos andre pasientgrupper.

Ressurssykepleiere i kreftomsorg

Tre av sykepleierne som deltok i studien var ressurspersoner innen kreftomsorg og palliativ behandling på sin sone. Disse var plukket ut for å være representanter i et prosjekt de kalte «Ressurssykepleiere i kreftomsorg». I følge de har alle enhetene i kommunen en til to representanter i dette prosjektet. Noe som tilsier at alle soner har minimum en ressurssykepleier innen kreftomsorg og palliativ behandling.

I følge informantene er kreftomsorg det eneste området som har satt ressurspersoner i system. De sykepleierne som deltar sier det er et nasjonalt prosjekt som har som mål å heve kompetansen om kreftomsorg i kommunehelsetjenesten. Prosjektet har rekruttert deltagere, arrangerer faglige seminarer med jevnlig mellomrom og er organisert for at deltagerne kan hospitere og lære av hverandre.

Informantene forteller om prosjektet som et samarbeid mellom kommunen, sykehus og avdeling for lindrende behandling. De deltar på fire-fem samlinger i året der de får faglig påfyll i regi av ulike kreftspesialisert og aktører. Disse samlingene kan omhandle alt fra behandlingsmetoder og prosedyrer til innføring i bruk av eller oppdatering på nytt utstyr. Ressurssykepleierne forteller at det har hjulpet dem med å holde seg oppdatert på hva som finnes av alternativer. Det har også vært organisert slik at de har fått muligheten til å hospitere og lære av hverandre. Den ene forteller at hun hospiterte hos avdeling for lindrende

behandling, og opplevde det som veldig læringsrikt å se hvordan spesialistene jobbet og strukturerte dagene sine. Hun fortalte om det på følgende måte:

Jeg har hospitert på SLB, som er en kjempeavdeling. Det er helt unikt der altså. De som jobber der tror jeg er håndplukket. Jeg har vært der i praksis altså, fire uker. Det var så fint. De starter dagen med å tenner lys, også sitter de en time. Først har de rapport, og så kommer det diakon inn og snakker litt med de. De har så rolig og fin start på dagen. De har ikke slike travle dager som oss. De har det jo travelt, men ikke slik som oss.

I dette sitatet forteller informanten at hun opplever at de som er spesialister innen lindrende behandling har en unik måte å jobbe på. Hun beskriver spesielt dette med hvor rolig de har det i kontrast med hjemmesykepleien, og hvordan de tar seg tid til detaljer i hverdagen som å tenne lys. Hun nevner også dette med samtale, og muligheten de har for samtale med både kollega og pasient. Dette forstår jeg som at hun opplever at de har det for travelt når de jobber med kreftpasienter i hjemmesykepleien.

Sykepleierne som deltok i dette prosjektet var veldig takknemlig for at de fikk delta. Selv om de opplevde det som et stort og utfordrende ansvar å være kreftansvarlig. Ofte kan det gå lengre perioder uten at de har kreftpasient, og da er det utfordrende å holde seg faglig oppdatert. Det er store ulikheter mellom pasientene de fikk ansvar for, og hvilket utstyr og prosedyrer de krevde. Etter de ble deltagere i prosjektet ble det lettere å holde seg faglig oppdatert selv i perioder de ikke hadde kreftpasienter. Dette sa alle tre bidro til å bli tryggere på egen kompetanse. Den ene sykepleieren sa det på følgende måte:

Gjennom prosjektet får vi jevnlig hospitering og gjennomgang. Oppdatering på teknisk utstyr er også noe de går igjennom. Så det er veldig fint at dette prosjektet startet. Før var det kanskje litt dårligere med oppdateringer og slik. En skulle kanskje vært flink til å lese tidsskrifter og slik, men det blir ikke gjort bestandig. Nå som jeg er med i prosjektet merker jeg at jeg klarer å holde meg oppdatert.

Selv om informantene opplever at de er tryggere på egen kompetanse på grunn av prosjektet påpeker de at det fortsatt er viktig å gjøre ting jevnlig i praksis. Mange av prosedyrene som gjennomføres i behandling av kreftpasienter bør «ligge i fingrene». De opplever derfor fortsatt at det er flere av prosedyrene de ikke får praktisert nok til at de er helt trygge i gjennomføring.

En av ressursnykepleierne sier:

Nå skjønner jeg at andre sykepleiere også må få gå til brukere med kreft, men når jeg skriver turnus så har de god mulighet til å gjøre det. Når jeg da er ferdig med å skrive turnus har jeg kanskje lyst til å dra til de brukerne som jeg føler jeg trenger følge med litt ekstra på. Det har hent seg at jeg ikke har fått gått dit da, men da har jeg sagt ifra at nå har jeg lyst til å dra dit, nå vil jeg se hvordan det står til.

I dette sitatet uttrykker informanten at hun opplever eierforhold til pasientene med kreft, og forventer at hun får muligheten til å besøke sine kreftpasienter. Jeg forstår det som at hun ønsker å dra til pasientene for å praktisere faget slik at hun kan vedlikeholde det. Samtidig forstås det som at hun som ressursperson har en større rett til å gå hos disse pasientene.

Forflytningsprosjekt

Begge sonene hadde ansatte fra seg som deltok i et kommunalt forflytningsprosjekt, omtalt som «naturlig bevegelse». Blant informantene var de flere med erfaring fra prosjektet, og to hadde rollen som forflytningsveiledere. I følge informantene omhandlet dette prosjektet å lære mer om forflytning slik at det var mer ergonomisk både for pasient og hjelper. Dette prosjektet er noe alle informantene som deltok i studien nevner i løpet av intervjuet. De som er forflytningsveiledere på enheten og har fått ansvar for å videre føre prinsippene som de har lært på kurs til de andre ansatte på arbeidsplassen. Det handler om bevisstgjøring rundt forflytning og naturlig bevegelsesmønster. De som er forflytningsveiledere har samme funksjon som en ressursperson, og er i likhetstrekk med kreftomsorgen noe som er satt i system.

En av informantene som deltok i forflytningsprosjektet forteller at hun hadde en positiv opplevelse. Gjennom å delta fikk hun dra på kurs og det ble organisert hospitering ved andre enheter. Det å hospitere sier informantene bidro med å lære av hvordan andre jobbet med forflytning. En av forflytningsveilederne sier:

Jeg er en av veilederne i naturlig bevegelse, og synes det er veldig greit. Jeg er ganske flink i teorien, men ikke i praksis. Jeg skal jo være litt flink i praksis og jeg da.

I dette sitatet er informanten tvetydig. Her forteller hun at hun har en positiv opplevelse av å delta i prosjektet og opplever selv at hun kan teorien de har lært. Samtidig innrømmer hun at hun ikke klarer å benytte seg av denne teorien i praksis. Noe som kan forstås som at hun

opplever selv at hun vil fungere dårlig i en veiledende rolle.

En annen forflytningsveileder sa:

Tanken var jo at den som dro på forflytningskurs skulle fortelle det videre til de andre på sona i ettertid, men det blir ikke så mye gjort lengre. Det ble gjort en del i starten, men nå har det liksom kokt ut i sanden.

I dette sitatet forteller informanten at deres oppgave som forflytningsveiledere var å videreføre det de lærte til de andre på sin enhet. Dette sier hun ble utført i starten, men praktiseres ikke lengre. Når hun sier «kokt ut i sanden» tror jeg hun mener at dette har blitt en av mange andre ting som skal gjøres. Grunnet manglende struktur har dette forsvunnet i en arbeidsdag med mange andre gjøremål. Dette kan ha sammenheng med at det er hennes ansvar å videreformidle og at velger å prioriterer andre ting.

Informantene som deltok i forflytningsprosjektet uttrykker at de opplevde det som spennende og innholdsrikt, men de innrømmer samtidig at de ikke tar ansvar for å videreføre den kunnskapen de har til de andre ansatte på sin avdeling.

Demensarbeidslag

Informantene sier at de opplever en økning av pasienter med utpreget demens. Både sykepleierne og fagarbeiderne forteller at dette er et område der det er behov for mer kompetanse. Etter samhandlingsreformen har hjemmesykepleien fått ansvar for pasienter som har kommet lengre i sykdomsforløpet enn de har erfaring med fra tidligere. På eget initiativ har sonene iverksatt tiltak for å heve kompetansen i møte med nye pasientgrupper. Begge sonene har valgt å danne egne arbeidslag som har pasienter med demens og kognitiv svikt som hovedfokus. Dette har de valgt å kalle demenslag. Demenslaget har egne lister med en hovedtyngde av demente hvor de prøver å skape en kontinuitet og trygghet for pasientgruppen.

