



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i organisasjon og ledelse

MR691

Predefinert informasjon

Startdato:	26-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	09-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MR691 1 MA 2023 VÅR		

Deltaker

Kandidatnr.:	212
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	25925
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	2
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Kvalitetssikring av hjemmesykepleien

Quality assurance of the Norwegian community nursing service

Marianne Solheim Sande

Masterstudium i organisasjon og ledelse, helse- og velferdsledelse og utdanningsledelse

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Institutt for samfunnsvitenskap

09. juni 2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

FORORD

Det du holder i hendene nå, eller leser på skjermen, er selve resultatet av fire år ved Høgskulen på Vestlandet og Masterstudium i organisasjon og ledelse, helse- og velferdsledelse. Jeg er svært stolt av å endelig se målstreken, selv om det har vært noen spennende år hvor jeg har lært mye. I masterprosjektet beskriver jeg hvordan en kan føle at en *fake it till you make it*, og jeg må innrømme at det til tider opplevdes slik også med dette prosjektet. Samtidig ser jeg at også jeg, som jeg beskriver i teorikapittelet, har gjennomført dette prosjektet fordi jeg har gått alle stegene gjennom masterprogrammet og bygd kompetansen til det av erfaring og kunnskap.

Prosjektet tar for seg kvalitetssikring av hjemmesykepleien, og tema har vært svært relevant for min egen arbeidspraksis. Det har vært interessant å lære prosessen i et forskningsprosjekt, og det har gitt en gylden anledning til å få innblikk i deltakernes arbeidshverdag og hvordan andre tjenester driftes og opererer. Jeg er veldig takknemlig for deltakernes vilje til å delta, og deres bidrag inn i prosjektet. Jeg sitter igjen med flere åpenbaringer og nye synspunkter nå når prosjektet er ferdigstilt. Prosjektet har gitt meg en unik mulighet til å forske og snakke med andre, og slik indirekte delta i andres praksisfellesskap.

Jeg har kommet til veis ende med uvurderlig hjelp fra flere rundt meg, og da særlig min veileder Gunhild Tøndel fra NTNU som har motivert og inspirert meg gjennom dette prosjektet. I tillegg ville dette prosjektet aldri blitt levert på normert tid om det ikke hadde vært for ektefelle og besteforeldre som har holdt fortet når mor har dratt på skole eller for å skrive. Jeg tror vi alle ser frem til avlevering av masteroppgaven, og samtlige fortjener en honnør for innsatsen.

Prosjektet har gitt meg en ny innsikt og inspirasjon til mitt eget arbeid, og jeg håper du også vil ha glede og nytte av det!

God lesning!

SAMMENDRAG

Fremtidens helsevesen vil møte utfordringer med for lite personell og økende pasientgrupper. Hjemmesykepleien er et bærende element for å ivareta innbyggere på et lavt innsatsnivå og over tid. For å møte utfordringene er det nødvendig å vurdere hvordan personell kan ivaretas og hvordan kvaliteten i hjemmesykepleien kan sikres. Tjenestekvaliteten på hjemmesykepleien er en indikator for om politiske og administrative vedtak iverksettes, og forbedringsområdene i helsevesenet ligger hovedsakelig på organisatorisk nivå. I denne studien forsker jeg på hvordan hjemmesykepleien kvalitetssikres, og dermed hvordan praktisk politikk gjennomføres.

I studien er det brukt sosiale læringsteorier for å forstå hvordan ansatte i hjemmesykepleien lærer, og hvordan de iverksetter politikk i praksis. Innsamling av data er gjort ved kvalitative intervjuer som undersøker sykepleiernes egne opplevelser med kvalitetsarbeid og kvalitetssikring i avdelingen. Utvalget er fem sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien, og er fordelt mellom fire ulike avdelinger i to kommuner. Det er brukt tematisk analyse for å analysere datamaterialet, og funnene er konkretisert i en deskriptiv rapport.

