

Katrine Kvanneid

Kvalitet i hjemmesykepleien - en kvalitativ studie av ansattes perspektiv

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Sigrid Nakrem

Mai 2020

Katrine Kvanneid

Kvalitet i hjemmesykepleien - en kvalitativ studie av ansattes perspektiv

Masteroppgave i Folkehelse
Veileder: Sigrid Nakrem
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Forord

Hvis noen hadde sagt til meg for fem år siden at jeg skulle ta en mastergrad, ville jeg aldri trodd på det. Likevel sitter jeg her i dag, med en ferdig skrevet masteroppgave. Det har vært en spennende, lærerik og krevende prosess, med både oppturer og nedturer.

Hjelp fra andre har vært helt nødvendig i arbeidet med oppgaven. Først og fremst ønsker jeg å takke deltakerne som velvillig sa ja til å dele deres tanker og meninger med meg. Uten dere ville det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien.

Tusen takk til min veileder ved NTNU, Sigrid Nakrem, for god veiledning. Dine tilbakemeldinger har vært helt avgjørende for arbeidet med denne oppgaven.

Til slutt ønsker jeg å takke venner og familie for støtte og heiarop gjennom hele studiet. Den største takken går til Martine, for samarbeid, motivasjon, oppmuntring og støtte. Du har vært en klippe gjennom hele studieperioden.

Trondheim, mai 2020

Katrine Kvanneid

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge øker antall eldre. Det er et mål at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, og derfor vil de som har behov for hjelp i større grad få denne hjelpen i hjemmet. På bakgrunn av dette vil antall tjenestemottakere av hjemmesykepleien øke. Innføring av Samhandlingsreformen (Meld. St. nr. 47) har medført at de som mottar hjemmesykepleie har mer komplekse og faglig krevende behov. Dette fører til at presset på hjemmesykepleien blir større. Det er gjort lite forskning på kvaliteten i hjemmesykepleien, og det er manglende kunnskap om kvaliteten på tjenestene som ytes, samt hva som har betydning for gode tjenester. Målet med denne studien var å få innsikt i hvilke faktorer ansatte i hjemmesykepleien mente måtte være til stede for å yte tjenester med god kvalitet.

Metode: Studien er en kvalitativ intervjustudie med semi-strukturerte intervju. Det ble gjennomført individuelle intervju med åtte ansatte i hjemmesykepleien fra tre ulike enheter. Alle var faglærte og hadde mellom 80 og 100% stilling. Arbeidserfaring i hjemmesykepleien varierte fra 2-22 år. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt til å analysere det transkriberte datamaterialet.

Resultat: Basert på det innsamlede datamaterialet ble det identifisert fire hovedkategorier av faktorer de ansatte i hjemmesykepleien mente måtte være til stede for å yte tjenester med god kvalitet. Den første var *en arbeidsplass med kompetanse*. Her mente de at kompetanse, erfaring og muligheten til kompetanseheving var viktig. Den andre var *kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling*. I forbindelse med dette var det å se brukernes behov, kommunikasjon mellom ansatte, oppdatering av oppdrag, informasjon og kunnskap om brukeren, samarbeid med nøkkelpersoner og arbeidsklima viktig. Den tredje var *organisering*, hvor kontinuitet i pleien og organisering av arbeidsoppgaver ble trukket frem, og den siste var *ressurser*, hvor bemanning og tid var viktig.

Konklusjon: De ansatte mente at tjenestekvaliteten jevnt over var god. Imidlertid påpekte de en del faktorer som var viktig for å hindre kvalitetsbrist. Funnene i denne studien samsvarer med tidligere forskning som viser at faktorene har betydning for god tjenestekvalitet, og på flere av områdene er det avdekket mangler. Det er viktig å jobbe med faktorene på alle nivå hvis en har et ønske om å forbedre tjenestene.

Nøkkelord: Kvalitet, tjenestekvalitet, hjemmesykepleie, sykepleie, kvalitativ metode

Abstract

Background: In Norway, the number of elderly is increasing. It is a goal that elderly should live at home for as long as possible, and therefore those in need of help, will get that at home. Based on this, the number of service recipients of home health care services will increase. The introduction of the Norwegian Care Coordination Reform (Meld. St. Nr. 47) have entailed that those who receive home care have more complex and professionally demanding needs. As a result, pressure on home care services is increasing. Little research has been done on the quality of home health care services, and there is a lack of knowledge about the quality of the services provided, and what factors are important for good services. The aim of this study was to gain insight into the factors that employees in the home health care services thought had to be present to provide good quality services.

Method: This study is a qualitative interview study with semi-structured interviews. Individual interviews were conducted with eight employees in home health care services from three different units. They were all skilled workers and worked between 80% and 100%. Work experience in home health care varied from 2-22 years. Qualitative content analysis was used to analyze the transcribed data.

Results: Based on the collected data, four main categories of factors the staff thought had to be present to provide good quality services were identified. The first one was *a workplace with competence*. Here they considered that competence, experience, and the possibility of competence raising were important. The second category was *communication, information flow and interaction*. In connection with this, seeing the users' needs, communication between the staff, getting updated on tasks, information and knowledge about the user, collaboration with key persons and working climate were important. The third category was *organisation*, where continuity in care and organisation of tasks were highlighted. The last one was *resources*, where staffing and time were important.

Conclusion: The staff felt that the quality of the services overall was good. However, they pointed out some factors that were important to prevent inadequate care. The findings of this study are consistent with previous research showing that the factors have an impact on quality of services, and in several of the areas some deficiencies were revealed. It is important to work with the factors at every level if one wishes to improve the services.

Keywords: Quality, quality of care, home health care, nursing, qualitative method

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1.0 Introduksjon | 1 |
| 1.1 Begrepsavklaring..... | 2 |
| 2.0 Bakgrunn | 3 |
| 2.1 Hjemmesykepleien | 3 |
| 2.2 Hjemmesykepleiens utvikling i Norge | 5 |
| 2.3 Organisering og kompetanse | 6 |
| 2.4 Kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene | 8 |
| 2.5 Profesjonsetikk | 9 |
| 2.6 Tidligere forskning på kvalitet og kvalitetsbrist..... | 10 |
| 3.0 Hensikten med studien og problemstilling | 15 |
| 4.0 Metode og analyse | 16 |
| 4.1 Design..... | 16 |
| 4.2 Rekruttering..... | 16 |
| 4.3 Inklusjonskriterier | 17 |
| 4.4 Intervjuguide | 18 |
| 4.5 Datainnsamling..... | 19 |
| 4.6 Transkripsjon..... | 20 |
| 4.7 Min forforståelse | 21 |
| 4.8 Analyse..... | 22 |
| 4.9 Etske overveielser | 25 |
| 5.0 Resultater | 27 |
| 5.1 En arbeidsplass med kompetanse | 27 |
| 5.2 Kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling..... | 30 |
| 5.3 Organisering | 36 |
| 5.4 Ressurser | 38 |
| 6.0 Diskusjon av resultater og metode | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1 Diskusjon av resultater | 40 |
| 6.1.1 En arbeidsplass med kompetanse | 41 |
| 6.1.2 Kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling | 44 |
| 6.1.3 Organisering | 48 |
| 6.1.4 Ressurser | 50 |
| 6.2 Diskusjon av metode | 52 |
| 7.0 Konklusjon | 56 |
| Referanseliste | 57 |
| Vedlegg 1- Henvendelse til kommunene | |
| Vedlegg 2- Informasjon til enhetsleder i hjemmesykepleien | |
| Vedlegg 3- Informasjonsskriv/samtykkeskjema til deltakerne | |
| Vedlegg 4- Intervjuguide | |
| Vedlegg 5- Godkjenning fra NSD | |
| Vedlegg 6- Kodeliste | |

1.0 Introduksjon

I løpet av de neste årene vil Norges demografi endre seg. Grunnen til dette er at det blir flere eldre og flere av de eldste eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette vil få konsekvenser for samfunnet på flere nivåer. Institusjoner, markeder og sektorer vil bli påvirket, og vi vil fremover se endringer på flere områder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Målet er at flest mulig skal bo lengst mulig hjemme, ha best mulig helse, og samtidig være trygge på at de får hjelp når de trenger det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det viser seg også at de fleste som mottar helse- og omsorgstjenester ønsker å bo hjemme lengst mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b).

Hjemmesykepleien er den største primærhelsetjenesten i Norge, og mange kommuner tildeler i dag hjemmesykepleie fremfor sykehjemsplasser (Kattouw & Wiig, 2018; Riksrevisjonen, 2018). På grunn av økt antall hjemmeboende, vil derfor også antall tjenestemottakere i hjemmesykepleien øke fremover (Andersen, 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det er i hjemmesykepleien de største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene skjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b).

Innføringen av Samhandlingsreformen «Rett behandling -på rett sted -til rett tid» (Meld. St. nr. 47) i 2012 har ført til at pasienter med større og mer komplekse behov blir skrevet ut fra sykehuset til hjemmet (Fjørtoft, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Med et økt press på hjemmesykepleien, samt en økning av brukere med mer komplekse og faglig krevende behov, kan det tenkes at risikoen for kvalitetsbrist i tjenestene til hjemmesykepleien øker. Ifølge en undersøkelse gjennomført av Riksrevisjonen er det gjort lite forskning på kvaliteten i hjemmesykepleien i Norge. Konsekvensen av dette er manglende kunnskap om kvaliteten og hva som har betydning for gode tjenester (Riksrevisjonen, 2018).

Denne studien vil undersøke hvilke faktorer ansatte i hjemmesykepleien mener har betydning for å yte tjenester med god kvalitet.

1.1 Begrepsavklaring

Hjemmesykepleie omhandler helsehjelp som blir gitt hjemme hos den enkelte, uavhengig av hvilken helsearbeider som utfører den (Birkeland & Flovik, 2018). *Hjemmesykepleien* (her også *hjemmetjenesten/hjemmebasert omsorg*) er det tjenesten som organisasjon blir omtalt som, og er den tjenesten i kommunene som gir pleie- og omsorgstjenester til de som bor utenfor helseinstitusjoner (Braut, 2017). Det er disse tjenestene jeg sikter til når jeg videre bruker begrepet *hjemmesykepleie*. *Helsehjelp* er tjenester eller handlinger som utføres av helsepersonell som har pleie- og omsorgsformål eller der formålet er å forebygge, diagnostisere, behandle, bevare helse eller rehabilitere (Fjørtoft, 2016). Den som yter tjenesten omtales som *pleier* (Fjørtoft, 2016).

De som mottar tjenester fra hjemmesykepleien omtales som *brukere*. Det er for tiden en pågående diskusjon rundt hva de som mottar tjenester fra hjemmesykepleien skal omtales som. Selv om både tjenestemottakere, brukere, beboere og pasienter blir brukt i ulike sammenhenger, har jeg valgt å omtale dem som brukere, ettersom det er deltakerne i denne studien bruker om de som mottar tjenestene. De som skrives ut fra sykehus omtales som *pasienter*.

Ordet *Kvalitet* brukes for å beskrive om noe er bra eller dårlig, samt for å beskrive egenskaper ved en tjeneste (Aasland, Eide, Grelland, Kristiansen & Sævareid, 2011; Nylenna, Bjertnes, Saunes & Lindahl, 2015). *Kvalitet i helsetjenestene* defineres som at tjenestene skal være virkningsfulle, sikre og trygge, at de involverer brukerne, er samordnet og kontinuitetspreget, at ressursene som finnes blir brukt på en god måte, samt at tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Fjørtoft, 2016; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Med *pasientsikkerhet* menes det at helsetjenestens innsats eller mangel på innsats og ytelser ikke skal føre til at pasienten eller brukeren blir utsatt for unødig skade eller risiko (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010). *Kvalitetsbrist* handler om at kravene til kvalitet ikke overholdes, mens *forsømmelser* inngår i begrepet *overgrep mot eldre* og defineres som upassende handlinger, eller mangel på handlinger, som oppstår i forhold hvor det er forventninger om tillit, og som fører til skade eller lidelse hos eldre (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002).

2.0 Bakgrunn

I dag er Eldres helse en stor del av folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a). Det forutses at antall personer over 67 år vil fordobles fra år 2000 til 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Per nå er det antall yngre eldre (67-79 år) som øker. Dette vil føre til en utfordring for særlig hjemmesykepleien og andre lettere helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Allerede mottar en stor del av Norges befolkning kommunale omsorgstjenester i løpet av et år. Det er mottakere i alle aldersgrupper, men behovet øker med økt alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Fra år 2009 til 2018 ses det en betydelig endring i antall som mottar hjemmesykepleie sammenliknet med de som mottar andre omsorgstjenester. Antall personer i alle aldre som mottar helsetjenester i hjemmet har økt fra om lag 130 000 i 2009 til om lag 159 000 i 2018 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b).

Samhandlingsreformen har ført til at flere brukere med større og mer komplekse omsorgsbehov mottar tjenester fra hjemmesykepleien. Det skrives ut pasienter fra sykehus tidligere enn før, og ofte fortsetter behandlingen i hjemmet (Førland & Folkestad, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kvaliteten og yteevnen til primærhelsetjenestene er derfor med på å avgjøre sykehusstrukturen vi kan ha i Norge (Ingstad, 2019).

Videre i dette kapittelet vil jeg gjøre rede for litteratur som er relevant som bakgrunnsinformasjon i forbindelse med tematikken i studien.

2.1 Hjemmesykepleien

Pleie og omsorg i hjemmet er en tjeneste kommunene gjennom lov er pålagt å tilby (Fjørtoft, 2016; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2 sjettede ledd bokstav a).

Hjemmesykepleien er en del av kommunehelsetjenesten og tilbyr helsehjelp til de som bor hjemme når faktorer som sykdom, redusert helse eller alderdom fører til at de har behov for hjelp. Dette kan være i korte eller lengre perioder (Fjørtoft, 2016). I motsetning til andre områder innenfor helsetjenestene fokuserer ikke hjemmesykepleien på spesielle grupper mennesker (Birkeland & Flovik, 2018). Tjenesten er tilgjengelig for alle som har behov, og tilbys uavhengig av alder, diagnose eller grad av helsesvikt (Solheim & Aarheim, 2004).

Det kreves kompetanse for å utøve helsehjelp, og i de fleste tilfeller utøves helsehjelpen i hjemmesykepleien av sykepleiere eller annet helsepersonell (Birkeland & Flovik, 2018). De som jobber i hjemmesykepleien må ha kunnskap om helse og helsesvikt, om hvilke

funksjonsnedsettelse eller sykdommer som påvirker hverandre, samt kunnskap om hvilke tiltak som skal iverksettes i ulike situasjoner (Birkeland & Flovik, 2018). Kompetansen sykepleiere innehar er viktig og helt nødvendig i hjemmesykepleien. De har en spesiell kunnskap om helsefremming, samt kunnskap om å ivareta de grunnleggende behovene til mennesker som enten har eller som kan bli utsatt for helsesvikt (Birkeland & Flovik, 2018). Sykepleiere i hjemmesykepleien har et selvstendig ansvar, og kompetansen deres er derfor viktig for å kunne gi best mulig tjenester (Birkeland & Flovik, 2018).

Argumenter for å satse på primærhelsetjenesten, herunder hjemmesykepleien, er at det ses en endring i sykdomsmønstre og at det blir flere eldre (Solheim, 2004). Det at det blir flere eldre er en årsak til endringen i sykdomsmønstrene. Før døde en oftere av sykdom, men i dag ser vi at antall som lever lenger med sykdom øker (Solheim, 2004). Flere trenger behandling, og i mange tilfeller er det like effektivt å behandle enkelte tilfeller utenfor institusjon (Solheim, 2004). Behov for bistand i hjemmet som ikke er knyttet direkte til behandling øker også med et økende antall eldre, og et mål for hjemmesykepleiens arbeid er at individet skal få bistand til å mestre hverdagen i eget hjem så lenge de ønsker det og så lenge det er forsvarlig (Birkeland & Flovik, 2018; Fjørtoft, 2016).

Brukere av hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er en tjeneste som leveres til mennesker i alle aldre og i ulike livssituasjoner. I Norge er det alt fra barn til eldre som mottar ulike tjenester fra hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018). Ettersom levealderen øker, ses det et nytt sykdomsmønster. De senere årene har psykiske lidelser, kreft, hjerte-kar-sykdom og kroniske sykdommer i stor grad dominert sykdomsbildet. Brukere av hjemmesykepleien har ofte et sammensatt sykdomsbilde. Dette innebærer at de har både psykiske, fysiske og sosiale utfordringer (Solheim, 2004).

De som mottar hjemmesykepleie og er under 67 år defineres som yngre brukere. Dette er en gruppe som har hatt et økt behov for hjemmesykepleie de siste årene (Birkeland & Flovik, 2018). Psykisk sykdom, nevrologiske sykdommer som multippel sklerose (MS) og epilepsi, revmatiske sykdommer og kreft er ofte hovedårsaken til hjelpebehovet hos denne gruppen (Birkeland & Flovik, 2018). Hjelpen som gis til yngre brukere er gjerne litt annerledes enn til eldre, og yngre brukere har oftere behov for mer omfattende tjenester (Birkeland & Flovik, 2018).

2.2 Hjemmesykepleiens utvikling i Norge

Hjemmesykepleien slik vi kjenner den i dag er relativt ny, til tross for at pleie av syke i eget hjem har foregått lenge. Tidligere var det hovedsakelig familien som skulle ta vare på den syke, men i dag er hjemmesykepleien en sentral og viktig tjeneste for befolkningen (Fjørtoft, 2016; Førland & Folkestad, 2016; Solheim, 2004). Frem til 1970-tallet ble det i større grad brukt sykehjem og aldershjem for eldre som hadde behov for hjelp. I dag finnes det ikke lenger aldershjem. Det er kun de med størst hjelpebehov som får plass på sykehjem, noe som fører til at flere eldre bor lenger hjemme (Fjørtoft, 2016). Dette kan være et resultat av at det blir flere eldre, og at Norge har et mål om at flest mulig skal bo hjemme så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Lov om helsetjenesten i kommunene ble innført i 1984, og det var denne loven som påla hjemmesykepleie i kommunen (Førland & Folkestad, 2016). Det var i disse årene oppbyggingen av pleie og omsorgstjenester begynte for alvor, og tjenestene ble også utvidet med blant annet fysioterapi, ergoterapi, trygghetsalarm og matlevering (Fjørtoft, 2016).

Lov om helsetjenesten i kommunen ble i 2012 opphevet, samtidig som lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) trådte i kraft (Birkeland & Flovik, 2018). De siste årene har hjemmesykepleien gjennomgått store endringer. Endringene har vært knyttet til både brukerne og samfunnet, og omorganisering av tjenestene har vært mer vanlig enn uvanlig (Fjørtoft, 2016). Noen av de viktigste utviklingstrekkene i kommunehelsetjenesten er desentralisering av tjenestene fra staten til kommunen, som har ført til at kommunehelsetjenesten har fått et større ansvarsområde. I tillegg tildeles det hjemmesykepleie i større grad enn institusjonsplasser (avinstitusjonalisering) og tjenesten har fått nye brukergrupper (Abelsen, Gaski, Nødland & Stephansen, 2015; Fjørtoft, 2016).

Samhandlingsreformen og hjemmesykepleien

En av endringene som trolig har vært med på å påvirke hjemmesykepleien i aller størst grad er Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 (Birkeland & Flovik, 2018). Formålet med denne helsereformen er å gjøre helsetjenestene i stand til å møte utfordringene som forventes i fremtiden, blant annet gjennom å sikre bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at kommunene fremfor spesialisthelsetjenesten skal tilby helsehjelp til flere (Fjørtoft, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). En av hovedkonsekvensene av Samhandlingsreformen er kortere liggetid på sykehus (Fjørtoft, 2016; Førland & Folkestad, 2016), noe som har ført til at spesialisthelsetjenesten har forskjøvet oppgaver og behandlingsansvar over på kommunehelsetjenesten (B. Dale et al., 2016). Denne

omstruktureringen har ført til at flere har behov for omfattende sykepleiefaglig og medisinsk pleie etter utskrivelse fra sykehus, som igjen fører til behov for mer spesialiserte tjenester i hjemmet (Fjørtoft, 2016). På bakgrunn av dette kreves det at kompetansen blant ansatte i kommunehelsetjenesten bygges opp slik at disse utfordringene kan møtes på best mulig måte (B. Dale et al., 2016; Førland & Folkestad, 2016).

Tidligere var hjemmesykepleien organisert slik at alle gjorde alt. Innføring av Samhandlingsreformen har imidlertid ført til at hjemmesykepleien får ansvar for brukere som i større grad har komplekse behov (Birkeland & Flovik, 2018). De senere årene har hjemmesykepleien derfor blitt mer spesialisert, og det er ikke uvanlig at kommunene har team som lindrende team, demensteam og rehabiliteringsteam. Enhetene blir i større grad delt inn etter funksjon, slik at ulike brukergrupper, for eksempel demente, blir betjent av faste arbeidslag (B. Dale et al., 2016).

New Public Management og hjemmesykepleien

En annen faktor som har påvirket helsetjenestene er New Public Management (NPM). Innføring av denne modellen begrunnes med at den skal styrke rettsikkerheten, forbedre økonomistyringen og saksbehandlingen, samt bidra til økt likhet i tildeling av tjenestene (Birkeland & Flovik, 2018; Fjørtoft, 2016).

Bestiller-utfører-modellen er i helsetjenesten et resultat av NPM (Orvik, 2017). Dette er en organiseringsmodell flere og flere kommuner bruker. Denne modellen går ut på at det skal være forskjellige personer som tildeler tjenester og som utfører dem (Orvik, 2017). Hver kommune har en bestillerenhet som arbeider med å vurdere søknader og fatte vedtak om helsetjenester. Essensielt skal dette føre til at behovene blir vurdert på en mer riktig måte. Det skal fokuseres på de faglige aspektene ved brukernes behov, og de som fatter vedtakene skal ikke måtte ta hensyn til det ressursmessige som omhandler driften. De som utfører tjenestene er ansvarlig for at brukerne får tjenestene de har fått vedtak på, og at kvaliteten på disse er forsvarlige både faglig, juridisk og etisk (Fjørtoft, 2016).

2.3 Organisering og kompetanse

En organisasjon defineres som «et sosialt system som er bevisst og sosialt konstruert for å realisere bestemte mål» (Orvik, 2017, s. 41). Hvordan en organisasjon drives preges ofte av formalisering, hvor regler og prosedyrer er med på å styre (Ingstad, 2019). Likevel har ofte ulike organisasjoner ulik struktur, og selv om de må forholde seg til samme regler og prosedyrer, utfører de arbeidet på forskjellig måte (Ingstad, 2019).

Organiseringen av kommunehelsetjenesten er i liten grad styrt av retningslinjer, og kommunen står fritt til å organisere tjenestene slik de ønsker. Likevel må organiseringen tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid i kommunen og mellom første- og andrelinjetjenesten. Dette fører til en frihet i organiseringen som resulterer i flere ulike organisasjonsmodeller (Fjørtoft, 2016). Hvordan hjemmesykepleien er organisert legger en viktig føring for hvordan hjemmesykepleien arbeider, og det bidrar med å bestemme mulighetene og handlingsrommet sykepleierne har (Fjørtoft, 2016).