Vi har folk som har litt utdannelse innenfor geriatri. Så nå har vi jo dannet et slikt demensarbeidslag da. Vi har en del slike demenskontakter på sona, som går spesielle lister. For å få mest mulig kontinuitet for de demente da. Det er jo noe som vi fortsatt skal jobbe med, den er ikke helt perfekt slik som den er i dag. Men det er det vi jobber med da, for å få til.

Her forteller informanten at det er flere som er med i dette demenslaget som har utdannelse innenfor geriatri. Når hun sier at de som er med i dette arbeidslaget fungerer som

demenskontakter på enheten, forstår jeg det som at de som kontakter er en sentral figur vedrørende demens både for andre ansatte, pasienter og pårørende. For å sentralisere arbeidet mot de demente pasientene har de utformet egne lister som har som mål å skape kontinuitet for pasientene. For å oppnå dette har de faste personer som går disse demenslistene. Informantene forteller at de må være flere faste som tilhører en slik liste siden de går turnus, men at de gjør det de kan for å minske rulleringen av ansatte. En av fagarbeiderne som er med i et av demenslagene sier:

Jeg jobber veldig i mot demente, og det har gått veldig bra, men jeg skulle gjerne fått litt mer kunnskap. Det håper jeg det kan bli for, for min del også.

I dette sitatet forteller informanten at hun kunne tenkt seg mer kunnskap om demens siden dette er den pasientgruppe hun jobber mest med. Hun sier at det har gått bra så langt med den kompetansen hun har, men at hun håper på å kunne få lære mer om pasientgruppen. Dette kan forstås som at hun opplever at hun nå har nok kompetanse til å mestre arbeidsoppgavene, men at hun burde kunne mer om den pasientgruppen som hun jobber mest med.

Flere av de som er deltagende i disse arbeidslagene har videreutdanning innen geriatri, og enkelte har lang erfaring fra å jobbe med demente i praksis. Selv om de ikke har noen realkompetanse har de valgt sitt fagområde. Årsaken til at sonene har valgt å innføre egne demenslister sier de ansatte henger sammen med en økning av hjemmeværende demente. De blir lengre hjemme og sykdomsbildene er mer komplekse. På begge sonene er det hjelpepleiere som har ansvar for disse demenslagene, og er de som er primærkontakter og har ansvar for å utarbeide arbeidslistene. Det er ifølge de ansatte ikke bare demente på disse listene, men det er der tyngden ligger. Mange pasienter er svært forvirret og det er derfor viktig at det er de samme ansatte som går igjen for å trygge pasienten. De ansatte nevner at de merker at hjemmesykepleien begynne å få tildelt mer ansvar for de demente, og at det i fremtiden kanskje er aktuelt at de er mer delaktig både i utredning og behandlingsfasen.

Andre ressurspersoner

I tillegg til ressurspersoner for kreft har den ene enheten også dannet to ressursroller til, en for KOLS og en for stell av sår. Ingen av disse ble intervjuet av meg, men samtlige av informantene fra denne enheten nevnte de når det var snakk om hvilken kompetanse som var på avdelingen. Disse ressurspersonene beskriver informantene som sykepleiere med ekstra kompetanse innenfor områder mange synes er utfordrende. Informantene forteller at de to nevnte ressurspersonene ikke har videreutdanning, men har selv tatt ansvar for å heve sin kompetanse innen det området de har. Det er enheten som har valgt å innføre ressursrollene

og gitt ansvaret til de gjeldende sykepleierne. Ansatte sier det å ha ressurspersoner tilgjengelig på enheten er tryggende når det kommer til utfordrende tilfeller. Samtidig er det også noen av informantene som nevner at de opplever ressursrollene bidrar til et mer oppstykket fagmiljø.

Ressurspersonene var tenkt som en person med styrket kompetanse som andre ansatte kunne henvende seg til, men har heller utviklet seg til at de tar det meste av ansvaret for pasientene innenfor sitt fagområde. Her snakker informantene om at dette handler om et eierforhold til fagområdet. Dette har trolig ingen sammenheng med lønnsintensiver da det fungerer som et arbeidsområde, fremfor forfremming. Informantene forteller at de ønsker kompetansen var litt bedre fordelt blant de ansatte, slik at tjenesten ikke ble så sårbar om ressurspersonen ikke er på jobb. En av informantene som opplevde dette sa det på følgende måte:

Hvis plutselig en av de ansvarlige [Ressurspersonene] er syke, så blir en litt sårbar. At hvis det er avanserte sår og såransvarlig er syk så blir vi fort veldig usikre. Det skal jo være slik at alle skal ha vertfall litt basiskunnskaper. Det kunne vært litt mer undervisning, rett og slett...Internt her på sona.

I dette sitatet kommer det frem at informanten opplever at ressurspersonene tar ansvar for pasientene innenfor sitt felt. Dette mener hun har ført til at de andre ansatte får praktisert mindre og har medført at basiskompetansen blant de ansatte har sunket på området. Hun nevner også at hun opplever at de blir usikker på det faglige om ressursperson er borte, og ser behov for at kompetansen fordeles bedre mellom de ansatte på enheten.

Både sykepleiere og helsefagarbeidere fra den aktuelle sonen forteller om tilfeller der ressurssykepleier har måttet komme på jobb eller bli kontaktet utenfor arbeidstid på grunn av manglende kompetanse blant de andre ansatte. Både sykepleiere og helsefagarbeidere sier at de opplever at ressurspersonene har første rett på pasientene innenfor sitt felt, og de andre får av den grunn ikke vedlikeholdt disse faglige egenskapene ofte nok.

En annen av sykepleierne sier:

Om det er noe med sår går vi direkte til den som er såransvarlig. Når vi egentlig kanskje burde ha systematisert mer slik at alle kunne ha lært litt mer. Slik at vi alle kan ha vært litt høyere opp. I stede for at vi må gå til en person for å få noe gjort. Det er bra at det er oppdelt hovedansvar, men vi kunne vært flinkere til å hatt litt mer undervisning oss i mellom.

I dette sitatet forteller informanten at hun synes det er positivt å ha ressursroller på arbeidsplassen, men at hun synes de andre ansatte må få mer ut av den kompetansen de har.

Hun sier at mer undervisning og kompetanseoverføring kan bidra til at de slipper være så avhengig av en persons kompetanse.

Det er ønske blant de ansatte om at ressurspersonene kunne delt litt mer av kunnskapen sin med de andre ansatte, slik at de slipper å være så avhengig av en person. Det oppleves som ressurspersonene har ett eierforhold til sitt fagområde og verner om sin kompetanse. Det er blitt en uvane blant de ansatte at de gir bort de mer utfordrende tilfellene til ressurspersonen, fremfor at ressurspersonen lærer de andre hvordan en skal utføre de mer utfordrende prosedyrene.

De ansatte uttrykker at de savner at kompetanseoverføring seg imellom blir satt mer i system. Det forekommer uorganisert kompetanseoverføring, men dette er noe som hovedsakelig oppstår når en person søker kunnskap om et tema og oppsøker en person med mer kompetanse på området. Det har vært snakk om at ressurspersonene skal holde internundervisning for de andre ansatte, men dette er ikke noe som er strukturert.

Det som flere ansatte uttrykker som positivt i forbindelse med å ha ressurspersoner på arbeidsplassen er at de er flinke til å utarbeide prosedyrer for gjennomføring av behandling. Informantene sier de opplever det som positivt å ha personer med ekstra kompetanse på et område.

5.0 Diskusjon

I dette avsluttende kapittelet vil jeg starte med å oppsummere studiens hovedfunn. I påfølgende kapitler skal jeg diskutere disse funn opp mot teori og forskning. Deretter kommer en del om metodediskusjon, og til sist noen ord om implikasjoner for praksis og videre forskning.

5.1 Oppsummering av hovedfunn

Resultatene viser at informantene opplever at mange av pasientene som utskrives til hjemmet er i en sykdomstilstand som har behov for mer spesialisert kompetanse enn det hjemmesykepleien kan tilby. De opplever som følger av dette at tilbudet de klarer å gi blir utilstrekkelig, og pasienter blir reinlagt kort tid etter utskrivelse.