Det er fire hovedtrekk som fremheves som resultat av funnene. Hjemmesykepleien kvalitetssikres gjennom et stort systematisk arbeid og verktøy, men innehar også en variabel komponent som ansvarsfølelse og løsninger som er knyttet til utøvelsen av tjenesten. Diskursen rundt avvikssystem preges av utbedring av feil, fremfor å fungere som et forbedringsverktøy. Dette ser ut til å hemme utviklingen i avdelingene. Ansatte i hjemmesykepleien kompenserer for det kvalitetssikringen ikke klarer å ivareta, og absorberer ansvar for at pasienter skal få tjenester med god kvalitet. Samtidig nevnes lite eller ingen ansvar knyttet til vurdering av samtykkekompetanse av hjemmeboende. Det siste hovedtrekket som kommer frem er en tendens til å støtte seg på likemenn, og i stor grad brukte ansatte hverandre for å sikre at kunnskap om prosedyrer og trygghet i arbeid var ivaretatt.

Nøkkelord: *Hjemmesykepleie, tjenestekvalitet, læringsteori, kvalitativ metode og kvalitetssikring*

SUMMARY

The future health service will face challenges with a decrease of sufficient personnel and an increase in patient groups. The community nursing service is a key element in providing residents services at an early stage and over time. It is necessary to study how personnel can be maintained and how the quality of the community nursing services can be ensured. The quality of the community nursing service is an indicator of whether political and administrative decisions are implemented. The areas for improvement in the health service are mainly at the organisational level. I have investigated how the community nursing service is quality assured in this study, and thus how practical policy is implemented.

I have used social learning theories to understand how employees in the community nursing services learn, and how they implement policy in practice. The data were collected through qualitative interviews, and I investigated the nurses' own experiences with quality work and quality assurance in the ward. The sample consists of five nurses working in the community nursing services. It is divided between four different departments in two municipalities. I have used thematic analysis to analyse the data material. The results are specified in a descriptive report.

This report introduces four main findings related to quality assurance and learning in the community nursing service. The first main finding is how the quality is assured through an extensive systematic work and tools. In addition, it is also assured through a variable component, such as sense of responsibility and more occasional solutions related to the provision of the service. The discourse around deviation systems is characterised by rectifying errors, rather than acting as an improvement tool. This seems to hamper the development in the departments. The employees in the community nursing services compensate for what the system of quality assurance fails to safeguard. They absorb responsibility for ensuring that patients receive high-quality services. On the other hand, there are little, or no findings, regarding their responsibility of the assessment of service recipient's competence to give consent. The last main finding is a tendency to rely on peers. The employees used at large each other to ensure that knowledge of procedures and safety at work was assured.

Keywords: Community nursing service, quality of service, learning theories, qualitative method, quality assurance

OVERSIKT OVER FIGURER

FIGUR 1 - MODELL FOR ERFARINGSBASERT LÆRING (KOLB, 2015B).....	20
FIGUR 2 - KOMPONENTER I EN SOSIAL TEORI OM LÆRING (WENGER, 1998B) ...	25
FIGUR 3 - ILLUSTRASJON AV ANALYSEKART	39
FIGUR 4 - SYSTEMATISK KVALITETSSIKRING.....	58
FIGUR 5 - TILFELDIG KVALITETSSIKRING	59
FIGUR 6 - ANSVAR FOR KVALITETSSIKRING	62
FIGUR 7 - KOMPENSASJON FOR SVIKT	63
FIGUR 8 - LÆRING I HJEMMESYKEPLEIEN	65