Kompetanse oppstår når en deler sin kunnskap og erfaring med andre. Kompetanse er med andre ord noe som binder en klinisk virksomhet sammen til en organisatorisk enhet (Orvik, 2017). En er avhengig av andre for å gjøre en god jobb, og for å sikre gode tjenester er det avgjørende at ansatte samarbeider med hverandre (Ingstad, 2019). Det vil derfor kunne være vanskelig for helsepersonell å gjøre jobben sin på en god og kompetent måte uten samarbeid med andre (Orvik, 2017).

Den dobbelte kompetansen: Kompetanse og organisering av helsetjenester

Det er helsepersonells ansvar å lede og organisere helsetjenestene (Ingstad, 2019). For å kunne levere gode tjenester, forutsettes det derfor at ansatte i helsetjenesten forstår hvordan organisasjoner fungerer og henger sammen, samt hvordan helse- og omsorgstjenestene er bygd opp (Ingstad, 2019). Mer spesialiserte helsetjenester de siste årene er grunnen til dette. Pasienter og brukere med komplekse behov involverer ulike tjenester og tiltak, og krever at helsepersonell i større grad må samhandle med andre og koordinere tjenester for å best mulig ivareta pasientenes og brukernes behov (Ingstad, 2019; Orvik, 2017). Dette er også viktig for å sikre god kvalitet (Orvik, 2017). For å evne dette må helsepersonell først og fremst være trygg på egen rolle, men de må også være bevisste på andres roller, funksjoner og ansvarsområder (Ingstad, 2019). Det er også avgjørende at helsepersonell innehar både klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse slik at de kan koordinere tjenestene (Orvik, 2017).

«Den dobbelte kompetansen» er et uttrykk som ble lansert av to svenske organisasjonsforskere. De argumenterte med at tjenestene de profesjonelle yter blir kvalitetsmessig bedre om de, i tillegg til å ha fagkompetansen, forstår hvordan organisasjoner fungerer, og at de klarer å organisere arbeidet sitt (Orvik, 2017). Denne dobbeltkompetansen er spesielt viktig i kliniske virksomheter. Pasientarbeid kan være uforutsigbart, og helsepersonell med slik kompetanse har gode forutsetninger for å ta vare på pasienter under skiftende forhold (Orvik, 2017). På bakgrunn av dette kan dobbeltkompetanse være et kvalitetsstempel (Orvik, 2017).

2.4 Kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene

Vi har mange kvalitetskrav i helsetjenestene, og det er ingen forskjell i kvalitetskravene som stilles når brukerne mottar hjelp hjemme (Gjevjon, 2015). Helsehjelpen som utøves, herunder hjemmesykepleie, skal ifølge helsepersonelloven utøves i samsvar med omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet (Birkeland & Flovik, 2018; Helsepersonelloven, 1999, §4).

Forsvarlighetsbegrepet omfatter en rettslig, etisk og faglig norm for hvordan arbeidet bør utøves av den enkelte pleier (Birkeland & Flovik, 2018). Et av hovedelementene i forsvarlighetskravet er at det skal hindres at pasienter og brukere skades av helsehjelpen, og at det skal hindres at det forekommer skade som følge av mangel på nødvendig helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018). Kommunene er også gjennom folkehelseloven (Folkehelseloven-fhl, 2011, §4) blant annet pålagt å gjøre en innsats for å forebygge skade eller lidelse, og arbeidet for å forhindre kvalitetsbrist og sikre pasientsikkerheten er derfor en viktig del av folkehelsearbeidet.

God kvalitet på helse- og omsorgstjenestene omfatter kvaliteten på enkelttiltakene, samt at den helhetlige tjenesten bidrar til så mange leveår som mulig med god helse. Virksomhetene har ansvar for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet må forankres på et høyere nivå, men de som jobber nært på pasientene og brukerne har den viktigste rollen i dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Det er ikke nytt å tenke kvalitet i sykepleien, og Florence Nightingale var allerede i sin tid opptatt av å bedre kvaliteten på tjenestene hun leverte (Aarheim, 2004). Helsetjenesten er stor, og har mange ansatte, omfattende tjenester og systemer hvor mennesker er avhengige av hverandre for å løse oppgaver. Det er derfor nødvendig med gode systemer for å sikre kvaliteten på tjenestene (Ingstad, 2019). I 1997 ble *forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg, 2003) sendt ut av Sosial- og helsedepartementet. Forskriften var viktig i arbeidet mot å sikre brukerne av pleie- og omsorgstjenesten god kvalitet, og ble i 2003 utvidet med et vedtak om en samlet kvalitetsforskrift for alle brukerne av tjenestene (Fjørtoft, 2016).

I hjemmesykepleien arbeides det i stor grad selvstendig. Dette gjør det utfordrende å få innsyn i kvaliteten på tjenestene som utføres i hjemmet, noe øker viktigheten av å opparbeide seg kunnskap om kvaliteten i tjenestene (Fjørtoft, 2016). Hovedmålet med kvalitetsarbeid er å gjøre pasientene og brukerne fornøyde ved å møte forventningene deres og å sikre de rettighetene de har (Arntzen, 2013). Kvalitetstenking innebærer tanken om at pasientene og

brukerne er hele mennesker, og at de skal møtes med respekt og verdighet (Orvik, 2017). For å nå dette er det nødvendig med ressurser i form av tilstrekkelig faglig kompetanse og tid, samt en hensiktsmessig klinisk organisering (Orvik, 2017). Det presenteres seks dimensjoner som kjennetegner helsetjenester med god kvalitet (Ingstad, 2019). Disse dimensjonene krever at helsetjenestene er:

- Virkningsfulle/effektive: Helsetjenestene skal være evidensbaserte og resultere i forbedret helseutfall for individer og samfunnet basert på behov.
- Ressurseffektive: Helsetjenestene skal leveres slik at brukerne og samfunnet får mest mulig igjen for det, og slik at sløsing unngås.
- Brukerinvolverte: Helsetjenestene skal ta hensyn til tjenestebrukeres, pårørende og pasienters preferanser og ønsker.
- Rettferdig fordelt og tilgjengelige: Helsetjenestene skal leveres med lik kvalitet uavhengig av mottakers personlige karakteristika, som kjønn, rase, etnisitet, geografi og sosioøkonomisk status, og de skal være like tilgjengelige for alle.
- Trygge: Helsetjenestene skal minimere risiko og skade hos brukerne av tjenestene.
- Samordnet og kontinuitetspreget: Ved behov for hjelp fra ulike instanser er det viktig at disse samarbeider.

(Ingstad, 2019; Sosial- og helsedirektoratet, 2005; World Health Organization, 2006)

Pasientsikkerhet er en forutsetning for god pleiekvalitet (van Rosse, de Bruijne, Suurmond, Essink-Bot & Wagner, 2016). Pasientsikkerhet innebærer at det fokuseres på å ha rutiner og holdninger, samt at det handles på en måte, som bidrar til å forebygge at det oppstår uønskede hendelser (Birkeland & Flovik, 2018; Ingstad, 2019). Hjemmesykepleie er i seg selv ikke en tjeneste som medfører mange fysiske skader på brukerne. Likevel kan økningen av avansert behandling i hjemmet øke faren for skader (Birkeland & Flovik, 2018). Det å ha god pasientsikkerhet handler om at en tar lærdom av uønskede hendelser, og at en aktivt går inn for å hindre at de samme hendelsene skjer igjen (Ingstad, 2019).

2.5 Profesjonsetikk

En profesjon defineres som et yrke en er faglært i (Gundersen, 2019), og ved et profesjonsyrke hører det med profesjonsetikk (Christoffersen, 2011a). Etikk handler om hva som er riktig og rett å gjøre (Christoffersen, 2011a). Noe som er spesielt med profesjoner i helsetjenesten er at de ikke bare jobber for mennesker, men med mennesker (Christoffersen, 2011a).

Profesjonsetikk handler om at yrkesutøverne tar store og små valg, samt avgjørelser, som får konsekvenser for den andre parten (Christoffersen, 2011c). Ifølge professor ved Seksjon for medisinsk etikk ved UiO, Per Nortvedt, handler profesjonsetikk om at den profesjonelle skal handle ut fra pasienten og klientens beste (Christoffersen, 2011b). Profesjonsetikk kjennetegnes av tre punkter. For det første handler det om å møte mennesker ansikt til ansikt, altså yrkesutøverne som til daglig møter andre mennesker i sitt arbeid (Christoffersen, 2011c). For det andre omfatter det at det i møte med den andre blir handlet, ikke bare reflektert (Christoffersen, 2011c). For det tredje må møtet mellom menneskene være begrunnet i at det er den faglige kompetansen til yrkesutøveren som legger grunnlaget for møtet (Christoffersen, 2011c).

I arbeidet som sykepleier eller som annen helsefaglig profesjon er faglig kunnskap avgjørende når det kommer til de etiske sidene ved beslutninger som skal tas (Christoffersen, 2011c). Kunnskapen gjør at helsearbeideren kan se og forstå ting andre ikke ser, og ta avgjørelser basert på dette (Christoffersen, 2011c).

2.6 Tidligere forskning på kvalitet og kvalitetsbrist

Her vil jeg vise til tidligere forskning som er gjort på feltet, og som er relevant å nevne i forbindelse med denne studien.

Ifølge Gjevjon (2015) finnes det begrenset med forskning på hjemmesykepleien i Norge, men det kommer likevel frem i studier at det er flere forhold ved hjemmesykepleien som tilsier at det er et forbedringsbehov. Forskning viser også at ettersom det er en økning av tjenester gitt i hjemmet, er det viktig å forsikre seg om at både brukeren og pleieren føler trygghet knyttet til tjenestene som blir gitt (Hignett, Otter & Keen, 2016).

Det var utfordrende å finne forskning og jeg brukte derfor mye tid på å finne relevant forskning. Søkene ble foretatt sporadisk høsten 2019 og våren 2020. For å finne eksisterende forskning ble det først søkt i databasene PubMed, CINAHL, Web of Science og SveMed. Søkeord som ble brukt var (*home care services OR home health care OR home healthcare AND quality of care, home health care quality og quality of home care.*)

Søkene resulterte i noen artikler der det var forsket på hjemmesykepleien, men som ikke hadde kvaliteten i fokus, og bidro derfor med få relevante artikler. På bakgrunn av dette ble Google og Google Scholar brukt til å søke gjennom internett, med samme søkeord. Relevante artikler ble gjennomgått, samt litteraturlister til artikler med relevante temaer. Det ble søkt

etter artikler avgrenset til engelsk og nordisk språk, og tidsperioden ble avgrenset til år 2000-2020. De eldste artiklene er inkludert fordi det er vurdert at de er like relevante i dag.

På bakgrunn av at det er gjort lite forskning på hjemmesykepleien, og da spesielt kvalitet i hjemmesykepleien, har jeg valgt å inkludere noe forskning gjort i sykehjem. Selv om sykehjem er en annen kontekst, kan denne forskningen ha en overføringsverdi til hjemmesykepleien ettersom de har mange av de samme utfordringene når det kommer til bemanning, tidspress, krav og utfordringer (Norheim & Thoresen, 2015). Forskning fra sykehjem kan også være relevant for hjemmesykepleie til de mest komplekse brukerne som har omfattende tjenester. Jeg har valgt å ta med artikler fra både før og etter Samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012. Artiklene jeg har inkludert fra før Samhandlingsreformen kan være relevante for å forstå dagens situasjon.

Fra brukernes side er det gjennomført noen studier for å undersøke hva de mener er god pleie. From, Johansson og Athlin (2009) undersøkte hva brukerne av hjemmesykepleien i Sverige mente var god pleie. Her ble tre overordnede faktorer trukket frem. For det første var det viktig å bli møtt som et menneske, herunder at de ble respektert som individer, at de fikk muligheten til et gjensidig forhold med andre, og at pleierne var engasjerte og ønsket å hjelpe. For det andre var det viktig for dem at de fikk muligheten til å leve livet de var vant til, og at de fikk beholde egne rutiner. Den tredje faktoren var at de fikk trygg og sikker pleie, og en forutsetning her var at de kunne stole på pleieren, at pleieren hadde kompetanse til å hjelpe, at de hadde nok tid til å hjelpe og kontinuitet i pleiere. De mente at svikt i noen av disse faktorene ville føre til dårlig pleie (From et al., 2009). En norsk studie har også undersøkt brukernes syn på kvaliteten i hjemmesykepleien. Her ble det konkludert med at brukerne generelt sett var fornøyd med pleien de fikk. Likevel ble det avdekket forbedringsområder. Kontinuiteten i pleien kunne vært bedre, og sykepleierne kunne satt av mer tid til samtale til å gi informasjon til brukerne (B. Dale, Sævareid, Kirkevold & Söderhamn, 2011).

En NOVA-rapport viser at behovet for sykepleiere har økt etter innføringen av Samhandlingsreformen (Gautun, Øien & Bratt, 2016). Antall sykepleiere i omsorgstjenesten økte med ni prosent to år etter Samhandlingsreformen, men det settes spørsmålsteget ved om økningen var stor nok i forhold til den økte belastningen. Det var ansatte i hjemmesykepleien som opplevde mest press i tjenesten. I rapporten kom det også frem at mange sykepleiere på sykehjem og i hjemmesykepleien opplevde at kvaliteten som ble levert ikke var god nok, og at mangelen på sykepleiere påvirket kvaliteten (Gautun et al., 2016).

Forskning gjort i Norge viste at kompetansenivået i hjemmesykepleien bør økes som følge av Samhandlingsreformen (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk & Foss, 2016; Norheim & Thoresen, 2015; Vatnøy, Karlsen & Dale, 2019). Det forventes en utvikling av kompetansekrevede oppgaver i fremtiden (Norheim & Thoresen, 2015), og manglende kompetanse hos sykepleiere som jobber med brukere med komplekse behov utfordrer kvaliteten i primærhelsetjenesten (Vatnøy et al., 2019). Forskningen viste at kompetansen blant sykepleierne som gruppe ikke var tilstrekkelig i primærhelsetjenesten, og at den måtte økes på flere områder for å sikre behandlingen (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Vatnøy et al., 2019). Annen forskning viste at det må legges til rette for at sykepleierne skal få mulighet til kompetanseheving, da det kom frem at flere sykepleiere ikke brukte evidensbasert kunnskap, og mente at den tradisjonelle og rutinemessige kompetansen de hadde var tilstrekkelig (Furåker, 2012).

Gjevjon (2015) viser til at kontinuitet er en viktig forutsetning for kvalitet i helsetjenestene. Det er blant annet gjort studier på personkontinuitet og organisatorisk kontinuitet i hjemmesykepleien (Gjevjon, Eika, Romøren & Landmark, 2014; Gjevjon, Romøren, Kjøs & Hellesø, 2013). Studien som omhandlet personkontinuitet i hjemmesykepleien, viste lav kontinuitet. Den samme pleieren var hos brukerne i gjennomsnitt tre ganger i løpet av en periode på fire uker. Det kom frem at fullstendig personlig kontinuitet var uopnåelig slik hjemmesykepleien var organisert, men at det finnes potensiale for forbedring (Gjevjon et al., 2014). Den organisatoriske kontinuiteten ble ifølge Gjevjon et al. (2013) utfordret av at lederne i hjemmesykepleien måtte ta hensyn til både pleierne og brukernes behov. Ledere tilstrebet kontinuitet i form av færre pleiere hos brukerne, men uttrykte at det var vanskelig å oppnå. Dette handlet blant annet om at det var mer slitsomt å gå til noen brukere sammenliknet med andre, og at pleierne måtte bytte på hvem de gikk til for å ikke bli utslitt (Gjevjon et al., 2013).

En studie av Kattouw og Wiig (2018) viste at organiseringen av hjemmesykepleien kan påvirke kvaliteten og pasientsikkerheten. Det kom blant annet frem at kvaliteten i hjemmesykepleien hadde blitt påvirket negativt etter at kommunene tok i bruk bestiller-utfører-modellen, ettersom denne organiseringen førte med seg en reduksjon i brukermedvirkning, informasjon, pålitelighet og tilgjengelighet. Kommunene som deltok i studien mente også at organiseringen førte til at brukerne måtte forholde seg til for mange pleiere. Det kom frem i studien at beslutningstakerne i hjemmesykepleien hadde forståelse for

hva kvalitet og pasientsikkerhet innebar, men at dette i praksis var lite vektlagt (Kattouw & Wiig, 2018).

En annen studie viste at juridiske og organisatoriske faktorer satte grenser for sykepleiepraksisen på en måte som hemmer muligheten til å gi individuelle tjenester basert på brukerens samlede behov. Sykepleierne rapporterte at fokuset deres var på medisinske aspekter, og at det derfor var fort å overse viktige endringer (Tønnessen, Nortvedt & Førde, 2011).

Videre viste internasjonal forskning at det er flere faktorer som kan påvirke kvaliteten på tjenestene som ytes (Bowers, Luring & Jacobson, 2001; Chou, Boldy & Lee, 2003; From, Wilde-Larsson, Nordström & Johansson, 2015; Hannan, Norman & Redfern, 2001; Häggström, Mamhidir & Kihlgren, 2010; Redfern, Hannan, Norman & Martin, 2002). Dette innebar både eksterne faktorer, som ledelse og arbeidsmiljø, og interne faktorer, som pleiernes ønske om å gi gode tjenester (Häggström et al., 2010). I følge Hannan et al. (2001) ble det sett en sammenheng mellom tilfredshet på jobben, stress på jobben og gitt kvalitet. Faktorer som påvirket denne sammenhengen var blant annet ledelsesstilen, opplæring, kurs, arbeidsmengde, forholdet til arbeidsplassen og kontroll over eget arbeid (Hannan et al., 2001). Studien til From et al. (2015) viste at faktorer som var assosiert med kvalitet på pleien var yrke/fag, organisasjonsklima og «samvittighetsstress». Studiene til Chou et al. (2003) og Redfern et al. (2002) bygger opp under en positiv sammenheng mellom tilfredshet på jobben og kvalitet på pleien. Bowers et al. (2001) rapporterte at tid kan påvirke kvaliteten, og at det burde tilstrebes økt bemanning for å frigjøre tid.

Fra pleiernes perspektiv viste en studie fra Tyskland at sykepleiere mente kompetanse hos sykepleierne, godt samarbeid, autonomi i utøvelsen av sykepleie, nok personell på jobb, lederstøtte, at sykepleierne blir involvert i avgjørelser og pasientsentrert pleie var med på å påvirke pasientenes opplevelse av kvaliteten på tjenestene (Kieft, de Brouwer, Francke & Delnoij, 2014).

Det er gjort studier på overgrep, forsømmelser og kvaliteten i sykehjem (Botngård, Eide, Mosqueda & Malmedal, 2020; Malmedal, Hammervold & Saveman, 2014; Malmedal, Ingebrigtsen & Saveman, 2009; Myhre, Saga, Malmedal, Ostaszkievicz & Nakrem, 2020). Malmedal et al. (2009) har avdekket forekomst av forsømmelser og overgrep fra ansatte mot beboere på sykehjem. Det kom frem at handlingene ofte ikke var engangstilfeller, men en del av hverdagen på sykehjemmet. Pleierne sa at de i flere tilfeller ikke reflekterte over at det som

ble utført var galt (Malmedal et al., 2009). Det finnes flere årsaker til at pleien ikke ble utført på en adekvat måte, men mistriivsel på jobben, aggresjon hos beboerne og sykehjemmets størrelse var faktorer som ble trukket frem (Malmedal et al., 2014). Studien til Botngård et al. (2020) viste at forsømmelser på sykehjem er et vanlig problem, og at beboere blir utsatt for ulike typer forsømmelser. Av cirka 3700 ansatte, fremkom det at om lag halvparten av dem innrømmer å ha begått en eller annen form for forsømmelse i løpet av det siste året. Blant disse var psykiske overgrep, fysisk misbruk og neglisjering (Botngård et al., 2020). Roping på og kranling med beboerne, dytting, klyping og neglisjering av tannpuss ble trukket frem som handlinger med høyest prevalens innenfor hver kategori (Botngård et al., 2020). Studien til Myhre et al. (2020) undersøkte ledere på sykehjems oppfatning av neglekt og vold mot eldre. Denne studien viste at ledere innenfor pleie manglet kunnskap om dette. De viste også at de manglet kunnskap om hvordan de kunne identifisere og håndtere vold og neglekt på sykehjem. Konsekvensene av dette er at sykehjemsbeboerne risikerer skade og lidelse (Myhre et al., 2020).

3.0 Hensikten med studien og problemstilling

På bakgrunn av det økende antallet mennesker som mottar hjemmesykepleie, manglende forskning på kvaliteten i hjemmesykepleien i Norge, samt forskning som viser at det forekommer kvalitetsbrist og forsømmelser i sykehjem ønsket jeg å gjennomføre en eksplorativ studie. Hensikten med studien var å undersøke hvilke faktorer ansatte i hjemmesykepleien mener er viktig for å kunne levere tjenester med god kvalitet. Problemstillingen er formulert slik:

«Hvilke faktorer opplever ansatte i hjemmesykepleien har betydning for å yte tjenester med god kvalitet til brukere med store og komplekse behov?»

Fokuset på brukere med store og komplekse behov er begrunnet med at det er disse som i størst grad er utsatt for risiko for kvalitetsbrist. Dette er fordi de har hyppigere og mer avanserte tjenester, som ytes av faglærte. Det er likevel ikke presisert i intervjuguiden direkte da det tas for gitt at det er disse brukerne pleierne omtaler ettersom jeg kun har inkludert faglærte (sykepleiere og helsefagarbeidere).

4.0 Metode og analyse

I dette kapittelet gjør jeg rede for hvordan jeg gikk frem for å samle inn og analysere datamaterialet.

4.1 Design

Dette er en studie om kvaliteten i hjemmesykepleien, hvor hensikten var å få kunnskap om de ansatte i hjemmesykepleien sine meninger om faktorer som påvirker kvaliteten i hjemmesykepleien. Med kvalitativ metode er målet å få forståelse av et tema, ikke å forklare det (Malterud, 2017). For å få denne forståelsen er det nødvendig å komme tett på de ansatte, og det er på bakgrunn av dette brukt kvalitativ metode for å samle inn data. Individuelle intervjuer genererer dybdekunnskap om et tema sett fra intervjuobjektets perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015), og ble derfor valgt som innsamlingsmetode i denne studien.

4.2 Rekruttering

For å rekruttere deltakere til studien ble det benyttet ulike fremgangsmåter for å komme i kontakt med ansatte på ulike nivå i kommunehelsetjenesten.

Kommuner

Utvalget er fra tre kommuner i Norge, henholdsvis to større bykommuner og en mindre landkommune. Det ble underveis i rekrutteringsprosessen bestemt å inkludere tre kommuner ettersom det fra den ene kommunen bare var én deltaker. Jeg ønsket å inkludere ansatte i forskjellige kommuner og enheter for å forhåpentligvis få et større bilde enn jeg ville fått dersom jeg bare inkluderte én kommune og én enhet. Til å begynne med valgte jeg meg ut to større kommuner i forskjellige deler av landet. Hovedgrunnen til dette var at jeg ønsket å snakke med ansatte som jobbet i ulike deler av landet ettersom disse trolig hadde ulikt syn på tematikken med bakgrunn i hvordan tjenestene var organisert.