Informantene hevder at det er utfordrende å stole på egne avgjørelser når pasienters sykdomstilstand forverrer seg. Samtlige opplever at det har blitt mer uklart når pasienter skal legges inn og når de skal forbli hjemme.

Sykepleierne med ressursroller og fagarbeiderne med etterutdanning viser klare ambisjoner for egen kompetanse, og er søkende etter kompetanseberikende situasjoner. Sykepleierne uten ressursområde og fagarbeidere uten etterutdanning har heller et fokus på å komme i rute med arbeidsoppgaver forbundet med primærpasienter eller andre plikter.

Fagarbeiderne som har etterutdanning og samtlige av sykepleierne har kunnskap om hvor en kan få eller finne tilbud om kurs. De har oversikt over hvordan de melder seg på, hvem de må snakke med for å få tillatelse, muligheter for avsatt tid og økonomisk dekning. Flere nevner at det ikke er noe problem å få avsatt tid en halv dag for å lese seg opp om det er noe en er usikker på. Denne ansattgruppen viser ingen bekymring for hvordan kursing kan påvirke enheten med tanke på økonomi eller arbeidsmengde. Dette er kontrast til de andre fagarbeidernes bekymring.

Fagarbeiderne uten etterutdanning problematiserer deltagelse på kurs med bemanning, redsel for at kollega må kompensere for at de er på kurs, og hvordan det vil påvirke enheten økonomisk. De setter det kollektive foran egen lære, og fremstiller kurs som nærmest urealistisk å delta på uten at det skal påvirke noen andre negativt. Jeg tror ikke at det er så enkelt at manglende kunnskap om kurs handler om profesjon, men heller at tidspresset på fagarbeiderne skaper manglende rom for å utvikle faglige ambisjoner.

Begge enhetene har som mål at de som deltar på kurs viderefremidler det de har lært til de andre ansatte på enheten. Deltagerne har selv ansvar for å viderefremidle det de har lært, og de ansatte innrømmer at de ikke prioriterer dette i en travel arbeidsdag.

Enhetene av hjemmesykepleie viser evnen til å lære av hverandre. Sone B utarbeidet konseptet demensarbeidslag. Dette ble innført på Sone A etter Sone B viste til positive erfaringer fra arbeidslaget.

Både sykepleierne og fagarbeiderne i studien hevder at deres hovedkilde til ny kunnskap er gjennom uformell læring på arbeidsplassen.

Sykepleierne med ressursrolle viser eierforhold til pasientene innenfor sitt fagområde. De viser interesse for å lære, men deler lite av sin kompetanse. De andre ansatte opplever at ressursrollene overkompenserer i den grad at det går utover de andre ansattes basiskompetanse innen fagområdet.

Sykepleierne forteller at som følger av at de er få i faggruppen, gjør de seg tilgjengelig utenfor arbeidstid. Er kollega usikker, har de en forståelse om at det er greit å ringe selv om den med mer kompetanse ikke er på vakt. De beskriver tilfeller der kollega må komme på jobb utenfor arbeidstid for å bistå en sykepleier på vakt som er usikker.

Informantene hadde generelt lite kunnskap om samhandlingsreformen. Når jeg fortalte kort hva reformen handlet om hadde samtlige mye å si om temaet, men få kunne uttale seg kun ved reformnavnet. Ledelsen hadde ifølge informantene ikke gjort noe for at de ansatte skulle lære om reformen.

5.2 Diskusjon av funn og teori

De nye oppgavene til hjemmesykepleien skaper behov for både generell og spesialisert kompetanse for å kunne ivareta alle pasientgruppene. Enhetene har ressursykepleiere innenfor ulike fagområder, samtidig som flere ansatte deltar i prosjekter som knytter de til spesifikke fagområder. Informantene sine læringsformer består hovedsakelig av uformell læring mellom kollega, kompetanseoverføring fra sykehus og ulike kurstilbud. Strukturert internundervisning er noe de ansatte hevder forekommer lite, men det forekommer en del uformell internundervisning i praksis.

Når pasientene skal skrives ut tidligere i behandlingsforløpet skal hjemmesykepleien tilby tilstrekkelig behandling og tilbud i hjemmet (St.meld.47, 2008-2009). Resultatene viser at informantene opplever at de ikke strekker til, og hevder at pasientene blir utskrevet for tidlig i forløpet. De ansatte fra hjemmesykepleien opplever pasientene som for marginale, og hevder

de ikke har nok ressurser og kompetanse for å unngå reinnleggelser. Dette er noe som samsvarer med det som er kommet frem i tidligere studier (Gautun og Bratt, 2013; Gaute og Syse, 2013; Tønnesen, 2014). Selv om informantene i denne studien hevder at de ikke kan tilby tilstrekkelig behandling, mener de dette har sammenheng med at sykehuset skriver ut pasienter tidligere enn de skal. Flere mente blant annet at sykehuset ikke tenker seg om før de skriver ut pasienten til hjemmet. I følge Kassah, Tønnesen og Tingvoll (2014) er det heller at kompetansenivået i kommunene er for lavt for å tilfredsstille det nye behovet. Paulsen og Grismo (2008) mener derimot at årsaken kan være at sykehuset ikke har forståelse for hvordan pasienten vil fungere i hjemmet før utskrivelse. Tidligere forskning viser at hjemmesykepleiens tilbud kan bli svekket grunnet svakheter i pasientoverføring (Paulsen og Grismo, 2008; Grismo, 2013; Røstad et.al., 2013; Pedersen og Tingvoll, 2014). Informantene i denne studien sier de opplever dårlig pasientoverføring med manglende informasjon og forberedelse, men uansett hevder de at de møter situasjoner som de ikke har erfaringer med fra tidligere. Dette får meg til å tro at hovedproblemet ligger hos hjemmesykepleiens kompetanse. Jeg ønsker likevel ikke å ignorere at resten er faktorer som vil ha en innvirkning.

Den andre hovedutfordringen som informantene nevner handler om å ta avgjørelser vedrørende forverring i en pasients sykdomstilstand. Dette er noe som har kommet i forbindelse med de marginale pasientene, eller de mer komplekse pasientgruppene. Hovedårsaken til usikkerheten handler om lite erfaring med pasienter som har den grad av dårlig allmenntilstand. Dette gjør at de mangler forståelse for når de skal handle, hvordan de skal handle og hvem som eventuelt bør kontaktes. Tidligere forskning viser til tilsvarende funn om usikkerhet til å ta avgjørelser (Grimsmo, 2013; Røstad et.al., 2013; Pedersen og Tingvoll, 2014). Ansatte hevder dette handler om en manglende felles forståelse av hvordan de skal vurdere en situasjon. Her menes en felles forståelse både innad i tjenesten og med eksterne aktører. Norheim og Thoresen (2015) hevder at de ulike faggruppene mangler en felles forståelse av målsetninger og utfordringer i møte med pasienten. Orvik (2004) mener dette har en sammenheng med manglende organisatorisk kompetanse blant de ansatte. Organisatorisk kompetanse er blant annet viktig for kjenne sin rolle i en organisasjon og utøvelse av samhandling. Den omhandler også evnen til å være kritisk og reflektert for å finne løsninger innenfor knappe ressurser, som å kunne ta gode valg selv under tidspress (Orvik, 2004). Denne formen for kompetanse er viktig for at de ansatte skal mestre å ta avgjørelser i en travel hverdag. Den er også essensiell for at å forstå hva som trengs av kompetanse for å

løse en oppgave, og hvem som har denne kompetansen. Samhandlingsreformen (2008-2009) spesifiserer at det er nødvendig å sette beslutninger i system etter reformen. I følge Tønnesen (2014) har spesialisthelsetjenesten innført prioriteringsveiledere som reaksjon til dette, og hevder hjemmesykepleien ikke har innført noen tilsvarende tiltak. Dette stemmer med det som kommer frem i denne studien, samtidig som det viser utryggheten de ansatte opplever grunnet manglende klarhet rundt dette.