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	1
SAMMENDRAG	2
SUMMARY	3
OVERSIKT OVER FIGURER	4
1. INNLEDNING	7
1.1. KVALITET I TJENESTEN	9
1.2. HJEMMESYKEPLEIEN SOM CASE	10
1.3. HISTORISK TILBAKEBLIKK OG KUNNSKAPSSTATUS	11
1.4. VALG AV TEMA.....	14
1.4.1. <i>Personlig interesse</i>	15
1.4.2. <i>Faglig svikt</i>	16
1.4.3. <i>Prosjektet i samfunnet</i>	17
1.5. VIDERE STRUKTUR PÅ PROSJEKTET.....	17
2. TEORIER OM LÆRING	19
2.1. ERFARINGSBASERT LÆRING.....	19
2.2. SITUERT OG SOSIAL LÆRING	21
2.2.1 <i>Legitim perifer deltakelse</i>	21
2.2.2 <i>Praksisfellesskap</i>	24
2.3. REFLEKTERENDE LÆRING	28
3. DESIGN OG METODE	30
3.1. FORMÅL OG SAMFUNNSVITENSKAPELIG STÅSTED.....	30
3.2. DESIGN OG METODE.....	31
3.3.1. <i>Utvalg</i>	32
3.3.2. <i>Datainnsamling</i>	34
3.3.3. <i>Intervjuguide</i>	34
3.3.4. <i>Transkribering og koding</i>	36
3.3.5. <i>Tematisk analyse</i>	36
3.4. VURDERINGER KNYTTET TIL ETIKK	39
3.4.1. <i>Etisk forsvarlig forskningspraksis</i>	40
3.5. VURDERINGER KNYTTET TIL FORSKNINGSDSIGN	42
4. RAPPORT AV ANALYSE	44
4.2.1. <i>Definisjon av kvalitet</i>	44
4.2.2. <i>Systematisk kvalitetssikring</i>	45
4.2.3. <i>Tilfeldig kvalitetssikring</i>	46
4.2.4. <i>Svikt og forbedring</i>	47
4.2.5. <i>Oppgaver og prioriteringer</i>	48
4.2.6. <i>Opplevelser knyttet til arbeidet</i>	49
4.2.7. <i>Opplevelser knyttet til tjenesteyting</i>	50
4.2.8. <i>Innmelding av avvik</i>	51
4.2.9. <i>Håndtering av avvik</i>	52
4.2.10. <i>Ansvar i avdeling</i>	53
4.2.11. <i>Læringsarenaer</i>	54
4.2.12. <i>Læring og erfaring</i>	55

5. HOVEDFUNN	57
5.1. SYSTEMATISKE TILFELDIGHETER.....	57
5.2. FEILAKTIG DISKURS.....	60
5.3. AUTONOMI OG ANSVAR	61
5.4. KOLLEGIAL LÆRING	64
6. DISKUSJON	67
6.1. HVORDAN OPPLEVER HJEMMESYKEPLEIERE AT DET ARBEIDES MED TJENESTEKVALITET I DERES AVDELING?	67
6.1.1. <i>Systematiske tilfældigheter og ansvarsfølelse</i>	70
6.2. HVA FREMMER OG HEMMER ARBEID MED TJENESTEKVALITET I HJEMMESYKEPLEIEN? ...	71
6.2.1. <i>Ansvar og verdisetting</i>	76
6.3. HVORDAN TILEGNER HJEMMESYKEPLEIERE SEG DEN ERFARINGSBASERTE KOMPETANSEN DE BESITTER?	77
6.3.1. <i>Læringscyklus og praksisfellesskap</i>	80
7. KONKLUSJON	82
8. LITTERATUR	84
VEDLEGG 1 – VURDERING FRA SIKT.....	88
VEDLEGG 2 – INFORMASJONSSKRIV	90
VEDLEGG 3 – SAMTYKKEERKLÆRING	92
VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE.....	93

1. INNLEDNING

Fremtidens helsevesen vil utfordres av mangel på kvalifisert personell og økende pasientgrupper (NOU 2023: 4, 2023), noe som også vil utfordre kvaliteten på tjenestene. I dette prosjektet har jeg studert dagens kvalitetsarbeid i hjemmesykepleien. Kvaliteten på hjemmetjenesten er selve forsikringen om at politiske og administrative vedtak gjennomføres i tråd med intensjonen. Det er et av de laveste innsatspunktene for helsehjelp, samtidig som tjenesten kan ivareta store pleiebehov, også i livets slutfase. Dersom hjemmesykepleien velter, er det ingen lavere innsatsnivåer som kan være en buffer og ivareta pasienten. En kan gå så langt og si at hjemmesykepleien er en av bærebjelkene i helsevesenet. Dette stiller høye krav til faglighet, men også organisatorisk. Arntzen beskriver at forbedringsområdene i helsetjenesten er 10-30% faglige og 70-90% organisatoriske. Det er selve tilrettelegging av den faglige utførelsen som har størst forbedringsmulighet (Arntzen, 2014). Det viser at det er nødvendig med et systematisk kvalitetsarbeid i tjenesten som kan håndtere endringer i pasienter, oppgaver og personell.