For å rekruttere deltakere sendte jeg e-post til helse- og omsorgssjefene i to utvalgte kommuner med forespørsel om de ønsket å være med i studien. E-posten inneholdt informasjon om studien til kommunen (vedlegg 1) og et brev til enhetsleder med informasjon om hvor mange deltakere jeg ønsket å rekruttere (vedlegg 2), samt hvilke kriterier de skulle møte (inkluskriteriene). Samtykkeskjema med informasjon om studien (vedlegg 3) ble også lagt ved slik at eventuelle deltakere kunne lese dette før de bestemte seg for om de ville delta i studien eller ikke. Den ene kommunen ringte og etterspurte mer informasjon om prosjektet. Ytterligere informasjon ble tilsendt per e-post, og førte til at jeg fikk kontaktinformasjon til en enhetsleder i hjemmesykepleien. Vedkommende bistod med å finne

deltakere som møtte inklusjonskriteriene. Enhetslederen fikk i oppgave å dele ut informasjonsskriv til de som viste interesse. Etter at deltakerne hadde takket ja, satte enhetsleder opp forslag til når det passet med intervju ut fra når deltakerne var på jobb, ettersom intervjuene skulle gjennomføres på deltakernes arbeidsplass i arbeidstiden. Ved hjelp av enhetsleder ble det rekruttert seks deltakere. Den ene deltakeren ble forhindret i å delta, noe som resulterte i at fem ansatte fra denne enheten deltok i studien. Den andre kommunen jeg sendte e-post til svarte at de ikke hadde kapasitet til å delta i studien på det aktuelle tidspunktet. I etterkant av dette ble det fortløpende sendt ut e-post til ytterligere tre kommuner, hvor den ene kommunen takket nei, og de to andre kommunene ikke svarte.

Enkeltpersoner

Etter lite respons fra flere kommuner, fant jeg det grunnnet begrenset tid nødvendig å rekruttere deltakere via bekjentskap. Jeg tok kontakt med en bekjent som jobber i hjemmesykepleien i en større bykommune. Vedkommende satte meg i kontakt med en kollega som møtte inklusjonskriteriene og som ønsket å delta. Jeg kjente ikke deltakeren selv ettersom jeg mente det å inkludere bekjente kunne være med på å påvirke datainnsamlingen. Vi hadde kun kontakt i forkant av intervjuet for å avtale tid og sted for intervjuet. Dette ble avtalt på tekstmelding, og intervjuet ble gjennomført utenfor arbeidsplass og arbeidstid.

Det er informasjonsstyrken i et utvalg som bestemmer antall deltakere som skal inkluderes (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette ble det etter seks gjennomførte intervjuer rekruttert ytterligere to deltakere for å være sikker på at jeg ikke hadde gått glipp av viktig data. Disse ble rekruttert ved å sende e-post til enhetsleder i en kommune som universitetet har hatt samarbeid med tidligere. Informasjon og samtykkeskjema ble sendt til enhetsleder som satte opp tid og sted for intervjuene. Disse ble gjennomført ved deltakernes arbeidssted og innenfor deres arbeidstid.

4.3 Inklusjonskriterier

Studiens utvalg ble strategisk valgt. Et strategisk utvalg blir valgt på bakgrunn av at de har egenskaper som best mulig kan svare på problemstillingen (Malterud, 2017). Ettersom studiens problemstilling baserer seg på meninger fra ansatte i hjemmesykepleien, ble disse valgt som intervjuobjekter. For å bli inkludert i studien måtte de ansatte ha fast stilling, være faglært (sykepleier/helsefagarbeider/vernepleier), ha en stillingsprosent på over 50 % og ha jobbet mer enn et år i hjemmesykepleien.

Kriteriene ble valgt på bakgrunn av at jeg ønsket å intervju ansatte som hadde erfaring med å jobbe i hjemmesykepleien og med brukere med komplekse behov. Jeg ønsket å intervju ansatte som var faglært og som hadde en fast stilling, ettersom disse ville kunne gi mer dybde i tematikken.

4.4 Intervjuguide

For å strukturere intervjuet ble det utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg 4). En semi-strukturert intervjuguide inneholder en oversikt over ulike temaer intervjuet skal dekke, samt forslag til spørsmål som kan stilles (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg ønsket ikke å bestemme intervjuets retning på forhånd, men ville at deltakerne skulle få mulighet til å snakke om temaet uten å hele tiden bli ledet av spørsmål. Spørsmålene ble holdt åpne, slik at deltakerne skulle få mulighet til å svare så bredt som mulig. Jeg var likevel påpasselig med å formulere spørsmålene slik at vi skulle holde oss innenfor tematikken. Det ble gjennomført et pilotintervju før første intervju for å undersøke eventuelle mangler ved intervjuguiden. Det ble foretatt noen justeringer i etterkant av pilotintervjuet. Dette innebar hovedsakelig endring av rekkefølgen på spørsmålene.

Fleksibilitet er noe som kjenner seg den kvalitative metoden (Malterud, 2017), og etter hvert som det ble gjennomført flere intervjuer, oppdaget jeg at det dukket opp flere spørsmål som følge av det deltakerne snakket om. Når det brukes en semi-strukturert intervjuguide vil spesielt oppfølgingsspørsmålene endre seg etter hvert som det blir gjennomført flere intervjuer. Dette er fordi forskeren tilegner seg mer kunnskap om tematikken i løpet av intervjuprosessen (Malterud, 2017). Intervjuguiden ble på bakgrunn av dette revidert underveis, og oppfølgingsspørsmål ble endret eller lagt til. Jeg var gjennom hele datainnsamlingen påpasselig med at alle tema i intervjuguiden ble dekket i intervjuene. En oversikt over tema og nøkkelspørsmål i intervjuguiden er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Intervjuguide: oversikt over tema og nøkkelspørsmål

| Tema | Nøkkelspørsmål |
|-----------------------------|---|
| Åpningsspørsmål | <ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle hvilken utdanning og stillingsprosent du har? - Har du jobbet ved andre enheter? - Hvor lenge har du jobbet i hjemmesykepleien? - Kan du fortelle litt om hvilke typer brukere du jobber med, og ca. hvor mange brukere du er innom i løpet av en dag? |
| Generelt om kvalitet | <ul style="list-style-type: none"> - Når jeg sier god/dårlig kvalitet i tjenestene til hjemmesykepleien, hva tenker du da? - Hva mener du om kvaliteten i hjemmesykepleien/hvordan synes du kvaliteten er der du jobber i dag? - Er det noen spesielle tilfeller/situasjoner du mener det er lettere å gjøre en halvveis jobb enn andre? - Hva tror du kan være årsaken til at det blir utført tjenester med dårlig kvalitet? |
| Hva som påvirker kvaliteten | <ul style="list-style-type: none"> - Hva mener du har betydning for at kvaliteten på tjenestene som blir gitt skal være god? - Hva kan bidra til at du opplever å gi god pleie/sykepleie? - Er det noe du mener må endres for at kvaliteten skal bli bedre? |
| Avslutning | <ul style="list-style-type: none"> - Er det noe mer du sitter inne med i forhold til tema som du føler at du ikke har fått sagt? |

4.5 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført en-til-en og foregikk mellom 3. oktober 2019 og 10. februar 2020. De varte mellom 12 og 50 minutter, medianen var 27,84. Syv av åtte intervjuer ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass i deres arbeidstid, og et intervju ble gjennomført utenfor deltakerens arbeidsplass og arbeidstid. Alle deltakerne, med unntak av den ene, sørget for at det ble funnet et rom hvor intervjuet kunne gjennomføres uten forstyrrelser.

Ettersom det er viktig at deltakerne kjenner til prosjektet ordentlig før de takker ja til å delta (Malterud, 2017), fikk deltakerne som ikke hadde fått det på forhånd, utdelt samtykkeskjema med informasjon. Deltakerne fikk tid til å lese gjennom og signere dette før intervjuet startet. De fleste deltakerne hadde lest informasjonsskrivet på forhånd, men noen hadde ikke gjort det.

Jeg startet intervjuet med å presentere meg selv, og gjentok hva hensikten med intervjuet var, samt hva jeg ønsket å få innsikt i. Jeg gikk ekstra nøye gjennom hensikt og rettigheter med de som ikke hadde sett informasjonsskrivet før slik at alt skulle være klart. Det ble også, i tillegg til skriftlig, gitt muntlig beskjed om deres rettigheter til å trekke seg fra studien. Etter samtykke fra deltakerne ble det brukt lydopptaker til å ta opp intervjuet. Intervjusituasjonen ble mindre stressende med lydopptaker, og bidro til at jeg kunne ha fullt fokus på deltakerne

og aktivt lytte til det de fortalte. Det ble tatt notater underveis i intervjuet dersom jeg kom på spørsmål underveis basert på det som ble fortalt. Dersom det dukket opp gode stikkord som kunne hjelpe meg i senere intervjuer eller i analyseprosessen, ble disse også notert.

Intervjuene ble åpnet med noen generelle spørsmål. Disse ble etterfulgt av mer spesifikke, men åpne spørsmål. Spørsmålene fremstod som klare, ettersom ingen av deltakerne satte spørsmålstegn ved hva det ble spurt om. I noen intervjuer ble alle nøkkelspørsmålene i intervjuguiden stilt, mens andre ganger svarte deltakeren på flere spørsmål under ett.

Fra intervju to og utover brukte jeg stikkord fra tidligere intervjuer og stilte spørsmål fra disse dersom jeg følte temaet ikke var dekket godt nok, eller hvis jeg følte noe manglet. Jeg avsluttet intervjuet med å spørre deltakerne om de hadde noe å tilføye til tematikken som ikke hadde blitt sagt. På denne måten forsikret jeg meg om at de ikke satt inne med informasjon som kunne være viktig for studien. Enkelt ganger valgte jeg å omformulere deltakernes utsagn til spørsmål. Dette gjorde jeg for å forsikre meg om at jeg hadde forstått utsagnene riktig. I flere tilfeller bidro dette til at deltakerne utdypet utsagnet ytterligere. Jeg var oppmerksom på å være aktiv gjennom hele intervjuet i form av nikk og kommentarer som «mm» og «ja» for å vise deltakerne at jeg var interessert i det de sa. I etterkant av intervjuene skrev jeg ned tanker som kunne være til hjelp under analysen.

4.6 Transkripsjon

Transkripsjonene foregikk fortløpende i etterkant av hvert intervju. Jeg gjennomførte transkripsjonene selv. Dette bidrar ofte til at forskeren ser datamaterialet fra en ny side (Malterud, 2017). Jeg opplevde at jeg fikk et godt, og litt nytt bilde av de innsamlede dataene. I tillegg gav det meg en innsikt i datamaterialet som det ville vært vanskelig å få ellers. Transkripsjonsprosessen gav en repetisjon av intervjuene, og det å høre innholdet på nytt satte i gang flere tankeprosesser i forhold til analysen. Blant annet noterte jeg meg ord og uttalelser jeg mente representerte essensen i det deltakerne sa.

Intervjuene ble transkribert ordrett. Dette ble gjort fordi det bør tilstrebes å transkribere intervjuene mest mulig ordrett for å sikre at det som ble sagt kommer frem på den måten deltakeren mente det (Malterud, 2017). Dersom jeg var usikker på hva deltakeren sa, spolte jeg tilbake for å få klarhet i dette. Jeg prøvde å være konsekvent med bruken av komma og punktum gjennom transkriberingen av alle intervjuene. Likevel kan bruk av komma og punktum påvirke uttrykket i det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2015). På bakgrunn av

dette kan det hende at noen betydninger fremstår forskjellig på lydopptaket og i transkripsjonen.

Av hensyn til anonymisering og tydeliggjøring av språk ble datamaterialet transkribert om fra dialekt til bokmål. Fyllord som ikke hadde relevans for det deltakeren sa ble utelatt fra transkripsjonen for at den skulle bli mer oversiktlig. Navn og stedsnavn ble anonymisert av hensyn til gjenkjennbarhet. Sitatene som er brukt i resultatpresentasjonen er skrevet om fra muntlig til et mer skriftlig språk for å skape bedre flyt og for å gjøre de mer forståelige.

4.7 Min forforståelse

Alle har en forforståelse av og tanker om et tema, og forskeren vil alltid kunne påvirke forskningsprosessen og resultatet (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016). Det er derfor viktig å være klar over denne, samt gjøre rede for denne før oppstart av en studie.

Forforståelsen vil påvirke måten vi samler inn, leser og tolker dataen vår på (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette har jeg vært påpasselig med å reflektere over forforståelsen min før studiens oppstart og gjennom hele arbeidet med studien.

Først og fremst er det min forforståelse som motiverer meg til å studere dette temaet. Min forforståelse baserer seg på at jeg er sykepleier og har hatt en deltidsjobb i omsorgsboliger ved siden av studiene. På bakgrunn av dette har jeg litt kunnskap om hjemmesykepleien og hvordan den er organisert. Jeg har derfor egne meninger om kvaliteten i hjemmesykepleien, og hadde en forforståelse av at faktorer som tid og bemanning påvirker kvaliteten.

Fremstillinger i media har også vært med på å påvirke min forforståelse, blant annet det som skrives om nettopp tidspres og lav bemanning. Disse meningene vil være vanskelig å legge helt bort, men jeg var bevisst på at de ikke skulle påvirke resultatet, og reflekterte rundt dette gjennom hele arbeidet med oppgaven. Det er likevel viktig at leseren tar min forforståelse i betraktning når resultatene gjennomgås.

Forventningene til hva jeg kom til å finne i denne studien var påvirket av min forforståelse og det som er trukket frem i media. Jeg gikk ikke inn med en klar forventning om å finne noe helt nytt, men regnet med at studien ville være med på å bekrefte det som allerede er kjent om mangel på bemanning og tid, og at ansatte i hjemmesykepleien mener dette påvirker kvaliteten. Jeg hadde også en formening om at det kunne være andre faktorer som lå til grunn for å yte tjenester med god kvalitet, og ønsket derfor å undersøke dette nærmere.

4.8 Analyse

Datamaterialet i denne studien er analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Denne analysemetoden er et godt alternativ dersom det må anvendes en grad av tolkning for å hente ut mening fra datamaterialet (Schreier, 2012). Jeg valgte å bruke en innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman (2004). Analysemetoden har mange likhetstrekk med systematisk tekstkondensering, og er mye brukt i Skandinavia (Malterud, 2011). Metoden bruker flere av de samme elementene som i fenomenologien eller Giorgis fire trinn for å analysere en tekst: (1) få et helhetsinntrykk, (2) finne meningsenhetene, (3) finne meningsinnholdet i meningsenhetene, og (4) sammenfatte betydningen (Malterud, 2017).

Stegene jeg fulgte var: (1) lese gjennom hele teksten for å se helheten (2) identifisere meningsenhetene, (3) kondensering av meningsenhetene for å finne meningsinnholdet i meningsenhetene, (4) abstrahere de meningsbærende enhetene og navngi de med koder og (5) samle kodene som handler om det samme til subkategorier og kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). I denne analysen skilles det mellom det manifeste (umiddelbare) og latente (underliggende) innholdet i teksten. Både det manifeste og det latente innholdet er preget av tolkning, men i ulik grad og dybde (Graneheim & Lundman, 2004). I denne analysen tar steg 1-3 for seg det manifeste innholdet i meningene, og holder seg nært teksten, mens steg 4 og 5 tar for seg det latente innholdet i meningene, og bærer preg av fortolkning.

Analyseprosessen startet etter første intervju, og foregikk parallelt med datainnsamlingen og etter datainnsamlingen var fullført. Ved å analysere parallelt med datainnsamlingen hadde jeg muligheten til å endre eventuelle spørsmål eller formuleringer underveis. Dette gjør at faren for å sitte igjen med et tynt datamateriale etter gjennomført datainnsamling blir redusert (Malterud, 2017).

Selv om analyseprosessen i de påfølgende punktene beskrives som en forholdsvis lineær prosess, innebærer analyseprosessen ifølge Graneheim og Lundman (2004) at en veksler mellom helheten og deler av teksten. Dette gjorde jeg gjennom hele prosessen for å sikre resultatets nærhet til rådataen.

Første steget i analyseprosessen var å lese gjennom hvert intervju for å få et helhetsinntrykk av innholdet. Underveis i denne prosessen skrev jeg ned ord som representerte meningene som gikk igjen i intervjuene. Etter å ha fått et helhetlig bilde av det innsamlede datamaterialet startet jeg med å identifisere meningsbærende enheter for hvert intervju separat.

Meningsbærende enheter er ifølge Graneheim og Lundman (2004) ord, setninger eller avsnitt

som inneholder samme mening. De meningsbærende enhetene ble identifisert og satt inn i en tabell som ble laget for hvert intervju i tekstbehandlingsprogrammet Word. Jeg valgte å inkludere alle de meningsbærende enhetene fra starten, uavhengig av om de umiddelbart virket relevant for problemstillingen eller ikke. Dette gjorde jeg for å være sikker på at jeg ikke avskrev viktig data for tidlig i analyseprosessen.

Når de meningsbærende enhetene er identifisert skal hver av disse kondenseres til kortere setninger uten at innholdet tolkes (manifest innhold) (Graneheim & Lundman, 2004). Dette ble gjennomført for hvert intervju separat. Basert på Graneheim og Lundman (2004) ble essensen i det som ble sagt bevart, og innholdet var nært teksten. I denne prosessen ble noen av de meningsbærende enhetene ytterligere delt opp ettersom jeg oppdaget at de inneholdt mer enn én mening. I noen tilfeller ble de kondenserte meningsbærende enhetene til ved hjelp av spørsmålene som ble stilt i intervjuet, ettersom det ikke alltid kom tydelig nok frem av de meningsbærende enhetene hva deltakerne svarte på.

Neste steg i analyseprosessen er å abstrahere de kondenserte meningsbærende enhetene og navngi de med en kode (Graneheim & Lundman, 2004). Å kode vil si at en systematisk dekontekstualiserer teksten, som betyr å ta relevante deler av teksten ut av sin opprinnelige kontekst, for deretter å se tekststykkene i sammenheng med liknende tekstelementer slik at dette gir mening (Malterud, 2017). Som hjelp til å danne kodene stilte jeg meg spørsmålet «*hva handler dette egentlig om?*». Dette gjorde det enklere å forstå hva den abstrakte meningen med utsagnet var. Underveis i kodingen ble flere av de meningsbærende enhetene ytterligere delt opp ettersom jeg oppdaget at det fantes flere meninger i datamaterialet enn først antatt. De kondenserte meningsbærende enhetene og kodene ble også ytterligere abstrahert dersom de ikke var presist nok formulert. Navnene på kodene ble omgjort gjennom hele analyseprosessen for at de skulle gjenspeile meningen best mulig.

Selve kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse er etableringen av kategorier. Kategorier utarbeides av flere koder med samme innhold, altså er det en gruppe av innholdet som har noe til felles (Graneheim & Lundman, 2004). Kategoriene favnet flere subkategorier. Det var i denne delen av analysen noen av kodene ble avskrevet fra å bli behandlet videre ettersom de ikke var relevant for min problemstilling. I denne delen av analyseprosessen tok jeg datamaterialet inn i analyseverktøyet NVivo (QSR International). Før jeg startet å bruke NVivo printet jeg ut de første stegene i analysen. Jeg klippet deretter alle kodene fra hverandre, og startet å samle disse ut fra hvilke subkategorier og kategorier jeg mente de tilhørte. Jeg hadde gjennom hele den foregående analysen gjort meg opp noen tanker om

hvilke subkategorier og kategorier kodene passet inn i. Noen av subkategoriene og kategoriene var derfor tilnærmet klare, mens andre ble til underveis i sammenstillingen av kodene. I denne delen av analyseprosessen var det i større grad fokus på å forstå meningen bak datamaterialet, og det latente innholdet i meningene ble identifisert.

Når denne prosessen var ferdig, og alle kodene var samlet i tentative subkategorier og kategorier, brukte jeg NVivo til å samle disse digitalt. Dette gjør det enklere å få oversikt over et stort datamateriale (Malterud, 2017). Jeg la inn de ferdige tabellene med meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter og koder, og samlet kodene til subkategorier og kategorier. Det ble en del flytting frem og tilbake før jeg endte opp med det som utgjorde subkategoriene og kategoriene. Dersom det utarbeides for mange subkategorier kan materialet bli uoversiktlig (Malterud, 2017). Jeg var derfor påpasselig med å ikke utarbeide for mange subkategorier. I følge Malterud (2017) og Graneheim og Lundman (2004) skal kategoriene være gjensidig utelukkende, og ingen data skal passe inn i to kategorier eller havne mellom kategorier. Jeg brukte derfor tid på å optimalisere kategoriene slik at tekst som handlet om forskjellige forhold ble adskilt.

Dataanalysen genererte 357 relevante koder, som ble sortert i fire hovedkategorier med til sammen elleve subkategorier (vedlegg 6).

Tabell 2: Eksempel på analyseprosessen fra meningsbærende enhet til kategori

| Meningsbærende enhet | Kondensert meningsbærende enhet | Kode | Subkategori | Kategori |
|--|--|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| «Vi får inn veldig mye assistenter og det gir jo en sånn ond sirkel fordi at når man på en måte mister mye gode, sterke folk, og vi får inn kjempeflinke assistenter, ikke det, men vi mister denne her faglige gode, det kliniske blikket, vi, det er en kvalitet som brister littegranne». | Mye god kompetanse blir erstattet av assistenter, noe som gjør at kvaliteten brister litt | Kompetansemangel | | En arbeidsplass med kompetanse |
| «Ja, kompetanse. Hvem er.. om det er nok kompetanse til å utføre de oppgavene som en blir satt til å gjøre da ... til enhver tid». | Om det til enhver tid er nok kompetanse til utføre oppgavene som kreves kan være med på å påvirke kvaliteten | Tilgang på kompetanse | Kompetanse og erfaring | |
| «Da tenker jeg kunnskap. Ja.. At vi har kompetente folk, det er ikke nok med bare varme hender som det snakkes så mye om. Det må være kompetanse som den personen som skal ut å gjø.. utføre jobben innehar». | Viktig med kompetente pleiere som har kunnskap, og det er ikke bare nok med varme hender | Viktig med kompetanse hos pleierne | | |
| «Nei, så faglige oppdateringer tror jeg kanskje kan være noe som kan være med på å øke kvaliteten i hjemmetjenesten». | Tror faglige oppdateringer kan være med på å øke kvaliteten | Kompetanseheving | Opplæring og kompetanseheving | |
| «men det er akkurat sånn som når det er nye ting så synes jeg det er viktig å ta det litt grundig kurs, ikke sånn halvveis greier». | Viktig med grundig kurs i nye ting | Viktig med kursing | | |

4.9 Ethiske overveielser

Siden all forskning som inkluderer mennesker kan medføre etiske konsekvenser, vil det være viktig å reflektere over disse før oppstart av studien (Everett & Furseth, 2012).

Alle deltakerne har gitt skriftlig og muntlig informert samtykke til å delta i studien, og muntlig samtykke til at det ble tatt lydopptak av intervjuet. Intervjuopptakene ble oppbevart i passordbeskyttet mappe på min datamaskin, og kun veilederen min og jeg har hatt tilgang til

denne mappen. Prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) før oppstart (referansenummer 316178) (vedlegg 5).

Av personvern hensyn ble navn og stedsnavn som ble nevnt av deltakerne anonymisert i transkripsjoner, analyser og presentasjon av resultater.