Informantene snakker også om å ta avgjørelser alene, og utryggheten dette skaper når de er usikker på egen kompetanse. Flere studier har funnet denne sammenhengen tidligere (Grimsmo, 2013, Røsstad et al., 2013; Pedersen og Tingvoll, 2014). Røsstad et al. (2013) hevder at ansatte i kommunen er mer faglig ensom enn i spesialisthelsetjenesten. Dette er forståelig når Smeby (2013) understreker viktigheten av å skape rom for kollegial diskusjon når en står overfor en avgjørelse. Resultatene viste at informantene i de fleste tilfeller var alene i sin avgjørelse, uten mulighet for diskusjon med kollega. Flere fortalte at de handlet intuitivt uten å være sikker i sin avgjørelse. Kahneman (2011) hevder det er lett å handle intuitivt i slike situasjoner, fordi det er raskt og effektivt. Samtidig sier han at en må kunne gjenkjenne signaler for å unngå feil. Dette vil være et problem så lenge de ansatte ikke vet hvilke signaler de skal se etter.

Fagarbeiderne med etterutdanning og samtlige av sykepleierne har kunnskap om hvor en kan få eller finne tilbud om kurs. De har oversikt over hvordan de melder seg på, hvem de må snakke med for å få tillatelse, muligheter for avsatt tid og økonomisk dekning. Flere nevner at det ikke er noe problem å få avsatt tid en halv dag for å lese seg opp om det er noe en er usikker på. Det er imidlertid ingen som hevder at de har benyttet seg av denne muligheten.

Denne ansattgruppen viser ingen bekymring for hvordan kursing kan påvirke enheten med tanke på økonomi eller arbeidsmengde. Dette er kontrast til de andre fagarbeidernes bekymring. Forskning fra sykehjem viser at ansatte med liten tilgang til datamaskiner og lave datakunnskaper hadde negativ holdning til å innhente kunnskap fra litteratur eller internett (Brenden et al., 2011). Samtlige av informantene i denne studien hevdet at de fikk informasjon om kurs gjennom epost og internett.

På medisinerrommet beskriver flere av sykepleierne at det dukker opp tidslommer de kan fylle selv. De har tilgang på datamaskiner og faglitteratur, og har mulighet til å ta initiativ for å lese seg opp eller lete etter interessante kurs. Det virker å være en sammenheng mellom det å ha

arbeidsoppgaver utenom arbeidslistene, og kunnskap om kompetansehevende tilbud. De alternative arbeidsoppgavene er mindre påvirket av tidspress enn arbeidslister.

De fagarbeiderne som har etterutdanning viser kunnskap om kompetanseheving, men er også deltagende i prosjekter der de har fått avsatt innetid og benytter datamaskin. De har en tilhørighet som gir de mulighet og tidsrom for ta ansvar for egen kompetanse på lik linje med sykepleierne som sitter inne på medisinerrommet. Når tidspress ikke er et problem er det mer rom for å tenke på kompetanseutvikling (Pedersen og Tingvoll, 2013). Det kan derfor handle om at alternative arbeidsoppgaver som gir mindre tidspress og tilgang på teknologi bidrar til å lettere se muligheter for å gjøre andre ting enn de klassiske oppdragene.

Fagarbeiderne uten etterutdanning problematiserer deltagelse på kurs med bemanning, redsel for at kollega må kompensere for at de er på kurs, og hvordan det vil påvirke enheten økonomisk. De setter det kollektive foran egen lære, og fremstiller kurs som nærmest urealistisk å delta på uten at det vil påvirke noen andre negativt. Jeg tror ikke at det er så enkelt at manglende kunnskap om kurs handler om profesjon, men heller at tidspresset på fagarbeiderne skaper manglende rom for å utvikle faglige ambisjoner. Det virker som tidspresset i tjenesten blir en bremsende faktor spesielt for fagarbeiderne. Det er vanskelig å komme i rute med arbeidsoppgaver, og er det mer tid tilgjengelig vil de bruke denne for å komme i rute eller hjelpe andre med tilsvarende. I følge Pedersen og Tingvoll (2013) vil det i en travel hverdag være utfordrende å finne overskudd til å tenke på hvordan en skal utvikle kompetansen. Forskning fra sykehjem hevder dette handler om at arbeidsplassen mangler strategier for å ivareta ansattes kompetansebehov (Brenden et al., 2011; Pedersen og Tingvoll, 2013). I følge Døvingen et al. (2006) og Brenden et al. (2011) og er det leders ansvar at arbeidsdagen er tilrettelagt slik at faglig utvikling er tilgjengelig for så mange ansatte som mulig. Norheim og Thoresen (2015) hevder at det er nødvendig å heve kompetansen i alle ledd for at den kollektive kompetansen i hjemmesykepleien skal møte samhandlingsreformens kompetansekrav. Slik det kommer frem i denne studien, virker det til at ledelsen har lagt lite til rette for at fagarbeiderne kan ta ansvar for egen kompetanseutvikling.

Resultatene viser til at det er lite struktur i organisasjonen for kompetanseutvikling og læring. De ansatte hevder at sin hovedkilde til kompetanseutvikling er gjennom uformell kollegial læring på arbeidsplassen. Dette omfatter både fagarbeidere og sykepleiere. Når det oppstår situasjoner hvor de ansatte er usikker på sin kompetanse, henvender de seg til kollega for hjelp. De lærer av hverandre gjennom praksis, diskusjon, uformell internundervisning og demonstrering på arbeidsplassen. Dette samsvarer med tidligere forskning om

kompetanseutvikling i sykehjem (Brenden et al., 2011; Pedersen og Tingvoll, 2014). I følge Gottschalk (2003) avhenger denne typen uformell læring av at den enkelte ansatt har vilje og holdninger til å dele sin kunnskap med kollegaer. Dette er en kritisk faktor for å spredning av kunnskap på arbeidsplassen (Gottschalk, 2003). At uformell læring praktiseres mye mellom kollegaer viser til en arbeidsplass der de ansatte opplever trygghet og tillitt (Lai, 2013). Det viser også at praksisfelleskapet har evnen til å spre kunnskap som allerede finnes i organisasjonen (Gottschalk, 2003; Lai, 2013). Jeg forstår det slik at ansatte i hjemmesykepleien, i likhet med sykehjem, opplever å være i et arbeidsmiljø som er åpent og trygt for å lære av hverandre. Selv om sykehjem og hjemmesykepleien deler mange utfordringer, opplever jeg det som en vesentlig forskjell at hjemmesykepleien i tillegg har de geografiske barrierene. Dette gjør at det ikke er like lett for de ansatte i hjemmesykepleien å koordinere for uformell læring i pasientsituasjon, som i sykehjem. Informantene i denne studien viser at de legger større vekt på uformell læring utenfor pasientsituasjon, som skiller seg fra forskningen i sykehjem. Moxnes (1981), Brenden et al. (2011) og Lai (2013) hevder at uformell læring som hovedform tilegnes gjennom deltagelse i situasjoner og utfordringer. Det legges lite til rette for at de ansatte kan lære gjennom å delta i situasjoner sammen med kollega. Tidligere forskning viser at medmenneskelig yrkesutøvelse handler om å forstå, tilpasse seg og handle relasjonsavhengig (Abbott, 1988; Collins, 2010; Tveiten, 2008). Faglig skjønn og det å sette ord på hvorfor en handler slik en gjør er viktig for å forstå faglige handlinger og sette ord på kunnskapen (Abbott, 1988; Collins, 2010; Tveiten, 2008; Smeby, 2013). Slik forstår jeg at uformell læring i hjemmesykepleien må være knyttet til pasientsituasjoner for at den skal være tilstrekkelig. Resultatene viser at det forekommer, men det er begrenset, og praktiseres mest blant sykepleiere knyttet til spesifikke medisinske prosedyrer.

Sykepleierne som er tilknyttet ressursroller og fagarbeiderne med etterutdanning viser klare ambisjoner for egen kompetanse, og er søkende etter kompetanseberikende situasjoner. Denne informantgruppen gjør seg tanker om hvilken kompetanse de selv ønsker mer av, og hvilke kompetanseutviklende tiltak som kunne vært aktuelle for å tilegne seg den kompetansen de trenger. Ressurssykepleierne viser også at de gjør seg tanker om det kollektive behovet for kompetanse på enheten. I følge Lai (2011) har indre motivasjon og lojalitet til organisasjonen en sammenheng med hvilken grad de ansatte opplever å få brukt sin kompetanse. Dette forstår jeg som at ressurssykepleierne opplever å få brukt sin kompetanse med å ha en rolle som

krever ekstra kompetanse. Fagarbeiderne med etterutdanning har ikke ressursroller, men er tilknyttet prosjekter og arbeidslag innenfor områder de interesserer seg for.