Når jeg her stiller spørsmål om hvordan det går med hjemmesykepleien, stiller jeg også spørsmål ved hele sektorens bærekraft. Institusjoner og sykehussenger er avhengig av at en stor del av pasientene mottar sine helsetjenester i hjemmet. Det er gjort studier på hvordan måle og definere kvalitet i kommunal helsetjeneste, som viste at det kan være vanskelig å finne gode indikatorer og mål på dette (Tøssebro, Mjøen, & Bruteig, 2022). Det tyder på at kvalitetsarbeid og kvalitetssikring er noe udefinert i helsetjenesten, som igjen gjør det mer utfordrende å arbeide konstruktivt med det. Jeg har derfor valgt å studere hvordan tjenesten kvalitetssikres i dag, og slik å få et utgangspunkt for hvordan vi kan sikre den videre i fremtiden. For å finne svar på dette har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan sikres tjenestekvaliteten i hjemmesykepleien?

Jeg ønsker å studere hvordan det arbeides med kvalitet og system i hjemmesykepleien, både på individ- og systemnivå. Jeg vil i denne oppgaven bruke begrepet *tjenestekvalitet* slik Elisabeth Arntzen beskriver *kvalitet i helsetjenesten*. Hun legger til grunn at begrepet har tre dimensjoner: opplevelsen av kvalitet, faglige innholdet eller egenskapene til tjenesten, og selve tilretteleggingen og ledelsen av helsetjenesten (Arntzen, 2014). Tjenestekvalitet og oppgaver som ytes av hjemmesykepleien er også lovfestet i lovverk og forskrifter. Jeg vil her

kort trekke inn de mest sentrale lovverkene og reformene knyttet til pleie i hjemmet som er relevante for oppgaven.

Hjemmesykepleien er underlagt lover om hvilke rettigheter pasienter og brukere har (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og hvilke oppgaver og plikter kommunehelsetjenesten skal ha (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Tjenestene som ytes av hjemmesykepleien har sitt utgangspunkt i disse, hvor en må forholde seg til vurderinger av hva som er lovpålagte oppgaver, forsvarlig og nødvendig helsehjelp. De politiske føringene er også lagt for hvordan tjenesten skal arbeide systematisk med kvalitetsarbeid på ledelsesnivå i helse- og omsorgstjenesten gjennom kvalitetsforbedringsforskriften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Selv om dette prosjektet ikke direkte studerer kvalitetsarbeid på ledelsesnivå, vil det gi en indikasjon på etterlevelsen av forskriften ut fra hvor informerte deltakerne er om dette arbeidet.

De mest sentrale reformene for prosjektet er Samhandlingsreformen og Leve Hele Livet-reformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; 2018). Hensikten bak samhandlingsreformen er at innbyggere skal motta tjenester på et lavere omsorgsnivå og bruke mindre av de kostnadskrevende tjeneste som spesialisthelsetjeneste. Det er også politisk vilje for at innbyggere skal leve livene sine fullt ut, som er konkretisert i Leve Hele Livet-reformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I løpet av prosjektperioden leverte også helse- og omsorgsdepartementet en rapport som beskriver utfordringer og muligheter i fremtidens helsetjeneste, Tid for handling (NOU 2023: 4, 2023). Blant annet vil staten gå tom for helsepersonell før den går tom for penger, og rapporten beskriver hvilke utfordringer dette medfører. Jeg vil komme tilbake til denne rapporten i diskusjonen av funnene. I lovverket og dagligtalen skilles mottakere av helsetjenester inn i *pasienter* og *brukere* etter hvilken tjeneste de mottar. I dette prosjektet har jeg valgt å bruke bare begrepet *pasient*, for å være tydelig på hvem det henvises til og forenkle teksten språkmessig for leseren.