Ettersom enhetsledere var deltakende i rekrutteringsprosessen, og flere deltakere er fra samme enhet, opplevdes det utfordrende å fullstendig bevare anonymiteten til deltakerne. Dette fordi enhetsleder og deltakerne vet hvem som har deltatt innenfor enheten. Jeg var på bakgrunn av dette bevisst på å anonymisere utsagn som ble brukt i studien ved å fullstendig fjerne opplysninger som kunne føre til at deltakerne ble gjenkjent. For å anonymisere hvor deltakerne kom fra ble transkripsjonene skrevet om fra dialekt til bokmål. Sitatene ble skrevet så direkte som mulig, med unntak av noen få justeringer for å få bedre flyt i teksten. Dette kan i noen tilfeller føre til at forskeren tolker utsagnene ettersom det er vanskelig å bli motsagt (Kvale & Brinkmann, 2015). Sitatene i denne studien ble ikke tolket, og meningene ble bevart.

Ettersom datainnsamlingen i kvalitativ metode beror på gjensidig tillit mellom forsker og deltaker (Malterud, 2017), var jeg bevisst på å håndtere den innsamlede dataen og det som ble sagt på en måte som best mulig samsvarte med det som var ment. Dette ble gjort ved at jeg blant annet hørte ekstra nøye gjennom lydfilene under transkribering, slik at jeg var sikker på at det jeg hørte var det som faktisk ble sagt.

I følge Malterud (2017) og Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig å vurdere om studien medfører konsekvenser for deltakerne. Basert på studiens problemstilling vurderte jeg at å delta i studien med stor sannsynlighet ikke ville medføre noen personlige konsekvenser for deltakerne. Denne avgjørelsen ble tatt på bakgrunn av at spørsmålene i intervjuene ikke dekket personlige temaer.

Ettersom utvalget har taushetsplikt ble det bemerket fra NSD at det ikke måtte stilles spørsmål relatert til taushetsbelagte opplysninger. Dette ble ikke gjort, og var heller ikke nødvendig i denne studien.

5.0 Resultater

Funnene baserer seg på individuelle intervjuer med åtte deltakere fra tre kommuner i Norge. Utvalget bestod av fem sykepleiere og tre helsefagarbeidere. Alle hadde 80% stilling eller mer, fem av deltakerne jobbet i 100% stilling. Arbeidserfaring i hjemmesykepleien varierte fra 2 år til 22 år, medianen var 6,25. Alle var kvinner. Av personvern hensyn har jeg valgt å ikke bruke stillingsbenevnelse knyttet til situatene. Eventuelle navn i situatene er fiktive.

Samtlige av deltakerne mente enheten de jobber ved, jevnt over, leverte tjenester med god kvalitet. Likevel trakk de frem ulike faktorer som kunne føre til kvalitetsbrist eller faktorer de mente måtte være til stede for god tjenestekvalitet. Videre i dette kapittelet presenterer jeg funnene ved hjelp av subkategorier og kategorier.

Tabell 3: Oversikt over hovedkategorier med tilhørende subkategorier

| Kategori | Subkategori |
|--|---|
| En arbeidsplass med kompetanse | <ul style="list-style-type: none">• Kompetanse og erfaring• Opplæring og kompetanseheving |
| Kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling | <ul style="list-style-type: none">• Å se brukerens behov• Kommunikasjon mellom ansatte• Oppdatering av oppdrag, informasjon og kunnskap om brukeren• Samarbeid med nøkkelpersoner• Arbeidsklime |
| Organisering | <ul style="list-style-type: none">• Kontinuitet i pleien• Organisering av arbeidsoppgaver |
| Ressurser | <ul style="list-style-type: none">• Bemanning• Tid |

5.1 En arbeidsplass med kompetanse

Under denne kategorien presenterer jeg funn relatert til kompetanse og kompetanseheving som deltakerne beskrev har betydning for kvalitet og kvalitetsbrist. To subkategorier kom frem i analysen.

Kompetanse og erfaring

Deltakerne mente at en viktig faktor var kompetanse og erfaring blant pleierne. De av deltakerne som mente enheten hadde sterke faggrupper med sykepleiere sa at dette var mye av grunnen til at enheten leverte tjenester med god kvalitet. Det ble uttrykt at mye god kompetanse blir erstattet av assistenter som ofte har mindre erfaring. Mangel på kompetanse ble trukket frem som en hovedgrunn til at det blir levert tjenester med dårlig kvalitet eller at forsømmelser forekommer. Deltakerne fortalte at hjemmesykepleien er avhengig av et sterkt fagmiljø, og ved mangel på kompetanse mente de at den faglige biten brister. De uttrykte at dersom det skal bli gitt tjenester med god kvalitet er det ikke tilstrekkelig med bare et ønske om å hjelpe mennesker. Deltakerne mente at det er behov for kvalifiserte pleiere med riktig kompetanse til oppgavene som skal utføres:

«Vi må ha folk med kompetanse, ja. Vi kan på en måte ikke plukke inn folk fra gaten å tro at ting skal bli bra. Det må være kvalitet i alle ledd». (Deltaker 7)

Det ble nevnt av noen deltakere at det er viktig å ta i bruk de tekniske hjelpemidlene som finnes, og at det trengs kompetanse for å vite hvordan og i hvilke situasjoner disse skal tas i bruk. Deltakerne fortalte at dette er viktig både for å gjøre jobben lettere for dem, men også for å ivareta brukerne:

«Så man må være flink til å bruke det som finnes [av hjelpemidler] egentlig, og da må man både ha kunnskap og være bevisst at det her er lurt å bruke». (Deltaker 7)

Ettersom hjemmesykepleien blir mer spesialisert, trakk deltakerne frem at det kan være en fordel med pleiere som har spesialisert kompetanse. En av deltakerne fortalte at det å ha ressurspersoner innen forskjellige fagfelt som en kan støtte seg på kan være positivt. Hun mente at folk er flinke innen forskjellige fagfelt, og at dette burde utnyttes. Det ble sagt at grunnutdanningene er generelle, og at en selv må tilegne seg kunnskap innenfor spesifikke felt i tjenesten:

«Ikke at vi alle sammen skal ha spesialutdanning, men å ha noen ressurspersoner å spille på, det tror jeg er en fordel. Noen er gode på det med atferd, noen kan være gode på sår og noen kan være gode på kliniske observasjoner ... ja, en mye forskjellig. Så dess, på en måte bredere [kompetanse] vi har å lene oss på, dess bedre tror jeg tjenesten vår blir». (Deltaker 8)

Deltakerne mente at det er god kvalitet når pleierne har evne til å fange opp om det er noe som ikke stemmer. Å ha det kliniske blikket og å se helheten ble trukket frem som viktig.

Deltakerne mente også at erfaring er viktig, og sa at det kan være lurt å ansette flere som har erfaring. En av deltakerne fortalte at det ofte ansettes mange nyutdannede, som kanskje ikke alltid har den erfaringen og det kliniske blikket som er viktig i hjemmesykepleien:

«Der kan vi kanskje svikte i forhold til at de [nyutdannede] ikke har den erfaringen, at de kanskje ikke har det samme kliniske blikket som de som har jobbet [lenger] ... for de har jo kanskje ikke så mye erfaring i forhold til helsevesenet over tid». (Deltaker 1)

I forbindelse med kompetanse trakk en av deltakerne frem at det er viktig å tenke over hvilken kompetanse som leies inn ved fravær. Hun fortalte at det ikke alltid leies inn pleiere med tilsvarende kompetanse som den som er borte. Hun mente dette var viktig for at kvaliteten skal være god ettersom det er viktig med en viss kompetanse i hjemmesykepleien.

Basert på deltakernes utsagn tyder det på at nok kompetanse og erfaring er viktig for å kunne yte tjenester med god kvalitet. Kompetanse og erfaring fører trolig til at pleierne er bedre rustet til å håndtere situasjonene de kommer borti. Viktigheten av dette kan være en indikasjon på at brukerne av hjemmesykepleien har mer komplekse behov enn før.

Opplæring og kompetanseheving

Deltakerne mente at muligheten for å utvikle seg innen fagfeltet er en viktig faktor. De fortalte om en opplevelse av at faget hele tiden er i endring, og at de derfor ønsker mer faglig oppdatering knyttet til de utfordringene hjemmesykepleien står overfor. En av deltakerne uttrykte et ønske om at hjemmesykepleien skal inkluderes når det skjer noe nytt, og at det er ønskelig med en arena hvor pleierne kan bli oppdatert på ny informasjon:

«At man har en arena ... for hvor er det man kan få informasjon om ting som endrer seg? Blant annet diabetes for eksempel, der har det jo skjedd store endringer de siste årene, og det tror jeg ikke det er så mange som er klar over». (Deltaker 1)

Deltakerne trakk frem god opplæring og kursing som en viktig faktor for at de skal kunne yte tjenester med god kvalitet. En deltaker mente at det ses et behov for å friske opp kunnskap, og til tross for at de er forpliktet til å holde seg oppdatert selv, mente hun at det er lettere å holde seg oppdatert hvis arbeidsplassen legger til rette for det. Deltakerne sa også at utrygghet hos pleierne kan føre til utrygghet hos brukerne, og en av deltakerne mente at kursing og opplæring kan føre til at pleierne blir tryggere på nye arbeidsoppgaver:

«Man blir ofte bare kastet inn i noe, og tenker liksom «ja, men dette mestrer du bra». Så er det sånn, jeg vil jo få det til, men det er liksom den følelsen med at ja ... Jeg bruker mye lengre

tid på å få ting til hvis ikke jeg har hatt opplæring i det. For da må jeg liksom finne ut av alt selv, også det med å få det der lille ekstra [opplæring] ... for å kunne vite at dette her kan jeg, dette er jeg trygg på». (Deltaker 6)

Det tyder på at deltakerne mente at det er behov for å friske opp den faglige kunnskapen, og at begrunnelsen for dette er at faget hele tiden er i endring, samt at de får nye brukergrupper. Dersom de ikke får god opplæring eller har oppdatert kunnskap, kan dette føre til at de blir usikre på oppgaver de skal utføre.

5.2 Kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling

Under denne kategorien presenterer jeg funn relatert til kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling som deltakerne beskrev har betydning for kvalitet og kvalitetsbrist. Fem subkategorier kom frem i analysen.

Å se brukerens behov

Et gjennomgående tema var at deltakerne sa de ønsket det beste for brukerne. De uttrykte at god kvalitet i hjemmesykepleien handler om å se brukerne og deres behov. Viktigheten av at brukerne får hjelp til det de skal, både i form av det de har vedtak på og det brukerne selv ønsker ble trukket frem. De uttrykte at å se brukerne handler om at brukerne skal ha en følelse av at pleierne har tid, slik de ikke føler seg til bry. En av deltakerne mente også det er viktig at pleierne viser respekt og er høflige:

«Da tenker jeg både at de får hjelp når de skal, får hjelp til det de skal ha hjelp til, men også at det gjøres på en respektfull og omsorgsfull måte. Det tenker jeg er god kvalitet». (Deltaker 3)

Kommunikasjon med brukerne ble også trukket frem som viktig. En av deltakerne sa at pleierne ofte har forskjellig syn på hva som er viktig, og at kommunikasjonen med brukerne derfor må være til stede for å kunne møte brukernes behov:

«Jeg tenker jo at det er jo litt med, med oss som personer også. Altså, vi har jo forskjellig holdninger til hva som er viktig, og hvis man da kanskje ikke kommuniserer nok med den man går til, og liksom [spør] hva er viktig for dem, så har man jo lett for på en måte å bare gjøre det man tenker er greit, også er det kanskje ikke det de vil». (Deltaker 6)

Deltakerne fortalte at det å snakke med brukerne kan være med på å identifisere behov brukerne har. Gjennom samtale får de ofte ny informasjon, og samtale kan på den måten være

med på å finne ut om alt er som det skal eller ikke. Samtalene kan ifølge en deltaker også bidra til å kartlegge om brukerne har endrede behov:

«Ja, fordi man ser jo hvertfall det at ofte når man først starter en samtale [med brukerne] så får man jo plutselig vite veldig mye mer enn det man aldri hadde, liksom oi, hadde trodd liksom at så ... får man jo vite veldig mye mer der». (Deltaker 6)

At brukerne og deres behov er i fokus, virker å være elementært for deltakernes følelse av å yte tjenester med god kvalitet. Basert på deres uttalelser, tyder det på at god kommunikasjon med brukerne og det å ta seg tid til å se brukerne er viktig for å kunne møte brukernes behov.

Kommunikasjon mellom ansatte

Deltakerne trakk frem kommunikasjon mellom ansatte som viktig for kvaliteten. De mente at stress kan føre til at kommunikasjonen svekkes, og at det i en travel hverdag er viktig å fokusere på god kommunikasjon. Deltakerne uttrykte at dersom det ikke kommuniseres godt, kan dette føre til misforståelser som kan oppleves trasig for brukerne.

«For eksempel, hvis det er noen misforståelser, så blir det veldig, det oppleves jo veldig trasig for den som trenger hjelpen. Kommunikasjonen svikter rett og slett ... Det må vi bli bedre på da». (Deltaker 1)

For å sikre god kommunikasjon trakk deltakerne frem at det var viktig med gode rutiner. Dette satte de spesielt i sammenheng med å ha rutiner på å skrive ned beskjeder som blir gitt eller som skal gis videre. Deltakerne mente at dette var viktig ettersom muntlige beskjeder fort kan bli glemt i en hektisk hverdag. De fortalte at konsekvensene av dette er at arbeidsoppgaver som skal gjøres ikke blir gjort, eller at avtaler med brukerne blir glemt. En deltaker fortalte at det er viktig å holde ord, og hun definerte det som dårlig kvalitet dersom forespørsler fra brukerne ikke blir fulgt opp. En annen deltaker mente det var dårlig kvalitet dersom beskjeder ikke blir gitt. Det ble trukket frem av deltakerne at det er viktig at alle beskjeder gis skriftlig og ikke muntlig, ettersom de mener dette øker sannsynligheten for at de ikke blir glemt, og dermed gitt videre:

«Ting kan bli ... det detter litt mellom stolene. Beskjeder kan mistes på en måte, blir ikke overført videre. Det er mange ... mange ledd før beskjedene kommer til den de skal, og på veien så forsvinner de». (Deltaker 3)

Deltakerne fortalte også at det er viktig med system på rapportering og dokumentering. En deltaker mente at det er viktig at rapporten blir gitt på en ryddig måte slik at beskjeder ikke

bare blir liggende i journalen. Samme deltaker mente at en god rapport også er viktig for å danne oversikt over hvilke beskjeder som foreligger til neste vakt. Dokumentasjon av hva som er gjort ble av deltakerne også trukket frem som viktig, og de fortalte at alt som er gjort skal skrives ned. En deltaker fortalte at dokumentasjonen er hjemmesykepleiens bevis dersom det skulle oppstå et avvik, og at det derfor er viktig at alt skrives ned:

«Dokumentasjon er jo sykt viktig fordi at om det oppstår noe da, at det blir et avvik, og det kan jo gå helt opp til fylkesmannen. I verste fall kan det jo bli en rettsak ut av noe sånt, og da er jo dokumentasjonen vår ... vårt bevis da på en måte». (Deltaker 4)

En deltaker mente at det er viktig å skrive avvik. Hun mente at det må jobbes med en holdning som sier at avvik ikke skal angi noen, men fortalte at det å skrive avvik kan være med på å påpeke for eksempel ressursmangel eller mangel på kompetanse:

«Avvik er ikke tenkt at det skal angi noen eller at noen skal bli uthengt på noe vis, men det er faktisk viktig å dokumentere at det har skjedd både ... [det] påpeker jo ressursmangelen, at det er for lite folk på jobb for eksempel [...] det kan jo avdekke sånne ting hvis man er flinke til å skrive avvik da». (Deltaker 7)

Det tyder på at god kommunikasjon mellom de ansatte er viktig for å kunne yte tjenester med god kvalitet. Dette innebærer også å dokumentere eventuelle avvik. I forbindelse med kommunikasjon uttrykte deltakerne også viktigheten av at beskjeder blir gitt videre. Inntrykket er at de har en hektisk hverdag, og det virker som at gode rutiner på å skrive ned beskjeder til seg selv og andre er viktig for at beskjedene ikke skal forsvinne. Et godt system på dokumentasjon og rapportgiving virker også å være en viktig faktor for god kommunikasjon mellom de ansatte.

Oppdatering av oppdrag, informasjon og kunnskap om brukerne

Deltakerne trakk frem viktigheten av å ha mulighet til å bli kjent med brukerne og å holde seg oppdatert på brukernes situasjon. Flere av deltakerne uttrykte at godt oppdaterte oppdragstekster er den viktigste kilden til dette. Videre mente deltakerne at det er viktig å ha tid til å sette seg inn i oppdraget som skal utføres.

At de var oppdaterte på brukernes behov handlet i all hovedsak om at de har kunnskap om brukerne de skal besøke, og hva oppdraget de skal utføre går ut på. Det ble trukket frem at oppdragstekstene ikke alltid er så godt oppdatert som de burde. En av deltakerne mente at dette kunne gå ut over de som er nye i jobben, eller de som ikke er så ofte innom brukerne:

«Og det er ikke alltid ... det er vi ikke så veldig flinke til alltid, å skrive et utfyllende nok oppdrag som er oppdatert. Og da går det litt ut over sånne som ikke ... ikke kjenner alle de [brukerne] enda. For det har mye å si for meg». (Deltaker 3)

En av deltakerne fortalte at det er viktig å kjenne brukerne for å kunne sette i gang adekvate tiltak. Det ble uttrykt at dersom de som skal utføre oppdragene ikke kjenner brukerne godt nok, kan det være vanskelig å vite hvilke tiltak som er prøvd, hva som fungerer eller hva som ikke fungerer.

Deltakerne mente også at det er viktig å få muligheten til møte forberedt hos brukerne. De fortalte at dette var for å unngå usikkerhet og stress, ettersom det kan føre til forglemmelser. Deltakerne mente at oppdragsteksten skal inneholde alt som skal gjøres hos en bruker. Dersom oppdragsteksten ikke er godt oppdatert, mente de at dette kan føre til usikkerhet hos både pleierne og brukerne. De mente også at dette kan føre til at elementære arbeidsoppgaver ikke blir gjort:

«Når man står og følger med på klokka og er usikker på hvilken rekkefølge ting gjøres i, og usikker på hvordan de [brukerne] liker det, og usikker på det meste [...] da kan kvaliteten gå litt ned fordi at du påfører brukerne usikkerhet, og ting blir fort glemt og en har et høyt stressnivå». (Deltaker 3)

Deltakernes uttalelser indikerer at det å kjenne brukerne de skal besøke, samt å vite hva oppdraget innebærer, er viktig for god kvalitet. Det kan tyde på at det er en betryggelse for deltakerne å være oppdatert, ettersom det motsatte kan føre til at jobben blir utført halvveis eller at arbeidsoppgaver blir glemt.

Samarbeid med nøkkelpersoner

Samarbeid med ledere, pårørende og andre instanser var viktig for deltakerne for å kunne levere tjenester med god kvalitet

Det første som ble trukket frem var viktigheten av samarbeid med ledelsen. At ledelsen gav pleierne ansvar på arbeidsplassen for å eksempelvis gjøre egne vurderinger ble beskrevet som positivt av en av deltakerne, ettersom hun mente at det gjør det mulig å følge opp brukerne på en god måte:

«Det er sjelden vi får beskjed [fra ledelsen] om at «nei, det får de ikke [at brukerne ikke får en bestemt tjeneste]». Så det gjør at man får fulgt opp på en god måte da». (Deltaker 5)

Deltakerne sa at ansvaret de får er viktig ettersom det bidrar til at de kan være med på å påvirke egen arbeidshverdag. En av deltakerne mente at dette fører til at de får utviklet seg og tilegnet seg kunnskap på en annen måte enn hvis de alltid blir fortalt hva de skal gjøre. Flere av deltakerne sa at det å få frie tøyler til å tilpasse oppdragene er bra. En av deltakerne uttrykte at muligheten til å diskutere fag med lederne gir pleierne støtte, samt at det bidrar til å kvalitetssikre jobben som gjøres:

«Nå har vi jo fått ledere som er tettere på oss, og er med på å hjelpe oss å huske på ting og vi har på en måte ... liksom det kvalitetssikrer jobben vi gjør da. Vi har de litt i ryggen og de er veldig imøtekommende når det gjelder spørsmål og tar diskusjoner på faglig nivå sammen med oss. Der synes jeg vi står ganske sterkt da». (Deltaker 1)

Noen av deltakerne trakk frem samarbeid med pårørende som viktig, og fortalte at pårørende er en viktig del av et tverrfaglig samarbeid. Spesielt i litt vanskelige situasjoner, hvor pleierne kanskje ikke kommer helt inn på brukerne, mente en deltaker at pårørende kunne være en god ressurs. Hun mente at pårørende da kunne være med å hjelpe ettersom de kan lykkes på en annen måte:

«Kanskje pårørende må være til stede også. Så vi må på en måte samarbeide med pårørende ofte og. Kanskje de lykkes bedre enn oss ... Fordi man ikke får det til første gangen så kan man ikke gi seg av den grunn». (Deltaker 7)

Samarbeid med andre instanser som fastleger, sykehusleger, fysioterapeut og rusteam ble også trukket frem som viktig for deltakerne. En deltaker fortalte at samarbeid er viktig ettersom hjemmesykepleien har mange forskjellige brukere. En av grunnene til at et godt samarbeid med legen var viktig for en av deltakerne, var for å raskt kunne avklare situasjoner, og for å komme raskt i gang med eventuell behandling. At leger er flinke til å svare på henvendelser ble også sett på som viktig:

«Leger er flinkere til å svare på e-linker, sykehuset er flinkere til å følge opp det vi sender til de og omvendt. Og det har veldig mye å si. Men også det med fysioterapeuter, rusteam, alle disse her. Det er viktig med et veldig tett samarbeid for vi har så mange forskjellige brukere». (Deltaker 3)

At pleierne i hjemmesykepleien har et godt samarbeid med instanser som lege, fysioterapeut og rusteam, samt ledelse og pårørende til brukerne virker å være essensielt for at de skal få gjort en god jobb. Det tyder på at deltakerne mener at de ikke får til å gjøre hele jobben alene,

og at støtte fra nøkkelpersoner rundt brukerne er avgjørende for å kunne yte tjenester med god kvalitet.