Informantene gir inntrykk av at de og andre har eierforhold til sin kompetanse. Lai (2013) sier at intern læring på arbeidsplassen har uvurderlig verdi, men sier også at det viktig å tilrettelegge for deling og erfaringsutveksling fremfor skjuling av kompetanse (s.13). Flere beskriver at de opplever eierforhold til pasientgruppen som tilhører deres fagområde, og at de har en større rett til å dra til følgende pasientgruppe enn andre. Dette er noe som særlig kommer frem i samtale med de som er ressurspersoner, eller har en annen form for faglig tilhørighet til et fagområde. I følge Gagne og Deci (2005) vil ansatte som har godt tilpassede arbeidsoppgaver og ett støttende og inkluderende arbeidsmiljø kunne oppleve en høy grad av tilhørighet på arbeidsplassen. Lai (2011) hever at det er en klar sammenheng mellom tilhørighet og ansatte som i høy grad opplever at de får benyttet sin kompetanse. Når ansatte opplever tilhørighet knyttet opp mot muligheten til å bruke sin kompetanse har det en motiverende effekt. Dette viser at det å ha tilhørighet til sin kompetanse bidrar til indre motivasjon (Gagne og Deci, 2005; Lai, 2011). Med dette forstår jeg at de ansatte som har ressursroller eller andre roller opplever en fagtilhørighet der de opplever å få benytte sin kompetanse. Dette bidrar til indre motivasjon, noe som forklarer hvorfor denne informantgruppen har større interesse for kompetanseutvikling. Samtidig skaper det en større forståelse for hvorfor de har ett eierforhold til pasientgruppene innenfor sitt fagfelt. Slik Gagne og Deci (2005) og Lai (2011) beskriver opplevelsen av tilhørighet undrer jeg om de ansatte skjerner om sin kompetanse for å beskytte sin rolle.

Denne rollen som flere av sykepleierne har gått inn i betegnes som en ressursrolle. Min forståelse av ressurs som begrep er en hjulpekilde eller et hjelpemiddel, som i denne settingen kan benyttes for de ansatte ved manglende kompetanse. Det er likevel ingen av informantene som gir uttrykk for at ressurspersonene benyttes som en faktisk ressurs, men heller at de er fungerende spesialister som tar over når andres kompetanse ikke strekker til. Ut i fra kompetanseteori forstår jeg dette som at ressurspersonene har utviklet spisskompetanse, noe som er nødvendig når vanskelighetsgraden i en oppgave kommer over et visst nivå (Lai, 2013). De vil alltid være mer effektiv i oppgaver på sitt felt, grunnet evnen til å tilegne seg informasjon og løse problemer raskere enn mer uerfarne ansatte (Feltovich et al., 2006; Smeby, 2013). I en tjeneste hvor tidspress er et problem, forstår jeg at de prioriterer for å spare tid. Samtidig virker det som de med spisskompetanse overkompenserer, slik at informantene ikke får opprettholdt basiskompetansen innenfor de aktuelle fagområdene.

Resultatene viser at tjenesten blir sårbar når spisskompetansen ikke er til stede. Dette kommer spesielt tydelig frem når flere informanter gir uttrykk for at det er mangel på grunnleggende kompetanse på de områdene det er ressurspersoner. Selv noen av sykepleierne som er ressursperson innen et område, opplever at det faglige miljøet blir fragmentert av dette, fordi det blir lagt for mye ansvar på den enkelte person. Informantene har tidligere nevnt at hjemmesykepleien trenger mer spesialisert kompetanse for å holde de sykeste hjemme. Slik kan en forstå at de som fungerer som spesialister trengs for å møte samhandlingsreformens krav, men at utfordringen er at de overkompenserer slik at de andre opplever manglende basiskompetanse. Feltoovich et al. (2006) hevder at denne typen kunnskap skal kunne overføres direkte til ikke-eksperter i begrenset grad. Dette betyr at det fortsatt kan omstruktureres slik at ressursrollene kan utnyttes bedre, samtidig som basiskompetansen til de andre ansatte kan vedlikeholdes og kanskje heves. Imidlertid avhenger dette av at ressursrollene deler mer av sin kompetanse med resten av arbeidsplassen.

Informantene opplever mangelfull spredning av ny kunnskap. I teorien skal de videreføre kunnskap til sine kollegaer i etterkant av kurs, men dette praktiseres lite. De har ingen avklarte rutiner eller prosedyrer for dette, og det blir derfor den enkeltes ansvar å viderefordre budskapet. Samme problemet er kjent fra tidligere forskning i sykehjem (Brenden et al., 2011). Når budskapet ikke viderefordles blir kursdeltagelse av mindre verdi for enheten, og det er kun den enkelte som får til gode for deltagelsen (Brenden et al., 2011).

I følge Gottschalk (2003) er det mer utfordrende å spre ny kunnskap, fremfor kunnskap som allerede er i organisasjonen. Det er derfor behov for å vektlegge sosialiseringprosesser i praksisfelleskapet for å starte spredningen kort tid etter kurs (Gottschalk, 2003). Slik jeg ser det kan dette med mangelfull spredning av ny kunnskap ha to forskjellige årsaker. På den ene siden kan det som Gottschalk (2003) sier spores tilbake til manglende sosialiseringprosesser på arbeidsplassen. Det kan også tolkes som at de velger å skjule sin kompetanse (Lai, 2013), eller som Collins (2010) beskriver, at de velger å holde kunnskap taus. Jeg velger å tro at begge årsakene kan være aktuelle. Som tidligere nevnt kan det også her være at enkelte verner om sin kompetanse, men hovedsakelig tror jeg problemet kan omhandle manglende sosialiseringprosesser. Dette tror jeg på bakgrunn av at det er vanskelig for de ansatte å følge opp dette når det blir et individuelt ansvar med manglende system og oppfølging. I en travel hverdag er det lett å nedprioritere dette.

Resultatene viser likevel at det er områder der spredning av ny kunnskap fungerer godt. Dette vises i behandlingen av hjemmeboende pasienter innen kreftomsorg og palliativ behandling. Det er et felt der det kommer tydelig frem et godt samarbeid både eksternt og internt. Her skjer det en kompetanseoverføring fra sykehusavdelingen og over til hjemmesykepleien, gjennom at hjemmesykepleien drar på sykehusavdelingen for opplæring før pasientens hjemkomst. Når denne kompetansen er overført til noen av de ansatte på enheten, har de system på hvordan de skal spre dette videre til sine kollegaer. Dette gjør at det blir kort tid mellom opplæring og praktisering, og bidrar med å vedlikeholde det de har lært. Det er også kun sykepleiere som har behov for denne kompetansen, og det blir av den grunn en mindre gruppe kompetansen skal spres innad. Det virker samtidig som alle aktørene har en felles interesse for at den som skal behandle pasienten skal være trygg på sin kompetanse. Informantene opplever en kontinuerlig kommunikasjon med avdelingen på sykehuset, og blir møtt med respekt når de ringer. Dette vises med at informantene sier de alltid kan ringe avdelingen uansett spørsmål, og virker å være tryggende å vite når de skal inn til pasienten. Det er en selvfølge at denne kategorien av pasienter fortjener at helsepersonell rundt seg utøver god samhandling, men det er samtidig urovekkende at en pasient må være terminal for å oppleve samhandling på sitt beste. I følge Lai (2013) har hjemmesykepleien med denne fremgangsmåten oppnådd både utvikling og mobilisering av kompetanse. Gjennom opplæring på sykehuset og overføring seg imellom i hjemmesykepleien har de mestret en skreddersydd kompetanseutvikling som er tilpasset situasjon og organisasjon. Siden dette gjennomføres i forbindelse med utskrivning av den aktuelle pasienten, får de ansatte også mobilisert kompetansen da den raskt tas i bruk etter opplæring. I følge Lai (2013) gjør dette at det blir verdifull kompetanse for organisasjonen. Det jeg finner interessant er at alle sykepleierne fortalte i intervjuene at de opplevde kreftpasienter som en ny og utfordrende pasientgruppe de ikke hadde erfaring med fra før reformen. Likevel er dette den eneste pasientgruppen som viser til fungerende overføring, utvikling, mobilisering og spredning av kompetanse. Trolig kan denne prosessen overføres til andre fagområder i hjemmesykepleien.