Jeg har her presentert problemstillingen og plassert prosjektet i lovverket og politisk sammenheng. Videre vil jeg redegjøre for min faglige og personlige agenda for valg av prosjekt og tema. Jeg vil først ta leseren med inn i selve tjenesten hjemmesykepleien. Her vil jeg forsøke å skape et inntrykk av hvordan denne tjenesten er, og beskriver også mer utdypende om bakgrunnen for valg av prosjekt.

Fake it till you make it

1.1. KVALITET I TJENESTEN

Min første vakt som nyutdannet sykepleier var en fredag kveld, dagen etter uteksaminering. Jeg skulle opprinnelig starte i avdelingen påfølgende mandag, men hadde byttet til meg denne helgen slik at jeg fikk fri en annen. Jeg var kjent i avdelingen fra tidligere, men da som student og ekstravakt. Jeg var nå alene sykepleier på vakt. På vei ut til mitt første oppdrag ringte jeg min mor, som var gammel sykepleier, bare for å forsikre meg om at en subkutan injeksjon skulle settes like under huden. Dette hadde jeg jo lært på skolen, men ville bare konferere med noen. Inne hos brukeren tok jeg på meg en rolle som trygg sykepleier, satte injeksjonen som om jeg ikke skulle gjort annet, og snakket om hjelpen videre i løpet av helgen. Det var kanskje den første gangen jeg tenkte *fake it till you make it*. Og det handlet mer om å ha tro på at en vil klare det, heller enn å underbygge usikkerheten en kan kjenne på når en gjør noe første gang.

Over 10 år senere kan det fortsatt hende at en blir skvist mellom å skulle gjøre noe for første gang i praksis, og det å få brukeren til å føle seg trygg og godt ivaretatt. Det kan være å tvangsflytte en demenssyk eller å koble opp sondeernæring. Det er et vidt spenn i oppgaver, pasienter og ansvar, og en kan kjenne på at her later jeg som til jeg klarer det. Og som regel klarer en det. Det er ikke bare som sykepleier i hjemmesykepleien at en sitter med følelse av å ikke ha kompetansen i fingerspissene fra første dag. Dette *fake it till you make it* vil jeg ta med meg i dette prosjektet. Jeg er interessert i hvordan tjenesten kvalitetssikres under slike

forutsetninger, og hvor en til syvende og sist kanskje uansett må ta på seg en trygg rolle overfor pasienten. Er det *fake it till you make it* og på lykke og fromme? Eller er dette et taust aspekt ved den systematiske kvalitetssikringen som ikke er artikulert i verken prosedyrer eller juss?

For å finne svar på dette og belyse *Hvordan sikres tjenestekvaliteten i hjemmesykepleien* har jeg formulert tre forskningsspørsmål:

Hvordan opplever hjemmesykepleiere at det arbeides med tjenestekvalitet i deres avdeling?

Hva fremmer og hemmer arbeid med tjenestekvalitet i hjemmesykepleien?

Hvordan tilegner hjemmesykepleiere seg den erfaringsbaserte kompetansen de besitter?

Med dette håper jeg å få et innblikk i hvordan det arbeides med tjenestekvalitet i hjemmesykepleien. Ved å bruke hjemmesykepleien som utgangspunkt kan jeg få et innblikk der skoen trykker. Det er her vi kan sikre at ansatte har riktig kompetanse. Sykepleierne kan si noe om deres opplevelser og hvordan realiteten er i praksis. Samtidig vil svarene på forskningsspørsmålene si noe om hvordan en kan lære og arbeide på andre plan også i en organisasjon. Noen av erfaringene vil kanskje være overførbare til andre tjenester eller virksomheter. Jeg har valgt en case-studie for å svare på forskningsspørsmålene, hvor jeg kan studere fenomenet i sin naturlige sammenheng (Thagaard, 2018). Selve metoden og designet tas opp i metodekapittelet senere, mens jeg her gir et overblikk over selve casen som skal studeres.