Arbeidsklima

Godt arbeidsmiljø var en annen faktor deltakerne trakk frem som viktig for god kvalitet i tjenestene. Deltakere fortalte at det er positivt når pleierne kjenner hverandre godt og vet hva hverandre står for. Det ble sagt at et godt arbeidsmiljø kan føre til at de har mange å rådføre seg med. En deltaker fortalte at dette kunne føre til lavere terskel for å gi konstruktive tilbakemeldinger. Samme deltaker mente at et godt arbeidsmiljø bidrar til tillit, og fører til at en i større grad kan stole på at kollegaen gjør en god jobb:

«At man kan stole på at kollegaen din og gjør en god jobb sånn at vi får dra det her sammen». (Deltaker 2)

Eierforhold til arbeidsplassen og tjenesteområdet ble også omtalt som sentralt for deltakerne. De trakk også frem en stabil personalgruppe med lite utskiftning som positivt. Flere mente det var viktig å ha en medeierfølelse til arbeidsplassen og en stolthet til jobben som gjøres. Deltakerne mente at faste ansatte i høyere stillinger i større grad har et æresforhold til arbeidsplassen, og at de med lavere stilling trolig ikke har samme eierskap til jobben. Dette kan ifølge deltakerne resultere i at de kun gjør de de må, og ikke mer:

«Går du i en stor stilling så har du mye bedre oversikt og du har et mye større eierforhold til jobben din. Og da tror jeg kanskje du gjør en bedre jobb og». (Deltaker 7)

Deltakerne mente at samarbeid mellom pleierne er viktig for å følge opp brukerne på best mulig måte. En deltaker fortalte at et godt samarbeid bidrar til at hun er trygg på at hun får hjelp ved behov. Ved den ene enheten ble det fortalt at dersom det oppstår en utfordring hos en bruker, går pleierne sammen for å løse denne. Deltakerne mente at det å kunne utveksle erfaringer, samarbeide med kolleger og ha noen å snakke med bidrar til gode tjenester:

«Samarbeid ... det er veldig viktig altså, for at bruker skal få det best mulig så lenge som mulig i eget hjem». (Deltaker 8)

Det kan tyde på at et godt arbeidsmiljø er en viktig faktor for å kunne yte tjenester med god kvalitet. Følelsen av eierskap til arbeidsplassen kan trolig påvirke arbeidsmiljøet. Det virker som om høyere stillinger fører til at deltakerne får et bedre forhold til arbeidsplassen, samt et bedre forhold til kollegene. Det kan virke som at et godt forhold til kollegene fører til større åpenhet og lavere terskel for samarbeid, noe som trekkes frem som viktig.

5.3 Organisering

Under denne kategorien presenterer jeg funn relatert til organisering som deltakerne beskrev at har betydning for kvalitet og kvalitetsbrist. To subkategorier fremkom i analysen.

Kontinuitet i pleien

En annen faktor deltakerne trakk frem som viktig for å yte tjenester med god kvalitet er at brukerne har få pleiere å forholde seg til. Deltakerne fortalte at det ofte er mange forskjellige pleiere innom brukerne, noe som gjør det krevende med kontinuitet i oppfølgingen. En deltaker fortalte at hun tror stabilitet har mye å si for brukerne. Deltakerne mente videre at det kan bli mange for brukerne å forholde seg til, og de uttrykte at dette kan oppleves utrygt for brukerne:

«Det blir jo litt mer usikkerhet og, og blir kanskje dårligere jobb utført da og ... Når det er mange forskjellige [pleiere] som drar [hjem til en bruker]». (Deltaker 8)

Utsagnene indikerer at deltakerne mener lav kontinuitet er med på å påvirke kvaliteten på tjenestene. Det virker som om de ser kontinuitet i sammenheng med antall pleiere som besøker en bruker. Det kan tyde på at de mener kvaliteten blir bedre dersom brukerne ikke trenger å forholde seg til så mange pleiere.

Organisering av arbeidsoppgaver

Samtlige av deltakerne trakk frem arbeidslistene som en utfordring på arbeidsplassen, og sa at organiseringen av disse kan bidra til at ting skjærer seg. Deltakerne fortalte at dette handler om at det er vanskelig å organisere arbeidsoppgavene på en god måte. De fortalte også at arbeidslistene ofte er organisert etter geografi og effektivitet, noe flere av deltakerne mente burde endres.

«Men det jeg kanskje kunne ha, man kunne laget listene etter mer, fått det litt mer innsnevret med den rette kompetansen. For veldig mange tenker geografi når de lager listene tror jeg, for at det skal være kjappest, altså når det er to stykker [som skal ha hjelp] i samme bygget, ikke sant ... Og det skjønner jeg, men noen ganger så trengs det kanskje en sykepleier til fru Hansen, og kanskje kun en assistent til fru Jensen». (Deltaker 1)

En deltaker fortalte at arbeidslistene ofte er organisert slik at flere brukere skal ha besøk på samme tid, og at dette påvirker brukerne. Deltakerne sa at det er viktig at listene organiseres etter kompetanse og profesjon, slik at det sikres rett kompetanse på rett sted:

«At du sørger, sikrer at de som trenger ... skal ha hjelp av sykepleier, får hjelp av sykepleier ... Og at, at vikarene som er leid inn kan ta middagsvarmingen, sant». (Deltaker 5)

En annen utfordring som ble trukket frem av deltakerne er at de som organiserer arbeidslistene mangler kunnskap om brukerne. Deltakerne mente derfor at det kan være vanskelig for listeskriverne å vite hvordan arbeidsoppgavene kan fordeles best mulig. Deltakerne snakket om viktigheten av å ha kunnskap om de oppdragene som skal fordeles, og en av deltakerne mente det var en fordel hvis de som skriver arbeidslistene har erfaring med å jobbe ute i felten:

«Jeg personlig, jeg tror at det kunne ha vært lurt at det var en «treåring» [sykepleier] som skrev listen ... Fordi at de har en annen forståelse for hva som kreves på enkelte oppdrag». (Deltaker 5)

Deltakerne nevnte i flere tilfeller at sykepleiere får oppgaver som assistenter kunne gjort, mens assistenter ikke har oppgaver. En deltaker mente at det er for stor likhetstanke i oppgavefordelingen. Deltakerne trakk frem at konsekvensene av dette ofte er at sykepleierne får mindre tid til oppgavene bare sykepleierne kan gjøre. En deltaker sa at sykepleierne kan gjøre alt, mens helsefagarbeidere og assistenter har begrensninger i arbeidsoppgavene. Dette ble brukt som et argument av deltakerne for hvorfor arbeidslistene burde bli fordelt på en mer gjennomtenkt måte:

«For det er ofte at jeg kunne ha vært ute, også har jeg et oppdrag, altså for eksempel være med noen på trening eller ordne lunsj eller noe som en assistent også kan gjøre ... Så er det jo bedre at assistenten har på en måte jobber ute ... eller har noe å gjøre da de timene de er på jobb, så jeg kan gjøre andre ting på en måte». (Deltaker 4)

En deltaker fortalte at til tross for at det blir gitt beskjed til ledelsen om at arbeidslistene er organisert dårlig, så blir det ikke gjort noe med. Hun fortalte at det oppleves frustrerende å ikke blir hørt. Ofte må pleierne bruke ressurser på å bytte bort oppdrag på listen som de ikke har kompetanse til å utføre, og dette stjeler tid.

Det er mange tanker blant deltakerne om organiseringen av arbeidslistene. Dette indikerer at listene er med på å påvirke kvaliteten på tjenestene. Det virker som at deltakerne synes det er lettere å yte tjenester med god kvalitet dersom listene er gjennomtenkt. Mye tyder på at en god arbeidsliste er organisert basert på brukernes behov for kompetanse, og det virker å være viktig at oppdragene blir rettferdig fordelt blant pleierne basert på fagbakgrunn.

5.4 Ressurser

Under denne kategorien presenterer jeg funn relatert til ressurser som deltakerne beskrev at har betydning for kvalitet og kvalitetsbrist. To subkategorier kom frem i analysen.

Bemanning

Deltakerne uttrykte at bemanningen påvirker kvaliteten, og fortalte at tilstrekkelig bemanning er en viktig faktor for god kvalitet. De sa at bemanningen er for lav, og at den ikke økes til tross for økt behov. Deltakerne fortalte at de ønsker flere ressurser, og mente at det å ansette flere vil gi mer tid til den enkelte bruker, samt føre til større spillerom. En deltaker mente også at det gjør det lettere å jobbe med forefallende arbeid. En annen deltaker trakk frem at det er spesielt sårbart på kveldsvakter og i helgene, hvor uforutsette hendelser kan velte lasset. De fortalte at uten tilstrekkelig bemanning blir jobben dårligere utført ettersom det ikke alltid er tid til å gjøre det som skal gjøres:

«Har du ikke nok folk på jobb så blir det dårligere, dårligere utført jobb ... Du rekker jo kanskje ikke å gjøre det du skal gjøre». (Deltaker 8)

Deltakerne uttrykte at det bør tilstrebes å ansette flere i faste stillinger, og å bruke faste vikarer. De mente at å bruke faste vikarer sikrer bedre tjenester, ettersom de som jobber sjeldent i flere tilfeller ikke kjenner brukerne godt nok. En av deltakerne sa at det å bruke bemanningsbyrå blir sett på som et sykdomstegn. Deltakerne fortalte at vikarer ofte jobber mindre enn faste ansatte, og at de ikke har samme forhold til jobben sammenliknet med de som har faste stillinger. Det kan ifølge deltakerne derfor være vanskeligere for vikarer å følge endringer som skjer:

«Det kan jo være at ikke de føler at de har den tilknytningen til jobben på den måten at man føler kanskje at «jaja, kanskje ikke så farlig ...» Jeg vet ikke, det kan jo være. Man kan ha lett for å ha den innstillingen der, ja kan nok det». (Deltaker 6)

Det var et gjennomgående tema blant deltakerne at de ønsket flere pleiere på jobb. Det kan tyde på at nok ressurser i form av bemanning er viktig for å yte tjenester med god kvalitet. I tillegg til tilstrekkelig bemanning virker det som at vikarbruk hadde stor betydning. Det å bruke bemanningsbyrå ble sett på som negativt, og flere av deltakerne mente det måtte tilstrebes å ansette flere i faste stillinger. Dette indikerer at deltakerne mente at bruken av vikarer burde reduseres.

Tid

Deltakerne fortalte at en annen faktor som er viktig er nok tid. De mente at dårlig tid har negativ påvirkning på kvaliteten som blir gitt. Deltakerne fortalte om et høyt tidspres, og sa at tiden må prioriteres sterkt hver dag. De sa også at de sjelden har tid til overs. Deltakerne fortalte at en konsekvens av tidspreset er at de har lite tid til å sette seg ned å snakke med brukerne, noe de mente at er viktig å ha tid til. De sa at de heller ikke alltid har tid til å få god nok oversikt, og tidspreset fører til at det kan være vanskelig å ha kontroll over alt de skal ha kontroll over. En av deltakerne uttrykte at det er liten tid til refleksjon:

«... reflektere over kanskje at gjorde jeg noe rett nå, er jeg sikker på at det er greit når jeg går ... Eller man unnlater å stille spørsmål «hvordan er det egentlig med deg i dag?», for du vet at jeg har egentlig ikke tid til å høre på hva som egentlig ... hvis du skjønner». (Deltaker 2)

Deltakerne sa at tidsmangelen ofte fører til at de kun gjør det som er nødvendig, og at de ikke rekker å se helheten. De fortalte også at tid er viktig for å opparbeide seg tillit, og at tiden som brukes på dette stjeler tid fra andre oppgaver eller oppdrag de har.

Deltakerne uttrykte at de har mangel på tid i hjemmesykepleien, og at tidsmangelen gjør at de må gjøre vanskelige prioriteringer, noe som kan føre til dårlig kvalitet på tjenestene. Dette indikerer at det å ha nok tid til å dekke brukernes behov er en viktig faktor for at de skal kunne yte tjenester med god kvalitet.

6.0 Diskusjon av resultater og metode

I dette kapittelet blir det først gitt en kort oppsummering av resultatene. Deretter vil studiens funn bli drøftet opp mot litteratur og tidligere forskning. Avslutningsvis diskuteres metoden som er benyttet i denne studien.

6.1 Diskusjon av resultater

I denne studien ble det undersøkt hvilke faktorer ansatte i hjemmesykepleien mente var viktige for å yte tjenester med god kvalitet. Det ble identifisert faktorer knyttet til fire hovedkategorier med til sammen elleve subkategorier. *Kompetanse* var den ene faktoren, og i den forbindelse ble også erfaring, kompetanseheving og opplæring nevnt. Det å være en sterk faggruppe, samt å ha ansatte med både kompetanse og erfaring mente deltakerne la til rette for gode tjenester. I tillegg var det viktig for deltakerne at de hadde mulighet til å holde seg faglig oppdatert og at de fikk opplæring i nye arbeidsoppgaver. Videre mente de at *kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling* var viktige faktorer for kvaliteten på tjenestene. Dette hang sammen med muligheten til å holde seg oppdatert, både på brukerne og på oppdragene som skal utføres. I tillegg var det viktig for deltakerne å ha fokus på brukerne, samt at de hadde et godt samarbeid med nøkkelpersoner rundt brukerne, som ledere, leger og pårørende. Et godt arbeidsklima, derunder et godt forhold til og samarbeid med kollegene, mente de også bidro til tjenester med god kvalitet. En *god organisering* var viktig med tanke på koordinering av arbeidsoppgaver og kontinuitet i pleien. Det at fordelingen av arbeidsoppgavene var gjennomtenkt i forhold til brukerbehov og kompetanse mente deltakerne påvirket kvaliteten positivt. Deltakerne mente også at det var positivt for kvaliteten hvis brukerne hadde færrest mulige pleiere å forholde seg til. Til slutt var *nok ressurser* i form av tilstrekkelig bemanning og nok tid viktig for å yte tjenester med god kvalitet.

Som nevnt er det gjort lite forskning på hjemmesykepleien. Det er likevel identifisert områder hvor det er forbedringspotensialer (Gjevjon, 2015). Flere av faktorene deltakerne i min studie nevnte blir i ulike studier trukket frem som utfordringer i kommunehelsetjenesten. Mangel på kompetanse (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Sosial- og helsedirektoratet, 2005), lav kontinuitet (Gjevjon, 2015), tidspress (Gautun & Bratt, 2014; Gautun & Hermansen, 2011; Gautun & Syse, 2013) og underbemanning (Theie, Lind, Jenssen & Skogli, 2018) er områder med kjente utfordringer i norsk helsevesen. Et fellestrekk for flere av faktorene er at de henger sammen eller påvirker hverandre. Jeg vil videre diskutere noen av de kjente faktorene og det som er nye funn i min studie.

6.1.1 En arbeidsplass med kompetanse

Kompetanse og erfaring var ifølge deltakerne i min studie viktig for å yte tjenester med god kvalitet. De mente at den faglige biten bristet dersom det manglet kompetanse.

Sammenhengen mellom kompetanse og tjenester av god kvalitet støttes av flere rapporter (Gautun & Hermansen, 2011; Rokstad & Øvereng, 2017; Theie et al., 2018). Kompetanse er viktig for å sikre tjenester som er etiske, trygge og av høy kvalitet (Flinkman et al., 2017). Studien til Hannan et al. (2001) viste også at kompetanse var viktig for kvaliteten på tjenestene. I tillegg er det viktig at kompetansen er bredspektret for å kunne møte eldres behov i kommunehelsetjenesten (Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold & Foss, 2015). Studien til From et al. (2015) understøtter imidlertid ikke dette, da de ikke fant en sammenheng mellom kompetanse og god kvalitet på pleien. Fra et brukerperspektiv har studier vist at brukerne mente kompetanse hos pleierne var viktig for deres opplevelse av god pleie (Birkeland & Natvig, 2008; From et al., 2009). Sykepleierne i studien til Norheim og Thoresen (2015) fortalte at de ikke opplevde en økning i kompetansekrevende oppgaver etter innføring av Samhandlingsreformen, og de mente sykepleierne hadde tilstrekkelig kompetanse. På bakgrunn av at sistnevnte studie samlet inn data et år etter innføring av Samhandlingsreformen, kan det tenkes at sykepleierne opplever at behovet for kompetanse er større i dag, åtte år etter.

Deltakerne i min studie fortalte at det ved fravær av fagutdannede ofte ble leid inn assistenter, som ikke nødvendigvis har tilsvarende kompetanse og erfaring som de faglærte. Deltakerne mente at det var viktig å tenke over hvem som leies inn, ettersom det er viktig å ha et visst kompetansenivå i hjemmesykepleien. De mente også det kunne være lurt å ansette mennesker med erfaring, ettersom uerfarne ofte mangler det kliniske blikket som er viktig for å fange opp endringer. En rapport av Haukelien, Vike og Bakken (2009) viste blant annet at mangel på tilstrekkelig faglært arbeidskraft kan føre til at kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene ofte er generelt lav. Dette støttes av studien til Norheim og Thoresen (2015), hvor sykepleierne mente at de hadde god nok kompetanse, men at dette alene ikke var nok når gjensidig samarbeid er avgjørende for kvaliteten og flere ansatte mangler nødvendig kompetanse. Dette kan trolig også være en grunn til at deltakerne i min studie mente det var viktig med en faglig sterk ansattgruppe for å sikre god kvalitet.

Ifølge Meld. St. 26 (2014-2015) mangler en fjerdedel av de som jobber i brukerrettet kommunale helse- og omsorgstjenester fagutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det kommer også frem at kommunene vil møte utfordringer med å rekruttere

tilstrekkelig bemanning med ønsket kompetanse i de kommende årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). En undersøkelse av Gautun et al. (2016) viste at sykepleierfravær i hjemmesykepleien ofte (i 54% av tilfellene) og av og til (i 34 % av tilfellene) dekkes av annet fagpersonell, mens det av og til (i 26% av tilfellene) og ofte (i 38% av tilfellene) dekkes av ufaglærte. På bakgrunn av dette tyder det på at fravær av sykepleierkompetanse i hjemmesykepleien dekkes av både faglærte og ufaglærte. Hvis det ikke leies inn enten sykepleiere eller annet helsepersonell ved fravær av sykepleiere, vil tjenesten enten bli underbemannet eller bemannet av personell som har lavere kompetanse enn det som er planlagt (Gautun et al., 2016). Med utgangspunkt i forskning og deltakerne i min studie sine utsagn om at uerfarne ofte mangler det kliniske blikket, kan det tenkes at manglende kompetanse hos ufaglærte og faglærte med mindre erfaring fører til at forandringer i tilstand ikke blir oppdaget. Bruk av ufaglærte kan også resultere i at faglærte opplever økt press, ettersom ufaglærte kan ha et større behov for veiledning og bistand (Hofstad & Norvoll, 2003). Til tross for dette finnes det ifølge Folkehelseinstituttet foreløpig ingen studier som har undersøkt konsekvenser av å bruke ufaglærte i helse- og omsorgstjenestene (Flodgren, Bidonde & Berg, 2017).

Selv om forskning indikerer at kompetanse er viktig for kvaliteten på tjenestene som gis, kommer det frem at kompetansemangel er en utfordring i hjemmesykepleien (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Ansatte i hjemmesykepleien mener at kvaliteten på tjenestene blir redusert dersom det brukes en stor andel ufaglærte (Hofstad & Norvoll, 2003).

Opplæring og mulighet for kompetanseheving var en viktig faktor for deltakerne i min studie for å kunne yte tjenester med god kvalitet. De opplevde et fag i endring, og ønsket en arena hvor hjemmesykepleien kunne holde seg oppdatert på ny informasjon. Det er et økende behov for kompetanse blant helsepersonell som jobber i hjemmesykepleien (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Norheim & Thoresen, 2015; Vatnøy et al., 2019). Bakgrunnen for dette er at det forventes en stadig økende kompleksitet blant brukerne som kommer fra sykehus til hjemmesykepleien (Norheim & Thoresen, 2015; Rokstad & Øvereng, 2017). Økningen av komplekse brukere i hjemmesykepleien er trolig med på å øke pleiernes behov for opplæring og kompetanseheving (Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2016). I en studie gjort på sykehjem kom det frem at dersom det var et miljø for kompetanseutvikling blant de ansatte, bidro dette til å påvirke kvaliteten positivt (Bakke, 2004). Dette underbygges av en forskningsrapport, hvor det kom frem at det var viktig med et godt læringsmiljø for å utvikle god tjenestekvalitet

(Moland & Bråthen, 2012a). Samarbeid og arbeidsglede er også en viktig forutsetning for kompetanseheving i helsesektoren (Rokstad & Øvereng, 2017). Hannan et al. (2001) så tilfredshet på jobben i sammenheng med god kvalitet, og mente opplæring og kursing var med på å påvirke denne sammenhengen.

Ifølge Bing-Jonsson, Foss, et al. (2016) understreker flere studier at det er en generell mangel på muligheter for kompetanseheving i helse- og omsorgssektoren, og at utvikling av kompetanse er et presset behov. Kompetansen blant sykepleierne som gruppe er ikke tilstrekkelig i primærhelsetjenesten, og den må økes på flere områder for å sikre god behandling (Bing-Jonsson, Hofoss, et al., 2016; Vatnøy et al., 2019). Annen forskning viste at det må legges til rette for at sykepleierne skal få mulighet til å øke kompetansen, da det i en studie kom frem at flere sykepleiere ikke brukte evidensbasert kunnskap, men derimot mente at den tradisjonelle og rutinemessige kompetansen de hadde var tilstrekkelig (Furåker, 2012). Kunnskapsbasert praksis i helse- og omsorgstjenestene er en forutsetning for å levere trygge og sikre tjenester av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). På bakgrunn av dette er det viktig at det legges til rette for mulighet til faglig utvikling i hjemmesykepleien.

Deltakerne i min studie fortalte at opplæring og kompetanseheving kan føre til at pleierne blir tryggere på arbeidsoppgavene de skal utføre. Dette samsvarer med funn i flere andre studier (Arabani & Saleh, 2017; G. Dale & Eikemo, 2019; Kyte, Kleven, Kvigne & Elzer, 2011). Økt kunnskap gir økt trygghet på kvalifikasjoner den enkelte innehar (Moland, 2015). Det følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal utføre arbeidet på en måte som er faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999). Dette kan tolkes som at helsepersonell selv er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert. Deltakerne i min studie var innforstått med at de selv var ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert, men mente at det hadde vært enklere dersom arbeidsplassen la til rette for det. I Helsepersonelloven § 16 står det at virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester, herunder hjemmesykepleien, er ansvarlig for at virksomheten organiseres på en måte som gjør at helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999). Dette kan forstås som at ledelsen av hjemmesykepleien er pålagt å legge til rette for muligheten til å holde seg faglig oppdatert. Det kom frem i en studie av Christiansen (2010) at sykepleiere bruker tid på å fordype seg i kunnskap når de faktisk har tid til det. Det kan tenkes at det er grunnen til at deltakerne i min studie ønsker at det skal legges til rette for læring. Dersom det ikke settes av tid til det, kan det trolig være vanskelig å finne tid til det selv i en travel hverdag. Flere studier støtter at mangel på tid er grunnen til at

helsepersonell ikke prioriterer å bruke tid på kunnskapsheving (Dalheim, Harthug, Nilsen & Nortvedt, 2012; Weum, Bragstad & Glavin, 2017).

6.1.2 Kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling

Deltakerne i studien min satte tjenester med god kvalitet i sammenheng med kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling. De mente at det var viktig å ha et brukerrettet fokus, og at brukerne og deres behov skulle være i sentrum. For å kunne utøve god hjemmesykepleie er det viktig at de ansatte i hjemmesykepleien ser og hører brukeren, er brukerfokuserte og involverende (Birkeland & Flovik, 2018). Det å yte tjenester basert på behov som er viktige for brukerne er essensielt for god pleie (Tønnessen et al., 2011). Dette kom også frem i en studie, hvor sykepleierne mente et pasientsentrert fokus var viktig for at brukerne skulle oppleve at tjenestene var av god kvalitet (Kieft et al., 2014). Fra et brukerperspektiv er det flere studier som har vist at brukerne mente de opplevde god omsorg og pleie når de ble sett, og når pleien ble gitt basert på deres behov (Attree, 2001; Roe, Whattam, Young & Dimond, 2001; Widar, Ek & Ahlström, 2007). I helse- og omsorgstjenestene er brukermedvirkning viktig. Brukere av tjenestene har rett til å medvirke, og de som yter tjenestene plikter å involvere brukerne i avgjørelser (Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl, 1999, §3-1). Dette viser at pleierne i hjemmesykepleien plikter å høre på brukeren i utøvelsen av pleien. Dette er også viktig ut fra et profesjonsetisk perspektiv, ettersom det innebærer at den profesjonelle skal handle ut fra pasienten eller klientens beste. I de aller fleste tilfellene er pleierne trolig avhengig av å involvere brukerne for å vite hva deres beste er (Christoffersen, 2011b).