Informantene hevder at deres primærtilbud til kurs er gjennom aktører som selger sykepleieartikler. Dette fungerer som kortere innspill på arbeidsplassen om prosedyrer og utstyr innenfor generell sykepleie. Informantene forteller at dette blant annet kan være omhandlende stomistell, sårstell, diabetes og linning. Målet for hjemmesykepleien bør være at de ansatte opplever å være kompetent i sine arbeidsoppgaver. Det å være kompetent handler om å ha rett kompetanse til det som kreves for å utføre dagens og fremtidens oppgaver (Lai,

2013). Kursene de ansatte får tilbud om bidrar til å vedlikeholde deres kompetanse. Det er samtidig kompetanse som raskt kan mobiliseres, da dette er oppgaver de ansatte utfører ofte (Lai, 2013). Disse kursene har pågått like hyppig etter reformen som før den ble innført. Kurs fra disse aktørene forstår jeg som ett lett tilgjengelig tiltak for leder, samtidig som det er kostnadsfritt for enheten. Informantene hevder det er små informative innspill som er nyttig i arbeidsdagen, men det er på ingen måte rettet mot de nye oppgavene de har fått i etterkant av reformen.

5.3 Metodediskusjon

Resultatene i studien baserer seg på erfaringer fra ansatte ved to enheter i samme kommune. Utvalget kan derfor ikke fremstilles som representativt for alle enheter av hjemmesykepleie og kommuner i Norge. Likevel viser utvalget av informantene i denne studien en variasjon i alder, erfaring og kompetanse. Det er også samlet erfaringer fra ansatte både ved fagbrev- og høgskolenivå, noe som er spennende når mye tidligere forskning har fokusert kun på sykepleierens perspektiv. Av den grunn håper jeg informantene sine erfaringer blir diskutert opp mot erfaringer fra andre enheter av hjemmesykepleie.

Studien gjenspeiler kun erfaringer fra et ansatt perspektiv. Det er derfor uklart om hvorvidt pasient eller pårørende erfarer kompetansen til hjemmesykepleien i forhold til de ansattes opplevelser.

Lederne hevdet at de hadde som formål i rekrutteringen og skape et utvalg av informanter som reflekterte de ulike ansattgruppene som arbeidet på enheten. Dette gjør at informantene på ingen måte ble tilfeldig utvalgt. Blant informantene var det fagleder, driftskoordinator, ressursykepleiere, forflytningsveiledere, deltagere i demensarbeidslag, ansatte med videre- og etterutdanning, noen med 30 års erfaring og andre ned i 3 års erfaring. Det virket tydelig for meg at leder aktivt prøvde ulikheter i informantutvalget.

Det kan diskuteres hvordan rekrutteringsprosessen av informanter vil kunne påvirke studiens funn. Alle informantene hevdet at de møtte til intervju av eget ønske, men samtidig fortalte flere at de ikke hadde deltatt om de var foruten oppfordring fra leder. Enkelte som møtte til intervju innrømmet at de ikke hadde kunnskap om studiens formål eller tema. De fleste hadde lite kjennskap til samhandlingsreformen. Dette får meg til å tro at leder i liten grad prøvde å kontrollere studiens resultat til sin favør.

Under gjennomføring av intervjuene var det enkelte spørsmål i intervjuguiden informantene uttrykte de hadde vansker med å forstå. De hadde behov for tilleggsinformasjon for å kunne

svare til spørsmålet. Dette var spesielt vedrørende ansatte sitt forhold til samhandlingsreformen. Her trengte de fleste en kort forklaring av reformens formål før de kunne svare på spørsmålet. I etterkant av intervjuene ser jeg at flere testintervju for å tilpasse intervjuguide kunne styrket intervjuene, og bidratt med å forebygge situasjoner der informantene følte seg usikker.

5.4 Implikasjoner for praksis

Studien viser at det er grunn til å kartlegge kompetansebehovet blant de ansatte, og utarbeide en felles forståelse for læringsmål på individ og organisasjonsnivå, slik at de ansatte kan få skreddersydd kompetanseutvikling opp mot det reelle praksisbehov. Dette handler ikke bare om pasientperspektivet. Like viktig er dette for de ansatte, slik at de kan oppleve å være faglig trygg i utførelsen av sine arbeidsoppgaver. Jeg forstår det slik at mange av kursene som holdes på enheten ligger på et relativt lavt kompetansenivå. For at det de ansatte lærer skal bli mer verdifull for enheten, kunne en løsning være å heve kursnivået og heller satse på å dekke det generelle gjennom uformell internundervisning. Dette forutsetter at det blir tilrettelagt for kollegial læring også i pasientsituasjon.

Basert på studiens funn ser jeg behov for at hjemmesykepleien utarbeider et system som kan systematisere utviklingen av de ansattes kompetanse. Dette innebærer også videreføring eller spredning av ny kunnskap etter ansatte har vært på kurs eller deltatt i prosjekter. En annen ting er å definere formelle læringsmål i etterkant av kurs. Det er behov for at ledelsen i større grad tar ansvar for de ansattes kompetanseutvikling. Så lenge tjenesten har den grad av tidspress som er vist frem til nå, er det mye å forvente at den enkelte ansatt skal ta ansvar for å tilrettelegge for egen kompetanseutvikling. Det er derimot ikke for mye å forvente at enheten tar ansvar for å legge til rette for den enkelte ansatt sin kompetanseutvikling.

5.5 Videre forskning

Studien bidrar til å underbygge behovet for mer forskning innen hjemmesykepleien som fagfelt. Mye tyder på at det er behov for en grundigere kartlegging av det faktiske kompetansebehovet blant de ulike faggruppene.

Jeg vil også fremme at det vil være nødvendig å utarbeide kompetanseutviklende strategier som kan bedre forutsetningene også for fagarbeiderne. Studiens funn har vist at tilhørighet til et fagområde bidrar til motivasjon som gir gode forutsetninger for læring. Det er imidlertid viktig å finne en løsning som gjør at de ansatte kan oppleve tilhørighet uten behov for å verne om sin kompetanse.

Enhetene i denne studien har vist at de har evnen til å lære av hverandre ettersom den ene enheten har adaptert et konsept av den andre med gode resultater. En studie med større utvalg av enheter og informanter vil kunne skape en oversikt over fungerende tiltak andre enheter av hjemmesykepleie kan lære av.

Jeg har diskutert fordeler og ulemper med at enhetslederne var delaktig i rekrutteringsprosessen. Uavhengig av leders eventuelle påvirkning uttrykte informantene at det var mer interessant å delta når de kunne intervjues i arbeidstid og på egen arbeidsplass. Det viser at det ved senere forskning kan være fordeler ved å forankre undersøkelser på et høyt nivå i organisasjonen.

Det vil samtidig være en fordel å gjennomføre et større antall testintervjuer i forkant av den faktiske intervjugjennomføring. I mitt tilfelle hadde de ansatte ett markant lavere nivå av terminologi enn det som var forventet. Noe som førte til situasjoner der informantene følte seg ubekvem grunnet manglende bekjentskap til begreper.

6.0 Konklusjon

Når det gjelder utskrivning av pasienter tidligere i behandlingsforløpet, viser studiens resultater at de ansatte selv opplever at de ikke har tilstrekkelig med kompetanse. Faglig ensomhet fører til tilfeller der de ansatte handler intuitivt uten å stole på egen kompetanse. Om det ikke skal være rom for kollegial diskusjon, er det desto større behov for å sette beslutninger i system.

Kunnskapen de ansatte har om kursmuligheter viser seg å være ujevn. Sykepleierne og de fagarbeiderne med etterutdanning er godt opplyst om hvordan en skal gå frem for å muliggjøre kursdeltagelse og andre kompetanseberikende situasjoner. De resterende fagarbeiderne viser derimot liten kunnskap om dette, og har trolig en sammenheng med manglende tilgang på datamaskin og datakunnskaper. Ledelsen overlater mye av ansvaret for kompetanseutvikling til den enkelte ansatt. Dette gjør at det er ulike forutsetninger for å utvikle ambisjoner for egen kompetanse. Ansatte med opplevelse av tilhørighet til et fagområde viser en indre motivasjon som fremmer ambisjoner for egen kompetanse. Samtidig som fagarbeiderne problematiserer kursdeltagelse i redsel for å være en belastning for enheten.