1.2. HJEMMESYKEPLEIEN SOM CASE

Casen jeg har valgt for oppgaven er sykepleieres erfaringer med og opplevelser av arbeidet med kvalitetsarbeid og kvalitetssystemer i praksis i hjemmesykepleien. Jeg vil derfor gi en

mer inngående beskrivelse av hjemmesykepleien for å gi et bedre innblikk i casen. Som jeg var inne på innledningsvis, er hjemmesykepleien en tjeneste som ikke begrenses av sengeplasser, åpningstid eller rom i herberget. Den begrenses heller ikke av spesialisering innen enkelte områder, pasientgrupper eller ansvar. Tjenesten ytes under ulike forhold, noen ganger er det ugunstige arbeidsforhold eller manglende hjelpemidler. Personalet kan konsentrere seg om en pasient av gangen, samtidig som begrenset tid og uforutsette hendelser kan forstyrre. Det er også en større dynamikk i maktbalanse mellom ytere og mottakere av hjemmesykepleien. På en side gis hjelpen på pasientens hjemmebane hvor denne kan ha større påvirkning og sette premisser. På den andre siden er hjelpen mer invaderende fordi tjenesten organiserer pasientens privatliv etter turnus, andre pasienter og hvilke ansatte som er på vakt.

I hjemmesykepleien får man ofte følge pasienter over lengre tid, og får på den måten virkelig mulighet til å se hele mennesket. Det blir kontinuerlig brukt skjønn for å vurdere tiltak, forsvarlighet og prioritering. Det tas daglig beslutninger ute hos pasienten, noe som ligger i stor grad på de ansatte som utfører tjenesten hjemmesykepleie. Administrasjonen og saksbehandlere kan gjøre beslutninger og gi råd, mens det er ansatte i tjenesten og førstelinjeledere som må stå i vurderinger og gi tilbakemeldinger videre. Som hjemmesykepleier kan en være det første møtet med «det offentlige» for innbyggere. Lipsky (Lipsky, 2010) beskriver dette som bakkebyråkrater. Det er de som utøver tjenesten, iverksetter politikken og administrasjonens føringer. For å gi en historisk bakgrunn vil jeg beskrive nærmere hvordan utviklingen av hjemmesykepleien har vært, og trekke inn kunnskapsstatus på feltet i det neste avsnittet.

1.3. HISTORISK TILBAKEBLIKK OG KUNNSKAPSSTATUS

Ifølge Fjørtoft (2006) startet hjemmesykepleien rundt 1870 som distrikssykepleie, og pleie av syke innad i menigheter. Det utviklet seg til sekulære byråer som formidlet sykepleie i hjemmene rundt 1900. I løpet av 1950- og 60-årene støttet myndighetene hjemmesykepleie og husmorvikar-ordningene, og hjemmehjelpstjenesten ble etablert som en mer permanent løsning. Videre beskriver Fjørtoft (2006) utviklingen ved loven som fritok familier for ansvaret for familiens eldste som kom i 1964, og loven om helsetjenester i kommunene som kom i 1982. Da ble hjemmesykepleie en lovpålagt tjeneste. I løpet av 1980-årene ble

hjemmetjenesten utvidet til også å innebære fysioterapi, ergoterapi, trygghetsalarm, matombrining m.m. Lov om sosiale tjenester kom i 1991, og i løpet av 1990-årene skjedde en integrering av pleie- og omsorgstjenestene. Dette skjedde ved samorganisering av ulike hjemmetjenester, økt tverrfaglig samarbeid og vektlegging av kvalitet, effektivisering og brukermedvirkning. I denne perioden ble det stadig flere pasienter. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgsoppgavene kom i 1997, og på 2000-tallet ble pleie- og omsorgstjenestene konkurranseutsatt som følge av New Public Management, NPM (Fjørtoft, 2006). NPM gjorde sitt inntog først og fremst i privat sektor, og videre i offentlig sektor. Ideologien fikk bred internasjonal oppslutning, da den skulle være politisk nøytral og anvendelig i alle sektorer og yrker. Den ga stor oppslutning fordi den traff andre samtidige trender, som behov for å redusere det offentlige forbruk, standardisering, privatisering og internasjonalisering. NPM som samlebetegnelse ble en løsning til disse trendene (Hood, 1991). NPM tok med seg sammenligning, benchmarking og måltall, og endret dermed organisasjonene.