Hjemmesykepleien skal sørge for at brukerne opplever respekt, selvstendighet og mulighet til å styre eget liv (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Det at brukerne opplever tjenestene som forutsigbare og trygge, samt at de opplever respekt, verdighet og muligheten til selvstendighet og egenomsorg er viktig for å gi forsvarlige tjenester i hjemmesykepleien (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Dette var også viktig for deltakerne i min studie, som mente at det var god kvalitet når brukerne ble møtt på en respektfull og omsorgsfull måte. Det er som nevnt gjort en del forskning på overgrep, forsømmelser og kvalitet i sykehjem (Botngård et al., 2020; Malmedal et al., 2014; Malmedal et al., 2009; Myhre et al., 2020). Respektløs behandling av brukere blir sett på som en form for overgrep (Malmedal et al., 2009). På bakgrunn av at det er avdekket forekomst av forsømmelser og overgrep mot beboere i sykehjem (Malmedal et al., 2009), er det ikke utenkelig at det kan forekomme i hjemmesykepleien også. Dersom brukerne opplever at tjenesteneutøverne ikke er respektfulle eller at tjenestene ikke er forsvarlige, kan dette raskt havne under kategorien forsømmelser og overgrep.

Det at brukerne har en opplevelse av at pleierne har tid, slik at de ikke føler seg til bry, mente deltakerne i min studie var viktig. Det er kjent at eldre ofte er redde for å være til bry, og dette gjelder også overfor helsepersonell (Hafskjold et al., 2016). Dette er med på å understreke viktigheten av at helsepersonell møter brukerne på en måte som gjør at denne følelsen unngås. Stress hos pleierne kan påvirke brukernes velvære (Cheung & Chow, 2006), og for å forhindre at brukerne føler seg til bry, vil det trolig være viktig at pleierne ikke uttrykker stress når de er på besøk hos brukerne.

Kommunikasjon og samtaler med brukerne var viktig for deltakerne i min studie for å kunne møte brukernes behov. Dette var viktig for å få innsikt i brukernes ønsker, og samtalene kunne i tillegg være med på å identifisere eventuelle endringer i brukernes behov.

Personorientert kommunikasjon er viktig fordi eldre ikke bare har fysiske behov, men også informasjons- og følelsesmessige behov (Eide, 2016). I følge Högländer, Eklund, Eide, Holmström og Sundler (2017) er det viktig å gi de eldre tid til å snakke, ettersom dette frembringer informasjon om brukernes opplevelser som kan være nyttig for pleierne. God kommunikasjon sikrer at den som mottar tjenesten får uttrykt sine ønsker og behov (Woodward, Abelson, Tedford & Hutchison, 2004). Kommunikasjon med både brukere og pårørende fører til at pleien blir bedre, og det er i tillegg tidsbesparende på lang sikt (Chan, Jones & Wong, 2013).

Deltakerne i min studie mente det var viktig å ha kjennskap til brukerne, slik at det var lettere å vite hvilke tiltak som var prøvd, hva som fungerte og hva som ikke fungerte. Dette støttes av studien til Halvorsrud, Pahr og Kvarme (2014) som viste at kjennskap til pasienten eller brukeren er vesentlig for å kunne iverksette tiltak. Birkeland og Flovik (2018) trekker frem at pleierne må være orientert om hjelpebehovet den enkelte bruker har, hva vedtaket går ut på og hvordan hjelpen skal utføres. Kjennskap til brukeren gir både pleierne og brukerne trygghet (Moland & Bråthen, 2012b), og tilgang på informasjon om brukerne er trolig viktig for at pleierne skal kunne ta de beste avgjørelsene for brukerne (Vaidya et al., 2012). Dersom det går lang tid mellom hver gang det blir rapportert om en bruker, kan det være vanskelig for nytt personell å sette seg inn i situasjonen (Hofstad & Norvoll, 2003).

Kommunikasjon mellom de ansatte i hjemmesykepleien var viktig for deltakerne i studien min. De fortalte at kommunikasjonen kan bli dårlig i en travel hverdag, noe som kan gå ut over brukerne. Ifølge Fjørtoft (2016) er kommunikasjon et viktig verktøy i sykepleien. Dette er også i overensstemmelse med annen litteratur, som har vist at god sykepleie og pasientbehandling avhenger av kommunikasjon, både mellom de enkelte pleierne og pleierne

som gruppe (Batch & Windsor, 2015; Cioffi & Ferguson Am, 2009). Deltakerne i min studie fortalte at et godt system på rapportering og dokumentering var viktig for god kommunikasjon og for at beskjeder skulle bli gitt. De mente at dårlige rutiner på dette kunne føre til at viktige beskjeder ikke kom frem, og at arbeidsoppgaver ble glemt. Kommunikasjon er viktig på alle arbeidsplasser, og i helsetjenesten kan det tenkes at kommunikasjon mellom de ansatte er ekstra viktig ettersom de ofte er mange ansatte. I tillegg er det ikke uvanlig at en jobber med forskjellige folk fra dag til dag og uke til uke, noe som gjør at en må gi beskjeder uten å treffe personen fysisk. Dette vil trolig gjøre behovet for gode rutiner på rapportering og dokumentering enda større. I en forskningsrapport av Sintef kommer det frem at dokumentasjons- og rapporteringssystemet i hjemmesykepleien er for dårlig, og at tidspress fører til at det ikke blir prioritert (Hofstad & Norvoll, 2003). Mangel på gode dokumenterings- og rapporteringssystem kan føre til informasjonssvikt, og resultere i at viktige observasjoner og tiltak ikke blir tatt tak i, eller i verste fall at pasienter eller brukere glemmes (Hofstad & Norvoll, 2003). Det kan tenkes at det er behov for et kollektivt fokus fra øverste nivå på rapportering og dokumentering, ettersom det kan gjøre det lettere å ha gode rutiner.

Godt samarbeid var viktig for deltakerne i min studie, og de trakk frem at samarbeid med lederne, pårørende og fastlegen var spesielt viktig. Samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastleger er påpekt tidligere (Birkeland & Flovik, 2018; Hofstad & Norvoll, 2003), og samarbeid med ledelsen (Purdy, Spence Laschinger, Finegan, Kerr & Olivera, 2010), og god kontakt med pårørende er viktig for kvaliteten (Gjevjon, 2009; Kattouw & Wiig, 2018).

Som nevnt krever pasienter og brukere med komplekse behov at det involveres ulike aktører og at det iverksettes en rekke tiltak, noe som gjør det viktig med godt samarbeid både innad og på tvers av organisasjoner for å ivareta deres behov på best mulig vis (Ingstad, 2019; Larsen, Broberger & Petersson, 2017; Orvik, 2017). For å evne dette må helsepersonell som nevnt først og fremst være trygge på egen rolle, men de må også være bevisste på andres roller, funksjoner og ansvarsområder (Ingstad, 2019). Det kom frem i en tidligere studie at ansatte i hjemmesykepleien er avhengig av støtte og hjelp både fra kolleger og fra instanser som er utenfor arbeidsplassen for å kunne utføre oppgavene slik de ønsker og mener er riktig (Glad, 2019). Tverrfaglig samarbeid kan gi helsetilbud av bedre kvalitet, samt avlaste sykepleierne som i flere tilfeller står alene med komplekse utfordringer (Birkeland & Flovik, 2018). Konsekvensene av dårlig samarbeid og dårlig kommunikasjon mellom de ulike

aktørene kan være misforståelser, forsinkelser og manglende kontinuitet i tjenesten (Kvilhaugsvik & Husøy, 2017).

Godt samarbeid med ledelsen var som nevnt viktig for deltakerne i min studie. De fortalte at de opplevde ledelsen som god når de fikk ansvar på arbeidsplassen, slik at de kunne følge opp brukerne på best mulig måte. Ifølge Halvorsrud, Kuburović og Andenæs (2017) påvirkes trivselen på jobb av muligheten til å bestemme over egen arbeidshverdag. Muligheten til å delta i avgjørelser som omhandler eget arbeid er viktig for å opprettholde kompetansen i et krevende miljø (Grönroos & Perälä, 2008). Å involvere og gi ansatte ansvar kan ha betydning for kvaliteten på tjenestene brukerne får (Moland & Bråthen, 2012b). Det at lederen gav ansvar, førte til at deltakerne i min studie mente de utviklet seg og tilegnet seg kunnskap på en annen måte enn hvis de ble fortalt hva de skulle gjøre. I følge Eraut (2004) læres mye på arbeidsplassen gjennom handling. Han mener også at en må ha selvtillit for å oppsøke læresituasjoner (Eraut, 2004). Det kan derfor tenkes at det å få ansvar på arbeidsplassen fører til økt selvtillit, som videre oppmuntrer og bidrar til læring.

For deltakerne i min studie var et godt arbeidsmiljø viktig for kvaliteten. De fortalte at det var positivt når pleierne kjente hverandre godt, og mente det bidro til en opplevelse av å ha mange å rådføre seg med, samt at det bidro til at de kunne stole på at kollegene gjorde en god jobb. Det ses en sammenheng mellom arbeidsmiljø, kvalitet på tjenestene som blir levert og pasientsikkerhet (American Association of Critical-Care Nurses, 2005; Gautun & Bratt, 2014; Häggström et al., 2010), og mellom tilfredshet på jobben og gitt kvalitet (Chou et al., 2003; Hannan et al., 2001; Redfern et al., 2002). Erfaringene til deltakerne i min studie samsvarer med funn i forskningsrapporten til Moland (2015) som viste at når flere med god kjennskap til arbeidsplassen er på jobb, utføres oppgavene mer effektivt. Dette er fordi pleierne da kan stole på at kollegene kan jobben sin og at de gjør en god jobb. Dette er en viktig faktor for god trivsel på jobb (Moland, 2015). Det at de ansatte kjenner hverandre synes å ha betydning for at de i større grad våger å be om hjelp (Glad, 2019).

Eierskap og medeierfølelse til arbeidsplassen ble trukket frem av deltakerne i min studie, hvor de påpekte viktigheten av å ha en stolthet til jobben som gjøres. I en spørreundersøkelse hvor deltakerne ble bedt om å ta stilling til om arbeidsmiljøet ble svekket fordi medarbeiderne hadde et løst forhold til arbeidsplassen, sa 70 prosent seg helt eller ganske enige i denne påstanden (Moland & Bråthen, 2012a). Resultater fra samme rapport viste at ansatte i små stillinger er mindre integrert i arbeidsmiljøet. Det å være mer på jobb kan gi økt inkludering i fellesskapet på arbeidsplassen, noe som videre kan føre til at det blir artigere å være på jobb

(Moland, Elgvin, Hilsen & Lien, 2014). Dette kan indikere at eierskap til arbeidsplassen er med på å styrke arbeidsmiljøet, noe som videre kan tolkes til at større stillinger og eierskap til arbeidsplassen fører til et bedre arbeidsmiljø. Det kan tyde på at et godt arbeidsmiljø handler om mer enn de ansattes subjektive følelse av å trives på jobb, og at det også har mye å bety for hvordan de ansatte jobber sammen, samt i hvilken grad de er motiverte til å gjøre en god jobb. Et godt arbeidsmiljø vil derfor kunne bidra til at jobben blir utført på en bedre måte.

6.1.3 Organisering

Deltakerne i studien min fortalte at de mente det var god kvalitet i tjenesten når brukerne hadde få pleiere å forholde seg til, noe som indikerer at kontinuitet i pleien er viktig. Kontinuitet, forutsigbarhet og kjennskap trekkes frem som noen av de viktigste faktorene for opplevd kvalitet i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Til tross for at kontinuitet handler om mer enn at brukerne treffer de samme pleierne fra dag til dag (Orvik, 2017; Woodward et al., 2004), ses kontinuitet her i sammenheng med antall pleiere brukerne må forholde seg til basert på deltakerne i min studie sine utsagn. Ved mangel på kontinuitet har ofte brukerne mange forskjellige pleiere å forholde seg til, noe som trolig fører til lite forutsigbarhet i hverdagen (Gjevjon, 2015, Woodward, 2004).

Deltakerne i min studie fortalte at de opplevde det krevende å opprettholde kontinuitet i oppfølgingen av brukerne. En studie har vist at personkontinuitet kan være vanskelig å få til grunnet organiseringen av tjenestene (Gjevjon et al., 2014). I en annen studie kom det frem at ledelsen i hjemmesykepleien mener det er utfordrende å få til kontinuitet i tjenestene fordi det må tas hensyn til både brukernes og pleiernes behov (Gjevjon et al., 2013). Konsekvenser av manglende kontinuitet i tjenestene er blant annet vanskeligheter med å følge opp brukerne (Halvorsrud et al., 2014) og redusert evne til å oppdage endringer i brukernes helsetilstand (Gjevjon, 2015).

Fra et pasientperspektiv kom det frem at pasientene opplevde god pleie når det var kontinuitet i den profesjonelle kontakten (Widar et al., 2007). Videre har det vist seg at til tross for at brukere av hjemmesykepleien opplevde at tjenestene var gode, pekte de på manglende kontinuitet (B. Dale et al., 2011). En undersøkelse viste at de som mottar helsetjenester i de fleste tilfeller var fornøyd med tjenestene de fikk, og 69 prosent mente at antallet pleiere ikke var problematisk. Likevel fortalte de om mangel på kontinuitet. (Gjevjon, 2009). Det er kjent at kontinuitet i tjenestene er en viktig forutsetning for god kvalitet, og det kommer frem at kontinuiteten i hjemmesykepleien er lav (Gjevjon, 2015).

Kontinuitet og trygghet ses ofte i sammenheng (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Små stillinger kan skape utrygghet hos brukere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), og kan ha sammenheng med at det er ansatt mange pleiere. Det ble fortalt i min studie at stabilitet er viktig for brukerne, og på bakgrunn av dette kan det trolig føles tryggere for brukerne dersom det tilstrebes kontinuitet i pleiere. Som nevnt var kunnskap om brukerne viktig for deltakerne i min studie for å kunne yte tjenester med god kvalitet. Det kan tenkes at kontinuitet i pleien gir økt kjennskap til brukerne, ettersom det da vil være hyppigere kontakt mellom pleier og bruker. Kontinuiteten kan derfor være hensiktsmessig for både pleierne og brukerne. Det kan føre til forutsigbarhet og trygghet for brukerne, samtidig som pleierne trolig vil føle at de har bedre kjennskap til brukeren ettersom de er oftere på besøk og kan følge med på eventuelle endringer.

God organisering av arbeidsoppgavene var en viktig faktor for deltakerne i min studie. I denne sammenheng handlet det om hvordan arbeidslistene var lagt opp. De mente organiseringen slik den var i dag i all hovedsak fokuserte på geografi og effektivitet fremfor å sikre rett kompetanse på rett sted. Det var viktig for deltakerne i min studie at brukerne fikk riktig hjelp av riktig person. Dette er i overensstemmelse med funn i studien til Kattouw og Wiig (2018), hvor deltakerne så god kvalitet i hjemmesykepleien i sammenheng med «rett hjelp, av rett person, rett tid, rett sted» (Kattouw & Wiig, 2018, s. 9).

Brukerne i hjemmesykepleien har svært ulike behov, og i planleggingen av arbeidslistene er det mye som må tas hensyn til (Røhne, Ausen & Grut, 2017). Dette er blant annet kvalitetskrav, fordeling av oppgaver og kompetansekrav, og planleggingen av arbeidslister er en krevende jobb. Arbeidslistene planlegges derfor av sykepleiere som har erfaring, og som kjenner både tjenesten, brukerne og de ansatte godt (Røhne et al., 2017). Resultatene i min studie viste derimot at deltakerne mente de som utarbeidet arbeidslistene manglet kunnskap om brukerne. Det kan altså tyde på at det er variasjoner i hvem som planlegger arbeidslistene på de ulike arbeidsplassene. Basert på dette er det trolig ikke overraskende at deltakerne i min studie mente at de som skriver arbeidslistene burde erstattes med noen som har erfaring med å jobbe ute hos brukerne, ettersom de ifølge deltakerne ikke hadde de egenskapene listeskriverne bør ha. Det tyder på at kompleksiteten ved å utarbeide arbeidslister stiller krav om at de som jobber med disse innehar en viss kompetanse og kjennskap til tjenesten.

Et av hovedargumentene for at deltakerne i min studie, spesielt sykepleierne, ønsket bedre organisering av arbeidsoppgavene var at de ofte endte opp med å gjøre oppdrag der de ikke opplevde å få brukt kompetansen sin. Dette er også sett i en annen studie, hvor sykepleierne

uttrykte misnøye med hvordan de fikk brukt kompetansen sin (Norheim & Thoresen, 2015). Deltakerne i min studie fortalte at de opplevde at det var for stor likhetstanke i oppgavefordelingen. De nevnte flere ganger at de hadde mye annet forefallende arbeid å gjøre, og at det derfor var viktig at for eksempel assistentene fikk oppgavene der det ikke var krav til kompetanse. Gautun og Syse (2013) fant i sin studie at det har vært en økning i administrativt arbeid etter innføring av Samhandlingsreformen. Dette kan være med på å understreke hvorfor deltakerne som er sykepleiere mener de behøver mer tid til å få gjort dette arbeidet.

Det er som nevnt flere faktorer som må tas hensyn til i utarbeidelsen av arbeidslister, som blant annet at pleierne har kompetansen som kreves for å utføre oppgavene og at tjenestene brukerne mottar skal være av god kvalitet, fås til riktig tid og i henhold til vedtak (Røhne et al., 2017). I tillegg må kjørerutene være gunstige. Basert på funnene i min studie virker det som at deltakerne mente en av utfordringene var at det å organisere listene etter geografi og effektivitet gjør at kompetansen ikke alltid blir fordelt riktig. Det var viktig for deltakerne at det ble sikret rett kompetanse på rett sted. Trolig vil helt optimale arbeidslister være vanskelig å få til slik det er i dag, ettersom det er så mange faktorer å ta hensyn til.

6.1.4 Ressurser

Ifølge deltakerne i studien min er det sammenheng mellom tid og tilstrekkelig bemanning. De mente at økt bemanning kan føre til at pleierne får mer tid til hver enkelt bruker, samt andre oppgaver som ikke er direkte brukerarbeid, som eksempelvis administrative oppgaver. Orvik (2004) sier at tilstrekkelig tid og personale er forutsetninger for å oppnå nærhet og individualisering i pasientomsorgen.

Deltakerne i min studie mente at bemanningen påvirket kvaliteten på tjenestene, og at tilstrekkelig personale på jobb var en viktig faktor for at kvaliteten skulle bli bedre. Det er flere studier og rapporter som underbygger deltakernes utsagn om at bemanning påvirker kvaliteten (Bostick, Rantz, Flesner & Riggs, 2006; Gautun & Bratt, 2014; Lien & Gjernes, 2009). En studie av Havig, Skogstad, Kjekshus og Romøren (2011) viste derimot ingen signifikant positiv effekt mellom bemanning og kvaliteten på tjenestene i sykehjem. En forskningsrapport viste at ansatte i sykehjem ikke krevde høy bemanning, men nok bemanning. Opplevelsen av å være underbemannet førte til følelsen av å levere tjenester med lav kvalitet (Lien & Gjernes, 2009). Dette mente også deltakerne i min studie, da de fortalte at lav bemanning kan medføre at jobben blir dårligere utført. De etterlyste heller ikke høy bemanning, men nok bemanning slik at de føler at de har mer tid til hver enkelt bruker, noe

deltakerne i Lien og Gjernes (2009) også etterlyser. I denne forskningsrapporten kommer det også frem at lav grunnbemanning fører til lite tid til andre oppgaver enn eksempelvis stell og ernæring. Som nevnt har administrativt arbeid økt etter Samhandlingsreformen, og ifølge deltakerne i min studie kan økt bemanning føre til mer tid til administrative oppgaver.

Resultatene i min studie indikerte at deltakerne mente det bør satses på å ansette flere i faste stillinger. De fortalte at vikarer kan ha vanskeligheter med å følge endringer og at bruken av vikarer som er mindre kjent på arbeidsplassen, bør reduseres. Det å satse på en større andel heltidsansatte kan gi bedre lærings- og fagmiljøer, bedre utnyttelse av arbeidskraften, mer kontinuitet i kontakt med brukerne, samt redusert vikarbruk (Riksrevisjonen, 2018). Sett i lys av funnene i min studie relatert til viktigheten av kompetanse og kontinuitet, kan redusert vikarbruk påvirke flere av faktorene deltakerne i min studie mente hadde betydning for god kvalitet på en positiv måte.

Tid var ifølge deltakerne i min studie også en viktig faktor for god kvalitet i tjenestene. Det er tidligere rapportert at det er et stort og økende tidspress i hjemmesykepleien (Gautun & Hermansen, 2011; Gautun & Syse, 2013), noe uttalelsene til deltakerne i min studie også indikerte. Deltakerne fortalte at de må prioritere tiden godt hver dag, og uttrykte at de savnet tid til å kunne sette seg ned å snakke med brukerne. I forskningsrapporten til Gautun og Bratt (2014) kom det frem at deltakerne mente de daglig eller ukentlig hadde for lite tid til den enkelte pasient. Tidspress kan påvirke kvaliteten på tjenestene som blir gitt (Bowers et al., 2001; Gautun & Hermansen, 2011). Studien gjennomført av Sintef viste at tidspress er en årsak til at pleierne mener de ikke får ivaretatt brukerne på en måte som er kvalitetsmessig god (Hofstad & Norvoll, 2003).

Ifølge deltakerne i min studie førte tidspress til at det var vanskelig å ha kontroll over arbeidssituasjonen. Dette er noe som støttes av Gautun et al. (2016), som rapporterer at manglende personell kan føre til tidspress, som videre kan være med på å påvirke de ansattes opplevelse av kontroll når de er på jobb (Gautun et al., 2016). Det ble også uttrykt i min studie at mangel på tid ofte fører til at pleierne kun gjør det mest nødvendige, og at de ikke rekker å se hele brukersituasjonen, noe de tidligere har nevnt at er viktig for å kunne yte tjenester med god kvalitet. Forskning viser at tidspress reduserer muligheten til å oppdage endringer (Halvorsrud et al., 2014), og at de kan føre til at pleierne føler de mister det menneskelige aspektet og kvalitetstid med brukerne (Tønnessen et al., 2011). Deltakerne i min studie fortalte at tid er viktig i relasjonsarbeidet med brukerne, og at tiden som brukes til dette stjeler tid fra andre oppgaver. En studie av Chan et al. (2013) bekrefter at mangel på tid påvirker

relasjonsarbeidet med brukerne. Det ble i min studie også fortalt at det var lite tid til refleksjon, noe som trolig kan påvirke arbeidet, ettersom en ikke rekker å tenke over hva en gjorde og hvorfor en gjorde det. Refleksjon er viktig når en jobber kunnskapsbasert, og pleiere som bruker refleksjon i arbeidet, kan ha bedre grunnlag for å gi god pleie (Tashiro, Shimpuku, Naruse, Maftuhah & Matsutani, 2013). Som nevnt kan stress hos pleierne også påvirke brukerne negativt og føre til at de føler seg til bry. Tidspress kan være med på å øke stressnivået, og dette understreker viktigheten av god tid for å kunne gi brukerne gode tjenester.