Ressurspersonene verner om sin kompetanse for å beskytte sin tilhørighet, og fungerer heller som spesialister fremfor å være en ressurs for de andre ansatte. Det er nødvendig at dette omstruktureres for å unngå at tjenesten blir sårbar når ressursperson ikke er på vakt. Slik at de andre ansatte ikke blir så avhengig av den enkelte ressursperson sin kompetanse.

Uformell kollegial læring på arbeidsplassen er både sykepleierne og fagarbeiderne sin primærkilde til ny kompetanse. Likevel fremstår den uformelle læringen som noe utilstrekkelig da geografiske avstander gjør læring i pasientsituasjoner mer utilgjengelig. Det viser imidlertid at de ansatte opplever ett trygt og tillitsfullt praksisfelleskap som mestrer å dele kunnskap som allerede finnes i organisasjonen. Dette viser et potensial som leder og organisasjonen kan utnytte bedre.

Spredning av ny kunnskap er noe som er ønskelig, men praktiseres lite. Dette virker å handle om manglende struktur og oppfølging. Det er derimot et område der de ansatte opplever at dette fungerer godt, innen kreftomsorg og palliativ behandling. Her samarbeides det godt eksternt og internt, og det er et fungerende system som vellykket overfører, utvikler, mobiliserer og sprer kompetanse. Det kommer frem en sterk felles interesse for pasientens beste, og sykehuset er delaktig i oppfølgingen av de ansattes i hjemmesykepleien sin kompetanse. Dette er trolig et system som kan læres av og overføres til andre fagområder.

Studiens funn viser et behov for at kompetanseutvikling i større grad settes i system. Dette innebærer blant annet en grundig kartlegging av ansattes kompetansebehov for å utvikle strategier som gjør kompetanseutvikling tilgjengelig for alle.

Litteratur

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions. An Essay on the Divisions of Expert Labor*. Chicago: The university of Chicago Press
- Alsvåg, H. og Gjengedal, E. (2000) *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget
- Andersen, G. R. og Westgaard, R. H. (2013) *Understanding significant processes during work environment interventions to alleviate time pressure and associate sick leave of homecare workers – a case study*. *BMC Health Services Research*, 477 (13)
- Arbeidstilsynet (2006) *Rett hjem – kampanje i hjemmetjenesten. Rapport fra perioden 2002-2004*.
- Arbeidstilsynet (2008) *Hjemmetjenesten – døgnåpen, tidløs og slitesterk. Tanker og tall etter fem år med Rett hjem*. Trondheim: Arbeidstilsynet. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=97811> (Hentet: 9.september 2014)
- Argyris, C. og Schön, D.A. (1983) *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading: MA, Addison – Wesley Publishing
- Birkeland, A. og Kristoffersen, K. (2004) *Opplevelse av behov for hjelp hos psykiatriske pasienter som bor i egen bolig*. *Vård i Norden*, 24 (4), s. 15-19
- Birkeland, A., Bakkevold, S. og Hausken, E. (2012) *En kartlegging av rehabilitering i Karmøy kommune og Helse Fonna*. Tilgjengelig fra: www.helsetorgmodellen.no (Hentet: 09.juli 2015)
- Birkeland, A. (2013) *Eldre, Ensomhet og hjemmesykepleie*. *Sykepleie Forskning*, 2, s.166-122
- Birkeland, A. og Flovik, A. M. (2014) *Sykepleie i hjemmet*. 2.utg. Oslo: Capelen Damm Akademisk
- Blåka, G. og Filstad, C. (2007) *Læring i organisasjoner*. Oslo: Cappelen
- Brenden et al. (2011) *Kompetanseutvikling i sykehjem – Ansattes perspektiv*. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1
- Collins, H. (2010) *Tacit and Explicit knowledge*. Chicago: University of Chicago Press
- Dale, E.L. (2008) *Pedagogikk og samfunnsforandring. Om betingelsene for en frigjørende pedagogikk*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Døvigen, E., Ure, O.B., Tobiassen, A. & Hertzberg, D. (2006) *Kompetanseutviklingsprogrammet 2000-2006. Sluttevaluering*. SNF-rapport nr. 32/2006, Fafo-rapport 551.
- Etzioni, A. (1969) *The Semi-professions and Their Organisations*. New York: Free press
- Feltovich, P. J., Prietula, M. J., & Ericsson, K. A. (2006). *Studies of Expertise from Psychological Perspectives*. I: K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich & R. R. Hoffman (red.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance* (s. 41- 67). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fjørtoft, A. (2012) *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. 2utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gagne, M. og Deci, E.,L. (2005). *Self-determination Theory and Work Motivation*. *Journal of Organizational Behavior*, 26:331-362.1

- Gautun, H. og Syse, A. (2013) *Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Rapport, 8/2013. Oslo: NOVA
- Gautun, H. og Bratt, C. (2014) *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem.* Rapport, 14/2014. Oslo: NOVA
- Gottschalck, P. (2003) *Ledelse av intellektuell kapital.* Oslo: Universitetsforlaget
- Glaser, B.G. og Strauss, A.L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine
- Grimen, H. (1991) «Taus kunnskap og organisasjonsstudier». LOS-senter. Notat 91/28
- Grimsmo, A. (2013) *Hvordan har kommunene løst utfordringene med utskrivningsklare pasienter? Forskning 8 (2) s.148-155*
- Gullestad, M. (1989) *Kultur og hverdagsliv.* Oslo: Universitetsforlaget
- Guvå, G., Hylander, I. og Nellemann, D. (2005). *Grounded theory - Et teorigenererende forskningsperspektiv.* Kjøbenhavn: Reitzel
- Hagen, A. og Skule, S. (2008) *Kompetansereformen og livslang læring.* Rapport 2008/7
- Hagen, R. og Johnsen, E. (2013) 'Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus', i Tjora, A. og Melby, L. (red.) *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten.* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ham, C. et al. (2003) *Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. BMJ 327*
- Hellesø, R. og Melby, L. (2013) 'Forhandlinger og samspill. I utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus', i Tjora, A. og Melby, L. (red.) *Samhandling for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten.* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hamran, T. (1992) *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten.* Oslo: Gyldendal.
- Hatland, A. (2014) *Eldreomsorg.* Tilgjengelig fra: <https://snl.no/eldreomsorg> (Hentet: 14.oktober 2014)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Oslo: Regjeringen Stoltenberg II (St.meld. 47, 2008-2009)
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr. 64*
- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen, L. (2006) 'Virkeligheten, empiri og teori', i Johannessen, A. (red.) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag
- Kahneman, D. (2011) *Thinking fast and slow.* London: Allen Lane
- Kassah, B., L., L., Tingvoll, W. og Kassah, A.,K. (2014) *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene.* Bergen: Fagbokforlaget
- Kirke- og undervisningsdepartementet (1986) *Livslang læring.* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154622-nou1986-23.pdf> (10.april 2015)

- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1991) *Veien videre til studie- og yrkeskompetanse for alle*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154782-nou1991-4.pdf> (Hentet: 10.mai 2015)
- Kroken, R. (2006) Dersom moralsk ansvar omformes til teknisk ansvar. Nordisk sosialt arbeid, Universitetsforlaget: Oslo.
- Kvale, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lai, L. (2011). *Kompetansemobilisering og egenmotivasjon*. *Magma. Tidsskrift for økonomi og ledelse*. Publisert 3, s.49-55.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. Berge: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder I medisinsk forskning. En innføring*. 3.utg. Universitetsforlaget: Oslo
- Molander og Smeby, J. (2013). Profesjons-studier. Universitetsforlaget: Oslo
- Moxnes, P. (1981) *Læring og ressursutvikling I arbeidsmiljø: Pedagogisk arbeidslivpsykologi i forskning og praksis*. Oslo: Forlaget Paul Moxnes.
- Mieg, H.A. (2006) 'Social and Sociological Factors in the Development of Expertise', i Ericsson, K.A. et.al (red.) *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. Cambridge: University Press
- Norheim, K.H. og Thoresen, L. (2015). *Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Forskning*, 10 (1), s. 14-22
- Nortvedt, P. (2001) Profesjonell omsorg – Dyd eller ferdighet?, i Ruyter, K., W. og Vetlesen, A., J. (red.) *Omsorgens tvetydighet*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Paliärvi et al. (2011) *What happens to quality in integrated homecare? A 15-year follow-up study*. *International journal of integrated Care*. 11 [Online] URN:NBN:NL:UI:10-1-101458/ijic2011-21 (Hentet: 14.april 2014)
- Paulsen, B. og Grimsmo, A. (2008) *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. Rapport, A7877. Oslo: Sinteff
- Payne, S. et al. (2002) *Systematic Review: The communication of information about older people between health and social care practitioners*. *Age and Ageing*, 31, s. 107-117
- Pedersen, K.R. og Tingvoll, W. (2014) 'Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner, i Kassah, A.K (red.) *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rommetvedt et al. (2014). *Hvordan har vi det i dag, dag? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget
- Rønning, R. (2004) *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Røsstad et al. (2013) *Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study*. *BMC Health service research* 13 (121) s. 1-9