6.2 Diskusjon av metode

Det bør tilstrebes at forskningsfunnene er så troverdige som mulig. Troverdigheten vurderes ved hjelp av studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). I de påfølgende avsnittene vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har forsøkt å sikre påliteligheten, gyldigheten og overførbarheten til studien, samt diskutere hvilke feilkilder som likevel kan ha vært med på å påvirke resultatet.

Pålitelighet

Påliteligheten i en studie handler om konsistens og nøyaktighet. Som forsker kan en styrke studiens pålitelighet ved å beskrive nøye hva som ble gjort gjennom hele forskningsprosessen. Dette bidrar til en gjennomsiktighet i studien (Ellingsen & Drageset, 2010). Jeg har tilstrebet å gi nøye beskrivelser av hvordan jeg har kommet frem til funnene i studien. Datainnsamlings- og analyseprosessen er beskrevet med mål om at leseren skal sitte igjen med innsikt i hvordan dataen er utviklet.

Jeg har gjennomført alle stegene i studien selv. Ved datainnsamling og analyse kan dette være en styrke i studien ettersom det har bidratt til at jeg har fått god kjennskap til den innsamlede dataen. Jeg tilstrebet å gjennomføre transkripsjonene og analysen nøye. At jeg selv var til stede i intervjusituasjonene bidro til at jeg kunne oppklare eventuelle uklarheter i datamaterialet. Analyseprosessens siste faser (4 og 5) er preget av fortolkning, men jeg var bevisst på for forståelsen min. For å illustrere hovedpoengene i datamaterialet har jeg inkludert relevante sitater i presentasjonen av funnene. Jeg har ikke tatt med sitatene for å påstå at det som ble sagt er sant, men for å vise at tolkingen og sammenfatningen min baserer seg på dataen som er samlet inn.

Funnene i denne studien kan ha blitt påvirket av min for forståelse, ettersom jeg har forsket i eget fagfelt. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) inneholder all tekst mer enn en mening, og

siden jeg har gjort all analyse selv, kan noen av funnene ha blitt påvirket av forforståelsen min, enten ved at jeg har oversett sammenhenger eller at jeg har utelatt data andre ville tatt med. Jeg hadde som hensikt å gå inn i alle intervjusituasjonene med en intensjon om å helt og holdent høre på hva deltakerne sa og mente. Selv om jeg har jobbet i hjemmesykepleien, hadde jeg ingen tilknytning til hverken deltakerne eller deres arbeidssted før intervjuene. Kvale og Brinkmann (2015) mener det er viktig at intervjueren er kunnskapsrik. Jeg mener derfor min forforståelse kan ha vært positiv med tanke på å stille gode oppfølgings spørsmål og at jeg bedre kunne forstå hva deltakerne snakket om, samt for å formidle resultatene på en god måte. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) krever det mye øvelse for å bli en god intervjuer. Etersom jeg er uerfaren i å bruke intervju som metode, opplevde jeg i ettertid av intervjuene at jeg ikke alltid hadde stilt oppfølgings spørsmål for utdyping av det deltakerne sa. I noen tilfeller opplevde jeg også at jeg var så inne i samtalen at jeg ikke klarte å innta spørrende og nysgjerrig rolle. Dette førte til litt tynn data enkelte steder, og også et litt kort intervju. Det korte intervjuet var likevel informativt, og bidro med nyttig data.

Pålitelighet ses ofte i sammenheng med om resultatet i studien kan reproduseres av andre på et senere tidspunkt (Ellingsen & Drageset, 2010; Kvale & Brinkmann, 2015). Dette er derimot et kriterium som sjeldent blir brukt i kvalitativ forskning ettersom forskeren i stor grad er med på å påvirke alle deler av forskningsprosessen (Malterud, 2017). Til tross for den detaljerte beskrivelsen av fremgangsmåten i denne studien vil det derfor ikke være mulig å reprodusere resultatene, ettersom forskningsprosessen er påvirket av meg som forsker (Malterud, 2017).

Gyldighet

Gyldigheten av en studie handler om hvorvidt studien undersøker det den har som hensikt å undersøke, og om metoden som er brukt i studien bidrar til å besvare problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2015). For å sikre at det skal være mulig å vurdere gyldigheten av denne studien har jeg vært bevisst på å gjøre rede for alle valg som er tatt i forbindelse med utvalg, datainnsamling og analyse. Ved å gjøre dette har leseren mulighet til å avgjøre om det foreligger tillit til at metoden som er brukt var riktig for å undersøke det studien hadde som hensikt å undersøke (Ellingsen & Drageset, 2010).

En styrke ved utvalget er at det representerer en variasjon av erfaringer og kompetanse, samt erfaringer fra ansatte på både fagskole- og høyskolenivå. Det er også forsøkt å få innsikt i forskjellige syn på tematikken ved å inkludere ansatte fra ulike enheter i hjemmesykepleien. Utvalget i studien er påvirket av at det var utfordrende å få nok deltakere. Målet var å rekruttere deltakere ved hjelp av utvalgte kommuner, som kunne bistå med å finne aktuelle

enheter. Ettersom det viste seg å bli utfordrende å rekruttere på denne måten, ble det etter hvert rekruttert ved hjelp av et tilgjengelighetsutvalg, som vil si at det inkluderes deltakere det er mulig å få tak i (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette er deltakerne som er valgt fra min side kun styrt av inklusjonskriteriene, mens enhetslederne bestemte på vegne av enhetene som er inkludert. Dette har ført til at det ikke har vært mulig å styre fordelingen av fag (sykepleier/helsefagarbeider) og kjønn som er representert. I tillegg har det ført til en skjevhet i antall deltakere fra hver enhet. Basert på at utvalget i studien kun er kvinner, kan det tenkes at studiens utfall ville vært annerledes dersom menn også hadde deltatt. Intervjuer med vernepleiere ville trolig også gitt et annet resultat. Ettersom hjemmesykepleien i Norge er organisert ulikt, ville trolig ansatte ved andre enheter hatt andre meninger enn det som kommer frem i denne studien.

Det kan også diskuteres om det å inkludere enhetslederen i rekrutteringsprosessen kan ha påvirket studiens resultat. Flere av deltakerne fortalte at de deltok fordi lederen deres oppfordret dem til det. Noen gav også uttrykk for at de ikke var helt klar over formålet med studien. Jeg satt likevel ikke igjen med en følelse av at enhetslederne oppfordret deltakerne til å delta i så stor grad at de følte de måtte delta. På en annen side uttrykte flere av deltakerne at de synes det var positivt å bidra. Det å inkludere enhetslederne i rekrutteringen førte også til at jeg fikk flere deltakere enn jeg sannsynligvis ville gjort dersom jeg måtte kontakte deltakerne selv.

Overførbarhet

Overførbarhet handler i kvalitativ metode om studiens resultater kan overføres til andre kontekster og utvalg (Ellingsen & Drageset, 2010; Malterud, 2017). Det er den som skal bruke funnene som må vurdere om resultatene er overførbare til deres kontekst (Graneheim & Lundman, 2004). For at dette skal være mulig har jeg i denne studien tilstrebet å gi gode beskrivelser av studiens kontekst, utvalget og deres karakteristika, datainnsamlingen og analyseprosessen, samt en god presentasjon av resultatet sammen med beskrivende sitater. På denne måten har jeg lagt til rette for at det skal være mulig for leserne og praksisfeltet å vurdere om resultatene passer for egen praksis.

Generaliserbarhet er et problematisk begrep i kvalitativ forskning (Malterud, 2017). Uansett resultat vil ingen forskning være allmenngyldig, og ikke direkte overførbare til andre kontekster (Malterud, 2017). Hensikten med denne studien var ikke å oppnå generaliserbare funn, men å gi en innsikt i hva ansatte mener om kvaliteten i hjemmesykepleien og hvilke faktorer som er viktige for å yte tjenester med god kvalitet. På bakgrunn av dette vil ikke

resultatene fra denne studien være overførbare til alle hjemmesykepleieenheter i landet. Resultatet ville trolig blitt et annet dersom utvalget var annerledes. Likevel er det sannsynlig at noe av kunnskapen kan brukes i liknende kontekster, herunder hjemmesykepleien.

En svakhet ved utvalget i denne studien kan være at utvalget er homogent. Flere av deltakerne kommer fra samme arbeidssted. Dette kan påvirke datamaterialet, blant annet ved at det kan være vanskelig å innhente data som frembringer ny kunnskap eller som åpner opp for nye spørsmål (Malterud, 2017). Det kan være at deltakerne har snakket sammen på forhånd, og at dette er grunnen til at de deler mange av de samme meningene. Likevel kan det være naturlig at ansatte fra samme enhet deler meninger fordi de snakker sammen til daglig. Jeg opplevde at flere av deltakerne møtte til intervju uten å helt vite hva de gikk til, noe som kan indikere at de ikke har snakket sammen om intervjusituasjonen på forhånd. I tillegg mener jeg at ettersom mye av det samme kom frem gjennom intervjuer med deltakere fra andre enheter, er dette med på å understreke at meningene ikke bare deles av ansatte innad i en enhet, men også på tvers av flere enheter. Til tross for at det kan være svakheter med studien, fikk jeg likevel informasjonsrik og meningsrik data som bidro til å svare på studiens problemstilling.

7.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å få en innsikt i hvilke faktorer ansatte i hjemmesykepleien mente var viktige for å kunne yte tjenester med god kvalitet. Funnene i studien indikerte at deltakerne jevnt over var fornøyde med tjenestekvaliteten. Faktorene som var viktige for deltakerne for å yte tjenester med god kvalitet var knyttet til fire områder. At pleierne hadde tilstrekkelig kompetanse, erfaring og god opplæring var viktige faktorer. Videre kunne kvalitet være knyttet til kommunikasjon og informasjonsflyt, hvor det å kjenne til brukerens behov og kommunikasjon mellom de ulike instansene rundt brukeren var viktig for kvaliteten. En tredje faktor omhandlet måten hjemmesykepleien var organisert på. Her kunne kontinuitet og fordeling av arbeidsoppgaver påvirke kvaliteten. Til slutt kom det frem at kvalitet var knyttet til ressurser, som tilstrekkelig bemanning og tid til å utføre oppgaver på en god måte. Dersom det var mangel på en eller flere av disse faktorene, for eksempel mangel på opplæring, lav kontinuitet, dårlig kommunikasjon eller dårlig tid, kunne dette føre til dårlig kvalitet og forsømmelser i tjenesten til den enkelte bruker. Funnene er i tråd med tidligere forskning som viser at flere av faktorene har betydning for god kvalitet, og det er avdekket mangler på flere av områdene. Denne studien er gjennomført med en åpen og eksplorativ tilnærming. Da det likevel gjennom analysene kom frem det samme som i annen forskning, kan det settes spørsmålstegn ved hvorfor det er så vanskelig å få gjort noe med disse faktorene når det vises til at disse forholdene øker risikoen for kvalitetsbrist og forsømmelser i tjenestene. Det er fokus på at hjemmesykepleien skal levere tjenester av god kvalitet, og det vil trolig være interessant å finne ut av hva som bidrar til at kjente utfordringer ikke blir tatt tak i, til tross for indikasjoner på at behovet er der. Det er videre behov for å undersøke nærmere hvilke faktorer som henger sammen, og om det er noen forhold i hjemmesykepleien som bidrar i særlig grad til utfordringene.

Referanseliste

- Aarheim, K. A. (2004). Dokumentasjon og kvalitetssikring i heimesjukepleia. I M. Solheim & K. A. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (s. 78-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aasland, D. G., Eide, S. B., Grelland, H. H., Kristiansen, A. & Sævareid, H. I. (2011). *Kvalitet og kvalitetsopplevelse : en bok om kvalitet i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I. & Stephansen, A. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet* (IRIS 2014-382). Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/280736419_Samhandlingsreformens_konsekvenser_for_det_kommunale_pleie-_og_omsorgstilbudet
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). Aacn standards for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 187-197. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/227836630?accountid=12870>
- Andersen, J. E. (2018). SSB: flere eldre enn yngre i Norge om 15 år. Hentet 20.03. 2019 fra <https://forskning.no/befolkningshistorie/ssb-flere-eldre-enn-yngre-i-norge-om-15-ar/1193937>
- Arabani, P. P. & Saleh, B. S. (2017). What do nurses actually need? Is it competence or confidence. *Global Journal of Nursing & Forensic Studies*, 2(1), 1-2. <https://doi.org/10.4172/2572-0899.1000112>
- Arntzen, E. (2013). *En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Attree, M. (2001). Patient and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and Not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01689.x>
- Bakke, H. K. (2004). Nye tanker om bemanning i sykehjem. Hentet 03.04 2020 fra <https://tidsskriftet.no/2004/11/aktuelt-i-foreningen/nye-tanker-om-bemanning-i-sykehjem#reference-2>
- Batch, M. & Windsor, C. (2015). Nursing casualization and communication: a critical ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 870-880. <https://doi.org/10.1111/jan.12557>

- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M. & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 59-72. <https://doi.org/10.1111/opn.12057>
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Birkeland, A. & Natvig, G. K. (2008). Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(2), 3-14. Hentet fra <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/150728/BirkelandNatvig.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bostick, J. E., Rantz, M. J., Flesner, M. K. & Riggs, C. J. (2006). Systematic Review of Studies of Staffing and Quality in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), 366-376. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.01.024>
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L. & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>
- Bowers, B. J., Luring, C. & Jacobson, N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 484-491. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01686.x>
- Braut, G. S. (2017). Hjemmesykepleie. Hentet 04.06. 2019 fra <https://sml.snl.no/hjemmesykepleie>
- Chan, E. A., Jones, A. & Wong, K. (2013). The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jan.12064>

- Cheung, C.-K. & Chow, E. O.-W. (2006). Spilling over Strain between Elders and Their Caregivers in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 63(1), 73-93. <https://doi.org/10.2190/drkj-nq3w-knh2-gpw9>
- Chou, S. C., Boldy, D. P. & Lee, A. H. (2003). Factors influencing residents' satisfaction in residential aged care. *Gerontologist*, 43(4), 459-472. <https://doi.org/10.1093/geront/43.4.459>
- Christiansen, B. (2010). Why Do Nurses Utilize Textual Knowledge Sources at Work? *Vard i Norden*, 30(4), 4-8. <https://doi.org/10.1177/010740831003000402>
- Christoffersen, S. A. (2011a). Innledning. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg., s. 13-17). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (2011b). Profesjoner og profesjonsetikk- hva er det? I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg., s. 18-43). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S. A. (2011c). Profesjonsetikk som dømmekraft. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg., s. 65-88). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cioffi, J. & Ferguson Am, L. (2009). Team nursing in acute care settings: Nurses' experiences. *Contemporary Nurse*, 33(1), 2-12. <https://doi.org/10.5172/conu.33.1.2>
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2016). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? – Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. *Senter for omsorgsforskning*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.5067.4960>
- Dale, B., Sævareid, H., Kirkevold, M. & Söderhamn, O. (2011). Older home-living patients' perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(3), 219-234. Hentet fra <https://www.idunn.no/nsf/2011/03/art02>
- Dale, G. & Eikemo, S. (2019). Kompetanseheving i eldreomsorgen kan gjøre helsepersonell tryggere. *Sykepleien*, e-74579. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74579>
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M. & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-367>
- Eide, H. (2016). *Kommunikasjon med eldre- "COMHOME": Resultatrapport fra 1.10.2015-1.10-2016* (NFR PraksisVEL prosjekt nr. 226537). Drammen: Vitensenteret helse og teknologi. Hentet fra <https://www.usn.no/forskning/hva-forsker-vi-pa/helse-og->

velferd/vitensenteret-helse-og-teknologi/forskning-og-innovasjon/kommunikasjon-med-eldre-comhome-prosjektet

- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247-273. <https://doi.org/10.1080/158037042000225245>
- Everett, E. L. & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L. & Meretoja, R. (2017). Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035-1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>
- Flodgren, G., Bidonde, J. & Berg, R. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-sikkerhet-i-helse-og-omsorgssektoren-rapport-2017-v2.pdf>
- Folkehelseloven- fhl. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2009-06-19-65). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-1997-02-27-358). Hentet fra <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- From, I., Johansson, I. & Athlin, E. (2009). The meaning of good and bad care in the community care: older people's lived experiences. *International Journal of Older People Nursing*, 4(3), 156-165. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00156.x>
- From, I., Wilde-Larsson, B., Nordström, G. & Johansson, I. (2015). Formal caregivers' perceptions of quality of care for older people: associating factors. *BMC Research Notes*, 8(623), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1597-7>

- Furåker, C. (2012). Registered Nurses' Views on Competencies in Home Care. *Home Health Care Management & Practice*, 24(5), 221-227.
<https://doi.org/10.1177/1084822312439579>
- Førland, O. & Folkestad, B. (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015* (1/2016). Senter for omsorgsforskning. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2429236/Hjemmetjenestene%20i%20Norge.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gautun, H. & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA Rapport 14/2014). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre* (Fafo-rapport 2011:12). Hentet fra <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/eldreomsorg-under-press>
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mota det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVA Rapport 8/2013). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/1289065/Samhandlingsreformen.pdf>
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvensen av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA Rapport 6/2016). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende>
- Gjevjon, E. R. (2009). *Kontinuitet i hjemmetjenesten – en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere* (Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2009 nr. 2). Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/144264/elektronisk%20versjon_Kontinuitet%20i%20hjemmetjenesten-forel%3%b8pig%20rapport.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18-26. Hentet fra

- https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/kontinuitet_i_hjemmesykepleien_vanskelige_vilkaar_men_god
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I. & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553-563. <https://doi.org/10.1111/jan.12214>
- Gjevjon, E. R., Romøren, T. I., Kjøs, B. Ø. & Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 182-190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x>
- Glad, T. (2019). Arbeidsglede i hjemmesykepleien. *Nordisk tidsskrift for helseforskning [elektronisk ressurs]*, 15(2), 1-14. <https://doi.org/10.7557/14.4997>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grönroos, E. & Perälä, M.-L. (2008). Self-reported competence of home nursing staff in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 27-37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04747.x>
- Gundersen, D. (2019). Profesjon. Hentet 27.03 2020 fra <https://snl.no/profesjon>
- Hafskjold, L., Eide, T., Holmström, I. K., Sundling, V., van Dulmen, S. & Eide, H. (2016). Older persons' worries expressed during home care visits: Exploring the content of cues and concerns identified by the Verona coding definitions of emotional sequences. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1955-1963. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.015>
- Halvorsrud, L., Kuburović, J. & Andenæs, R. (2017). Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(1), 1-15. <https://doi.org/10.7557/14.4119>
- Halvorsrud, L., Pahr, L. & Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 244-250. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0133>
- Hannan, S., Norman, I. & Redfern, S. (2001). Care Work and Quality of Care for Older People: A Review of the Research Literature. *Reviews in Clinical Gerontology*, 11(2), 189-203. <https://doi.org/10.1017/S0959259801112104>
- Haukelien, H., Vike, H. & Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i*

- kommunehelsetjenesten (EVUK)* (TF-rapport nr. 252). Telemarksforskning. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2439293>
- Havig, A. K., Skogstad, A., Kjekshus, L. E. & Romøren, T. I. (2011). Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-327>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening, framtidens omsorgsutfordringer* (St. Meld. nr. 25 (2005-2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 10 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019a). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018–2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019b). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)* (Prop. 1 S 2019-2020). Hentet fra https://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2020/dokumenter/pdf/HOD.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven- hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Hignett, S., Otter, M. E. & Keen, C. (2016). Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 1-14.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.011>
- Hofstad, G. E. & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten- gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien* (STF78 A033501). SINTEF Helse. Hentet fra <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2467188>
- Häggsström, E., Mamhidir, A. G. & Kihlgren, A. (2010). Caregivers' strong commitment to their relationship with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 99-105. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01818.x>
- Högländer, J., Eklund, J. H., Eide, H., Holmström, I. K. & Sundler, A. J. (2017). Registered Nurses' and nurse assistants' responses to older persons' expressions of emotional needs in home care. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2923-2932.
<https://doi.org/10.1111/jan.13356>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kattouw, C. E. & Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning*, 13(e-74391), 1-20.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B. J. M., Francke, A. L. & Delnoij, D. M. J. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14, 249-259.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf.;jsessionid=4ACFEDC1EE77F026452656CD55297992?sequence=1
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvilhaugsvik, B. & Husøy, G. (2017). Må samarbeide mer på tvers. *Sykepleien*, 105(3), 64-67. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60913>
- Kyte, L., Kleven, O. T., Kvigne, K. & Elzer, T. A. (2011). Medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap i sykepleiepraksis. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 314-322. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0184>
- Larsen, A., Broberger, E. & Petersson, P. (2017). Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 342-350. <https://doi.org/10.1111/scs.12352>
- Lien, L. & Gjernes, T. (2009). - *Miljøet hos oss er helt konge! Om nærvær og (syke)fravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer* (NF-rapport nr. 11/2009). Nordlandsforskning. Hentet fra http://m.nordlandsforskning.no/getfile.php/132586-1412595863/Dokumenter/Rapporter/2009/Rapport_11_2009.pdf
- Malmedal, W., Hammervold, R. & Saveman, B.-I. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *Journal of Adult Protection*, 16(3), 133-151. <https://doi.org/10.1108/JAP-02-2013-0004>
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. & Saveman, B.-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes- as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 231-242. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00611.x>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moland, L. E. (2015). *Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid* (Fafø-rapport 2015:25). Hentet fra <https://www.fafø.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafø-rapporter/item/storre-stillinger-og-bedre-drift>
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2012a). *Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?* (Fafø-rapport 2012:14). Hentet fra <https://www.fafø.no/en/publications/fafø-reports/item/hvordan-kan-kommunene-tilby-flere-heltidsstillinger>
- Moland, L. E. & Bråthen, K. (2012b). *Langturnus og hele stillinger i Bergen kommune. Arbeidstid i tjenester for utviklingshemmende og psykisk syke* (Fafø-rapport 2012:60). Hentet fra <https://fafø.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafø-rapporter/item/langturnus-og-hele-stillinger-i-bergen-kommune>

- Moland, L. E., Elgvin, O., Hilsen, A. I. & Lien, L. (2014). *Saman om ein betre kommune: Dypdykk i 16 kommuner* (Fafo-rapport 2014:17). Hentet fra <https://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/saman-om-ein-betre-kommune-dypdykk-i-16-kommuner>
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiwicz, J. & Nakrem, S. (2020). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5047-4>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2010/kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet-----/>
- Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>
- Nylenna, M., Bjertnes, Ø., Saunes, I. S. & Lindahl, A. K. (2015). What is Good Quality of Health Care? *Professions & professionalism*, 5(1), 1-15. <https://doi.org/10.7577/pp.909>
- Orvik, A. (2017). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Purdy, N., Spence Laschinger, H. K., Finegan, J., Kerr, M. & Olivera, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 901-913. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01172.x>
- Redfern, S., Hannan, S., Norman, I. & Martin, F. (2002). Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 512-517. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00396.x>
- Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen* (Dokument 3:5 (2018–2019)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Roe, B., Whattam, M., Young, H. & Dimond, M. (2001). Elders' perceptions of formal and informal care: aspects of getting and receiving help for their activities of daily living.