- Schackt, J. (2014) *Kultur* Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kultur> (Hentet: 09.juli 2015)
- Shanteau, J. (1992) *Competence in Experts: The Role of Task Characteristics. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 53 (2), 252-266
- Smeby, J.(2013) 'Profesjon og ekspertise', i Molander, A. og Smeby, J. (red.) *Profesjonstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sosial- og helsedepartementet (1982) *Lov om helsetjenesten i kommunene*.
- Sternberg, R.J og Kolligan , J. (1990) *Competence Considered*. New Haven: Yale University Press.
- Storm et al. (2014) *Quality in transitional care of the elderly. Key Challenges and relevant improvement measures. Integrated Care* 14 (13)
- Strauss, A. og Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications
- Thagaard, T.(2003) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Trondheim Kommune (2005) *Økonomistyring innenfor Hjemmetjenestene i Trondheim Kommune*. Tilgjengelig fra: http://www.nkrf.no/filarkiv/File/Alle_rapporter_i_pdf/Trondheim_kommunerevisjon/d/Oekonomistyring_innenfor_hjemmetjenesten.pdf (Hentet: 2.april 2015)
- Trondheim Kommune (2012) *Kvalitet i hjemmetjenesten*. Rapport, 7/2012F. Trondheim: Trondheim kommunerevisjon.
- Tønnesen, S. (2014) 'Prioriteringer i hjemmesykepleien – mot prioriteringskriterer i helse- og omsorgstjenestene?', i Kassah, A.K. (red.) *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tønnesen, S. (2013) *Faglig forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. Sykepleien Forskning* 8 (2) s.188-161
- Tønnesen, S. og Nortvedt, P. (2012) *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien Forskning*. 7 (3) s.280-285
- Tønnesen, S. (2011). *The challenge to providesound and diligent care- a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo.
- Vike, H. et al.. (2002) *Maktens samvittighet*. Gjøvik: Gyldendal akademisk
- Von Krogh, G. og Roos, J. (1996) 'Arguments on Knowledge and Competence', i *Von Krogh, G. og Roos, J. (red.) Managing Knowledge. Perspectives on cooperation and competition*. London: SAGE Publication
- Østby, L. (1999) *Gledesbarn eller babyboom? Statistikk mot år 2000: 1946-1947*. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/gledesbarn-eller-babyboom> (Hentet: 29.mai 2015)

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting

1. Løst prat (5 min)

- Hei, takk for at du tok deg tid til å delta på denne undersøkelsen.

2. Informasjon (5 min)

- Jeg er student ved NTNU, og gjennomfører denne undersøkelsen i forbindelse med min masteroppgave. Jeg har selv jobbet i hjemmesykepleien i Trondheim kommune som ergoterapeut, og synes det er veldig viktig del av helsesektoren. I denne studien ønsker jeg å se nærmere på hvordan hjemmesykepleien jobber for å utvikle kompetansen blant de ansatte. Med et fokus på utfordringer og endringer som har kommet i forbindelse med samhandlingsreformen. Formålet er å kartlegge ansatte sin opplevelse og erfaringer. For å se om soner kan lære av hverandres måte å jobbe på.
- Den informasjonen som blir innhentet i intervjuene vil bli anonymisert. Det er kun meg og min veileder som har tilgang på informasjon om deltagerne i prosjektet. Sitater som eventuelt blir brukt i oppgaven vil endres slik at de ikke like lett skal kunne spores tilbake tilden som har sagt det. Både meg og min veileder har total taushetsplikt, og er de eneste som har tilgang på materialet som blir innhentet.
- Om noe skulle være uklart, eller om du har noen spørsmål må du bare spørre nå eller underveis i intervjuet.
- Med din tilatelse, vil hele intervjuet bli tatt opp på båndopptaker. Lydfilene vil bli slettet når prosjektet er ferdig.
- (Start opptak)

Fase 2: Erfaringer

3. Overgangsspørsmål: (10 min)

- Kan du først fortelle litt om din bakgrunn som helsearbeider? (utdanning, arbeidsplasser, lang erfaring)
- Hvor lenge har du jobbet i hjemmesykepleien?
- Hvordan vil du beskrive det faglige miljøet på din arbeidsplass? (kompetanseoverføring, ønsket om å lære mer, faggrupper, erfaring)
- Hvor trygg føler du deg på egen kompetanse?
- Hvordan opplever du at sonene tilpasser arbeidsoppgaver etter ditt kompetansenivå? Får du brukt den kompetansen du har, eller får du oppgaver som er utenfor din kompetanse?
- Har du noen gang opplevd situasjoner i ditt arbeid hvor du følte deg faglig utrygg?
- Hva gjør du om du får en oppgave du er utrygg på?

Fase 3: Fokusering

4. Nøkkelspørsmål: (20-30 min)

Du har jobbet en stund i hjemmesykepleien

- Hvilke tilbud får du gjennom din arbeidsplass for å øke din kompetanse?
(kurs, lesestoff, utdanning, undervisning)
 - Hva gjør du selv for å øke din kompetanse?
 - Hvordan er din arbeidsplass tilrettelagt for at du selv kan ta ansvar for å tilegne deg ny kunnskap?
- Hvordan opplever du kvaliteten i hjemmesykepleiens tjenester?
 - Hva skal til for at du er fornøyd med kvaliteten du gir til en bruker?
 - Hvordan opplever du tilgangen på nødvendig informasjon om brukere? (sykdomshistorier, diagnose, behandlingsforløp, epikriser)
- Hvilket forhold har du til samhandlingsreformene?
- Hvordan opplever du samarbeidet med sykehus?
(overføringsomsorg, kommunikasjon, informasjon, behandlingsforløp, samhandling)
- Har det vært noen endringer i kompleksiteten av oppgavene dere utfører i hjemmesykepleien siste årene?
- Hvis du har fått ansvar, hva ville du gjort for å øke kompetansen blant de ansatte på din arbeidsplass?
- Om du hadde fått en studiedag, hva ville du optimalt sett fylt den med?

Fase 4:
Tilbakeblikk

5. Oppsummering (ca. 15 min)

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 3 – Samtykkeskjema

Samtykke om deltakelse i forskningsprosjektet ”Hjemmetjenesten i møte med samhandlingsreformen”

Bakgrunn og hensikt

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen gjennomføres det en studie av kompetanseheving blant ansatte i hjemmetjenesten. Denne studien gjennomføres av en masterstudent ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU. Hensikten med studien er å undersøke hvordan kompetanseheving blant ansatte fremmes for å møte endringene i praksis.

Du får denne forespørselen fordi du er utdannet helsepersonell som er ansatt i hjemmetjenesten og har mer enn tre års erfaring i praksis.

Hva innebærer studien?

I studien blir du bedt om å stille opp på ett intervju. Intervjuet vil være en samtale mellom deg og student. I intervjuet vil du bli spurt om dine erfaringer, fagmiljøet på din arbeidsplass og samhandlingsreformen. Intervjuet kan vare rundt en time og gjennomføres på et møterom på din arbeidsplass eller et annet sted som passer for deg. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes i denne studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det er kun student og veileder som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Lydbåndene vil bli slettet når prosjektet er ferdig (Juni 2014), og utskriftene fra lydbåndene vil bli anonymisert. Det vil ikke være mulig for utenforstående å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. I en slik studie fra en bestemt avdeling kan andre fra avdelingen likevel komme til å kjenne igjen spesielle erfaringer eller situasjoner som du beskriver.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Tori H. Almaas på telefon 92081773

Prosjektet er innrapportert til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)