Journal of Clinical Nursing, 10(3), 398-405. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00484.x>

- Rokstad, A. M. M. & Øvereng, A. (2017). *Kompetanseutvikling og forutsetninger for faglig gode arbeidsmiljø i kommunal helse- og omsorgstjeneste til eldre - oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Aldring og helse, nasjonal kompetansetjeneste. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport6_kompetanseutvikling_forutsetninger_faglig_gode_arbeidsmiljo.pdf
- Røhne, M., Ausen, D. & Grut, L. (2017). *Verktøy for ressursplanlegging i hjemmetjenesten. OPTET- Optimeringsteknologi i hjemmebaserte tjenester* (2017:00672). Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-rapport-2017-00672-verktoy-for-ressursplanlegging-i-hjemmetjenesten.pdf>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: SAGE Publications Ltd.
- Solheim, M. (2004). Heimesjukepleie- eit spegelbilette av samfunnet og helsetenesta. I M. Solheim & K. A. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (2. utg., s. 24-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solheim, M. & Aarheim, K. A. (2004). Innleiing. I M. Solheim & K. A. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (2. utg., s. 15-23). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* (IS-1162). Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/2007/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf>
- Tashiro, J., Shimpuku, Y., Naruse, K., Maftuhah & Matsutani, M. (2013). Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 170-179. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00222.x>
- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B. & Skogli, E. (2018). *Bemanning, kompetanse og kvalitet- status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene* (Menon-publikasjon nr. 51/2018). Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3992479/cache=20181408180300/Menon%202018.pdf>
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280-285. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134>

- Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396.
<https://doi.org/10.1177/0969733011398099>
- Vaidya, R. S., Shapiro, S. J., Papa, V. A., Kuperman, V. G., Ali, V. N., Check, V. T. & Lipton, V. M. (2012). Perceptions of Health Information Exchange in Home Healthcare. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 30(9), 503-509.
<https://doi.org/10.1097/NXN.0b013e3182573a91>
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L. & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45-53.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>
- Vatnøy, T. K., Karlsen, T.-I. & Dale, B. (2019). Exploring nursing competence to care for older patients in municipal in-patient acute care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3339-3352. <https://doi.org/10.1111/jocn.14914>
- Weum, M., Bragstad, L. K. & Glavin, K. (2017). How public health nurses use sources of knowledge. *Sykepleien Forskning*, 12(e-64242).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64242>
- Widar, M., Ek, A.-C. & Ahlström, G. (2007). Caring and uncaring experiences as narrated by persons with long-term pain after a stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 41-47. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00449.x>
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S. & Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care?: Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 58(1), 177-192. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00161-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00161-8)
- World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Hentet fra
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf;jsessionid=953E775BCBF728635248727A379DBF7D?sequence=1

Vedlegg 1- Henvendelse til kommunene

Henvendelse vedrørende forskningsprosjekt

Hei.

Jeg kontakter dere i forbindelse med deltakelse i et forskningsprosjekt. Jeg holder på å skrive en masteroppgave som har til hensikt å utforske kvaliteten i hjemmesykepleien, og trenger i den anledning deltakere som kan stille til intervju og bidra med data til prosjektet.

Ønsket mitt er å inkludere faglærte som jobber i hjemmesykepleien (gjern fra de som ambulerer, ikke omsorgsboliger), og jeg vil med dette spørre om hjemmesykepleien i xx kommune ønsker å delta i prosjektet?

Dersom hjemmesykepleien ønsker å være med, ber jeg om at **vedlagt brev og informasjonsskriv til deltakere** videresendes til enhetsledere i hjemmesykepleien slik at de kan hjelpe meg å finne deltakere til prosjektet. Jeg ser for meg at jeg trenger inntil 5 deltakere, gjerne fra ulike soner/enheter (for eksempel 2-3 stk. fra to soner/enheter). Vedlagt informasjonsskriv inneholder mer utdypende informasjon dersom dere ønsker å lese det.

Ved spørsmål kan du kontakte meg, Katrine Kvanneid, eller veileder og prosjektansvarlig Sigrid Nakrem (sigrid.nakrem@ntnu.no, tlf. 73412163).

Håper på tilbakemelding på forespørselen!

Med vennlig hilsen

Katrine Kvanneid

Masterstudent

Katrikv@stud.ntnu.no

Tlf. 48299234

Vedlegg 2- Informasjonsskriv til enhetsleder i hjemmesykepleien

Brev til enhetsleder

Du mottar dette brevet som en forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt. Det er et masterprosjekt som har til hensikt å utforske kvaliteten i hjemmesykepleien, og jeg trenger i den anledning ansatte i hjemmesykepleien som deltakere som kan stille til intervju og bidra med data til prosjektet. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle kvaliteten generelt, god kvalitet og dårlig kvalitet i tjenestene.

Vedlagt er et informasjonsskriv som inkluderer informasjon om prosjektet, samt om hvilke kriterier deltakerne skal oppfylle for å bli inkludert i studien (*under pkt. «hvorfør får du spørsmål om å delta?»*). Dersom dere vil bli med i prosjektet ønsker jeg hjelp fra deg til å finne deltakere blant de ansatte som oppfyller kriteriene og som kunne tenke seg å være med å stille til intervju. Du må gjerne dele ut vedlagt informasjonsskriv med samtykkeskjema til aktuelle ansatte, samt sende meg kontaktinformasjon til de som eventuelt sier ja til å bli med slik at jeg kan få kontakt med dem.

Ved spørsmål kan du kontakte meg, Katrine Kvanneid, eller veileder og prosjektansvarlig Sigrid Nakrem (sigrid.nakrem@ntnu.no, tlf. 73412163).

Håper på positiv tilbakemelding!

Med vennlig hilsen

Katrine Kvanneid

Masterstudent

Katrikv@stud.ntnu.no

Tlf. 48299234

Vedlegg 3- Informasjonsskriv/samtykkeskjema til deltakerne

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Forsømmelser og kvalitetsbrist i hjemmesykepleien- en eksplorativ studie av kvaliteten i hjemmesykepleien sett fra de ansattes perspektiv»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke kvaliteten i hjemmesykepleien sett gjennom pleiernes øyne. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å undersøke hva ansatte i hjemmesykepleien mener om kvaliteten på tjenestene de yter, og hvilke faktorer de mener har betydning for kvaliteten.

Intervjuene er en del av min masteroppgave i folkehelse, og arbeidet med prosjektet vil foregå fra august 2019 til desember 2020. Jeg vil bruke materialet som blir samlet inn til å hjelpe med å svare på problemstillingen min.

Min problemstilling er: «Hvilke faktorer opplever ansatte i hjemmesykepleien har betydning for å gi tjenester med god kvalitet til pasienter med store og komplekse behov?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har fått din kontaktinformasjon fordi du har takket ja til å delta i studien. Du ble spurt om å delta i studien fordi:

- Du er sykepleier/vernepleier eller hjelpepleier/helsefagarbeider.
- Du har en fast stilling som er over 50%.
- Du har jobbet i hjemmesykepleien mer enn et år.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar på et intervju som vil vare i ca. 60 minutter. Det vil foregå et sted som passer deg. Under intervjuet vil du bli spurt spørsmål som omhandler dine egne meninger og opplevelser rundt temaet som kan hjelpe meg å besvare problemstillingen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, og deretter skrevet over til skriftlig form.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noe grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke lenger ønsker å delta.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som kommer frem i dette skrivet. Vi

behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare min veileder og meg som vil ha tilgang til opplysningene dine, og datamaterialet vil bli lagret slik at andre ikke får tilgang.

Resultatene fra studien vil bli publisert i masteroppgaven og eventuelt i en vitenskapelig artikkel. Dataene vil bli anonymisert slik at du ikke kan gjenkjennes i publikasjonene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes ved utgangen av 2020, og rådataene vil bli slettet etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU ved *veileder Sigrud Nakrem*, sigrud.nakrem@ntnu.no, tlf. 73412163 eller *masterstudent Katrine Kvanneid*, katrikv@stud.ntnu.no, tlf. 48299234
- Vårt personvernombud: *Thomas Helgesen*, thomas.helgesen@ntnu.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sigrud Nakrem
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Katrine Kvanneid
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «forsømmelser og kvalitetsbrist i hjemmesykepleien», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4- Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning

Definere situasjonen:

Fortelle om formålet og hensikten med intervjuet: Hensikten er å få frem dine syn på kvaliteten i hjemmetjenesten, samt hva du mener/hvilke faktorer du mener er viktig for å yte god pleie. Jeg kommer til å spørre spørsmål og ta opp ulike tema jeg ønsker at du skal svare på og utdype. Jeg er ikke ute etter rette svar og ingenting du sier er feil. Jeg er interessert i alle meninger og vinklinger.

Jeg vil bruke lydopptaker til å ta opp intervjuet. Dette er for å være sikker på at jeg får med meg alt som blir sagt, og for at jeg ikke skal huske noe som blir sagt feil. Jeg vil også gjøre meg noen notater underveis.

Husk at du når som helst kan trekke deg, både underveis i intervjuet og etter gjennomført intervju. Du trenger ikke ha noe grunn for det, og dersom du trekker deg, vil alt datamateriale bli slettet.

Åpningsspørsmål

Utdanning og stillingsprosent. Har du jobbet ved andre enheter?

Hvor lenge har du jobbet i hjemmesykepleien?

Kan du fortelle litt om hvilke typer brukere du jobber med, og ca. hvor mange brukere du er innom i løpet av en dag?

- Hva synes du om antallet?

Hovedtema 1

- Når jeg sier god kvalitet i tjenestene til hjemmesykepleien, hva tenker du da?
 - Og hvis jeg sier dårlig kvalitet?
- Hva mener du om kvaliteten i hjemmesykepleien/hvordan synes du kvaliteten er der du jobber i dag?
 - Hva er det som bidrar til at du synes den er god/dårlig?
- Er det noen spesielle tilfeller/situasjoner du mener det er lettere å gjøre en halvveis jobb enn andre?
 - Hva tror du dette kan skyldes?
- Hva tror du kan være årsaken til at det blir utført tjenester med dårlig kvalitet?

Hjelpespørsmål: Kan du utdype, hva mener du med det?

Oppfølgingsspørsmål på bakgrunn av det de har sagt- du nevnte ... kan du utdype?

Hovedtema 2

- Hva mener du har betydning for at kvaliteten på tjenestene som blir gitt skal være god?
 - Hva kan bidra til at du opplever å gi god pleie/sykepleie?

- Er det noe du mener må endres for at kvaliteten skal bli bedre?

Avslutning

Da nærmer vi oss slutten på intervjuet. Før vi avslutter, er det noe mer du sitter inne med i forhold til tema som du føler at du ikke har fått sagt?

Oppsummering: Jeg vil nå foreta en rask oppsummering for å være sikker på at jeg har fått med det viktigste. Si ifra dersom noe er glemt eller ikke stemmer.

Hvordan har det vært for deg å delta?

«Tusen takk for at du stilte opp»

Vedlegg 5- Godkjenning fra NSD

4.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjektittel

Forsømmelser og kvalitetsbrist i hjemmesykepleien

Referansenummer

316178

Registrert

06.06.2019 av Katrine Kvanneid - katrikv@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sigrid Nakrem, sigrid.nakrem@ntnu.no, tlf: 73412163

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Katrine Kvanneid, katrikv@stud.ntnu.no, tlf: 48299234

Prosjektperiode

01.08.2019 - 31.12.2020

Status

07.06.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

07.06.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 07.06.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Utvalget har taushetsplikt. NSD bemerker at det under intervjuene dermed ikke må stilles spørsmål relatert til taushetsbelagte opplysninger.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å

melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 6- Kodeliste

Kategorier

Sub-kategorier

Koder

En arbeidsplass med kompetanse

Kompetanse og erfaring

- Sterk faggruppe
- God sykepleiedekning
- Kompetansemangel
- Sterkt fagmiljø
- Sterkt fagmiljø
- Kompetansemangel
- Mange nyutdannede
- Kompetansemangel
- Ansatte med erfaring
- Tilgang på kompetanse
- Innleie av ansatte
- Kompetansemangel
- Bruk av kompetanse
- Kompetanse på innleie
- Kompetanse i ulike situasjoner
- Riktig kompetanse
- Viktig med kompetanse hos pleierne
- Viktig med erfaring og å jobbe kunnskapsbasert
- Jobbe kunnskapsbasert
- Bruk av verktøy og hjelpemidler
- Mangel på kompetanse
- Bruk av hjelpemidler
- Ta i bruk hjelpemidler
- God kompetanse i ansattgruppen
- Kompetanse i ansattgruppen
- Kompetansemangel
- Bruk av kunnskap, erfaring og verktøy
- Mer spesialiserte ansatte
- Ressurspersoner
- Bedre kompetanse gir bedre kvalitet
- Sterkt fagmiljø
- Ansatte med kompetanse
- Pleiere på rett sted
- Viktig med kompetanse
- Assistenters erfaring
- God kompetanse i ansattgruppen
- Å gi helhetlig sykepleie
- Å se helheten
- Å ha det kliniske blikket

Opplæring og kompetanseheving

- Faglig oppdatering
- Fag i endring
- Inkludering av hjemmetjenesten
- Kompetanseheving
- Manglende fagoppdatering
- Kompetanseheving
- Kompetanseheving

- Kompetanseheving
- Faglig oppdatering
- Opplæring av nyansatte
- God opplæring
- Dårlig opplæring
- Manglende opplæringsrutiner
- Manglende opplæring (=usikkerhet)
- Grundig opplæring
- Tjener på opplæring
- Viktig med kurs
- Lett å ikke gi opplæring
- Organisering av opplæring
- Opplæring og kursing er viktig
- System på kurs og opplæring
- Kompetanseheving
- Mulighet til kompetanseheving
- Opplæring

Kommunikasjon, informasjonsflyt og samhandling

Å se brukerens behov

- Å se brukerens behov
- Å se brukerens behov
- Møte brukerne og deres behov
- Gi brukeren hjelpen de skal ha
- Gi brukerne hjelpen de skal ha
- Å følge vedtak
- Å se brukeren
- Å være observant
- Å følge vedtak
- Gi brukeren en dårlig følelse
- Uhøflige pleiere
- Respektløse pleiere
- Kommunikasjon med brukerne
- Kommunikasjon med brukerne
- Jevnlige samtaler med brukerne
- Samtaler kartlegger behov
- Vil det beste for brukerne
- Samtaler med brukerne
- Kontakt med brukerne
- Ydmyk og bruke tid
- Se brukernes behov
- Kommunikasjon med brukerne

Arbeidsklima

- Godt arbeidsmiljø (=godt samarbeid)
- Assistenters forhold til arbeidsplassen
- Assistenters forhold til arbeidsplassen
- Tillit til kolleger
- Personalgruppen
- Tillit til kolleger

- Hjelper med godt arbeidsmiljø
- Godt arbeidsmiljø (=god kvalitet)
- Eierforhold til jobben
- Stolthet til jobben
- Stolthet til jobben
- Stolthet til jobben
- Trivsel på arbeidsplassen
- Stabil arbeidsgruppe
- Godt forhold til personalgruppen
- Viktig med godt forhold til kolleger
- Stabil ledelse og godt forhold
- Bruk av deltidsstillinger (=ikke eierskap til jobben)
- Eierforhold til jobben
- Innsikt i kollegers arbeidsdag
- Godt kollegium
- Godt kollegium
- Kan alltid rådføre seg
- Rom for å spørre
- Tørre å spørre
- Samarbeid med kolleger
- Samarbeid med kolleger
- Brukermøter
- Diskuterer brukerne
- Samarbeid om brukerne
- God samarbeid
- Godt samarbeid
- Brukermøter
- Godt samarbeid med kolleger
- Hjelp ved behov

- Nær ledelse
- God oppfølging
- God ledelse
- Rom for diskusjoner
- Snakke samme språk
- Viktig med tverrfaglig samarbeid
- Tverrfaglig kommunikasjon
- Tverrfaglig samarbeid
- Tett tverrfaglig samarbeid
- Samarbeid med pårørende
- God oppfølging fra lege
- Frie tøyler fra ledelsen
- Ledelsen gir frie tøyler
- God ledelse
- Svak ledelse
- Involvert av ledelsen
- Bli involvert i arbeidshverdagen
- Bli involvert i arbeidshverdagen
- Bli involvert i arbeidshverdagen
- Erfaringsutveksling
- Samarbeid med pårørende
- Godt samarbeid med fastlegen
- Godt samarbeid med fastlegen
- Tverrfaglig samarbeid
- Godt samarbeid med ledelsen
- God ledelse
- Tverrfaglig samarbeid
- Samarbeid med pårørende

Kommunikasjon mellom ansatte

Oppdatering av oppdrag, informasjon og kunnskap om brukeren

- Dokumentasjon av oppfølging
- Ha kjennskap til brukerne
- Usikkerhet hos brukerne
- Informasjon om brukerne
- Bli kjent med brukerne
- Oppdaterte oppdrag
- Dårlig oppdaterte oppdrag
- God informasjon om brukerne
- Tid til å bli kjent
- Bli bedre kjent
- utfordringer med oppfølging
- Kunnskap om brukerne
- Kunnskap om oppdrag
- Dårlig oppdaterte oppdrag
- Oppdatering av oppdrag
- Dårlig oppfølging
- Oppdragstekst
- Vanskelig å komme forberedt hvis man ikke er oppdatert
- Oppdatere pleieplan
- Å kjenne brukeren

Samarbeid og med nøkkelpersoner

- Nærhet til lederne
- Samarbeid med lederne
- Be om hjelp

- Gode rutiner
- Få bedre rutiner
- Fort å miste beskjeder
- Forskjellig rapportering
- Medisineringssfeil
- Skriftlig rapportering
- Fort å glemme
- Skriftlige beskjeder
- Å holde ord
- Viktig med gode rutiner
- Notere viktige ting
- Viktig med gode rutiner
- Viktig å ha ting i orden
- Beskjeder som ikke blir gitt
- Dokumentasjonssvikt
- Krav til dokumentasjon
- Krav til dokumentasjon
- Dokumentasjonssvikt
- Rapportering og dokumentering
- Rapportering og dokumentering viktig for kvaliteten
- Rapportering og dokumentering
- Godt rapporteringssystem
- God rapportgiving
- Kommunikasjon mellom ansatte
- Dårlig kommunikasjon
- God kommunikasjon
- Vanskelig kommunikasjon
- Registrering av avvik
- Registrering av avvik

Organisering

Kontinuitet i pleien

- Krevende med kontinuitet
- Mange hjelpere
- Mange hjelpere
- Mange hjelpere
- Fast personale
- Mange hjelpere
- Mange hjelpere
- Mange brukere
- Mange brukere
- Få pleiere å forholde seg til
- Mange hjelpere
- Mange brukere ønsker få pleiere
- Mangel på kontinuitet
- Utrygge brukere

Organisering av arbeidsoppgaver

- Travle arbeidslister
- Utfordrende organisering av arbeidslister
- Utfordrende organisering av arbeidslister
- Arbeidslister etter geografi
- Organisering av turnus
- Arbeidslister etter geografi
- Organisering av arbeidslister
- Organisering av arbeidslister
- Organisering av arbeidslister
- Arbeidslister etter geografi
- Flere besøk på samme tid
- Ønsker faste ruter
- Fordeling av arbeidslister
- Annerledes organisering av arbeidslister
- Annerledes organisering av arbeid
- Struktur i arbeidsfordeling
- Organisering av arbeidslister
- Planlegging av arbeidslister
- Organisering av arbeidslister
- Utfordring med arbeidslister
- Organisering av arbeidslister
- Prøvd å gjøre noe med arbeidslistene
- Listeskrivere
- Utfordring med arbeidslister
- Erfaren listeskriver
- Oppgavefordeling
- Oppgaver basert på kompetanse
- Oppgaver basert på kompetanse
- Likhetsstanke i oppgavefordeling
- Likhetsstanke i oppgavefordeling
- Organisering av arbeidslister
- Reorganisering av arbeidslister
- Tenkes ikke nytt
- Utskiftning av listeskrivere
- Listeskrivere
- Listeskrivere
- Kortere lister
- Fordeling av kompetanse
- Bytte av oppdrag
- Lederansvar å fordele oppgaver

- Fordeling av oppgaver
- Mye tid på å bytte oppdrag
- System på bytte av oppdrag
- Arbeidslister etter geografi
- Dårlig planlegging
- Feil kompetanse hos bruker
- Dårlige tjenester når man ikke blir hørt
- Frustrasjon ved å ikke bli hørt
- Vikarers arbeidsoppgaver
- Kjennskap til oppdragene

Ressurser

Bemanning

- Vanskelig med innleie
- Faglig sårbarhet
- Sykdom og innsparing
- Få ansatte
- Mer ressurser
- Viktig med nok ressurser
- Varierende bemanning
- Varierende bemanning
- Økt bemanning
- Økt bemanning
- Økt bemanning
- Ønsker mer penger til ansettelser
- Mer penger til ansettelser og innleie
- Mer bemanning
- Bemanningen økes ikke
- Små stillinger
- Små stillinger går igjen
- Bemannes ikke opp
- Bemanningen økes ikke
- Spørsmål rundt bemanning
- Faste ansettelser
- Mange tanker angående flere ansatte
- Dårlig bemanning
- Mangel på ansatte
- Nok ansatte
- Mindre bemanning (=mindre tid)
- Savner økt bemanning
- Hjelp i en ekstra ansatt
- Bemanning påvirker kvalitet
- Lav bemanning fører til dårligere utført jobb
- Få ansatte (=dårlig tid)
- Tilstrekkelig bemanning
- Økt bemanning
- Mangel på ansatte
- Vikarer som ikke er kjent
- Bruk av bemanningsbyrå
- Faste vikarer
- Flinke vikarer
- Bemanning
- Faste vikarer
- Vanskelig å holde seg oppdatert som vikar
- Vikarers tilknytning til jobben
- Vikarbruk
- Lite bruk av vikarer

Tid

- Tidsmangel
- Travelhet og tid
- Jobbe fort for å spare tid
- Lite tid til refleksjon
- Forsinkelser og lite tid
- Lite tid
- Mer tid
- Mangel på tid
- Tidsmangel
- Viktig med nok tid
- Viktig med tid
- Tidspress
- Tid til rådighet
- Tid til rådighet
- Lite tid
- Prioritering av oppdrag
- Arbeidspress
- Ingen hviletid
- Prioritering av tjenester
- Tidspress
- Tidsmangel
- Assistenten har mer tid
- Mangel på ekstra tid
- Lite tid til gjennomgang av oppdrag
- Mindre tidspress (=mer kontroll)
- Rom til oversikt
- Ha dårlig tid
- Halvveis innsats grunnet tid
- Viktigheten av å ha god tid
- Ikke vise at man har dårlig tid
- Ønsker mer tid
- Dårlig kvalitet på grunn av lite tid
- Tid påvirker jobben
- Tid som grunn til at noe blir gjort halvveis
- Mangel på tid
- Mer tid hos brukerne
- Viktig med tid
- Heftig på helg
- Mer tid til brukerne
- Sårt og ikke ha tid
- Mangel på tid påvirker
- Viktig med tid til å snakke
- Viktig med tid til oppfølging
- Tid til å sette seg ned
- Sjelden tid til å sette seg ned
- Mangel på tid
- Tidspress kan føre til halvveis jobb
- Tid til å opparbeide tillitt
- Prioriterer tiden sterkt