I 2012 kom samhandlingsreformen, som skulle forskyve enda nye brukergrupper og flere pasienter over til hjemmesykepleien (Kassah, Tingvoll, & Kassah, 2014). Det resulterte i at sykehjemmene og hjemmesykepleien overtok oppgaver som sykehuset tidligere utførte. Pasientene ble ikke lenger behandlet ferdig i spesialisthelsetjenesten, men de startet behandlingen der og kommunehelsetjenesten viderefører behandlingen på sykehjem eller i hjemmet. Samtidig skulle behandlingen være like trygg og faglig som i spesialisthelsetjenesten. I 2018 kom Leve Hele Livet- reformen, som skulle ha et større fokus på kvalitet og livskvalitet på lavere stadier av omsorgsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette innebar også at innbyggere skal gjøres i stand til å bo lengre hjemme, noe som også utfordret hjemmetjenesten på hvordan hjelpen gis og hvilket ansvar tjenesten har.

Som vi ser har hjemmesykepleien har hatt en utvikling fra sent på 1800-tallet og helt til i dag, og dreid fra desentralisert vurdering, skjønn og tillitt, til et økende krav om gjennomsiktighet, rettferdighet og dokumentasjon. I den samme perioden har både antall pasienter og prosedyrer økt (Fjørtoft, 2006; Kassah et al., 2014; Tønnessen & Kassah, 2016; Vabø, 2007), og kravene som tjenesten skal fylle har blitt flere, mer komplekse, sammenvevde og kompetansekrevene.

Jeg kan også illustrere noe av denne utviklingen de siste tretten årene ved å gå tilbake til starten som nyutdannet. I den avdelingen ble oppdragene fordelt ut fra hukommelsen, altså at vi husket hvem vi skulle til. Med oppdrag menes her hvilke besøk vi hadde, og hvilke

arbeidsoppgaver vi hadde på besøket. Rapportene var nesten utelukkende muntlige, det var lite oversikt og vanskelig som nyansatt å sette seg inn i arbeidsoppgaver. Oppfølging og kontinuitet var i stor grad avhengig av at de ansatte var til stede hver dag, og at beskjedene ble overlevert fra den ene til den andre muntlig. Likevel opplevde brukere å få god pleie og omsorg. Denne organiseringen gjorde avdelingen sårbar for press, og fungerte bare så lenge det var lite turnover av brukere og ansatte. Noen ansatte tok mer ansvar enn andre, men det var lite snakk om systemer i det hele tatt. Når jeg nå ser tilbake er det lett å tenke at det har vært en rivende utvikling i hjemmesykepleien disse årene, selv om det bare er en subjektiv opplevelse fra en avdeling i en kommune. Denne praksisen var ikke vanlig overalt, og dette viser også hvordan ulike avdelinger utvikler egne praksiser og rutiner for å levere de samme tjenestene.

Inntrykket av at det har vært en rivende utvikling støttes av forskning, som finner at tjenesten har utviklet seg fra å være preget av pleie- og omsorgsoppgaver, til å også omfatte spesialiserte prosedyrer i større og større omfang (Tingvold & Magnussen, 2018). Artikler og bøker fra 90-tallet og tidlig 2000-tall viser at det har i tillegg har vært en utvikling over lengre tid. Utviklingen og spesialiseringen er særlig knyttet til innføring av NPM.

Forskning på resultat av NPM viser at konkurranseutsettingen endret lite på kvaliteten av hjemmesykepleien. Det var først og fremst tilstrekkelig ansatte og ansatte med riktig kompetanse som gjorde utslag på kvalitet (Fjørtoft, 2006). Dette er interessante funn for prosjektet mitt, og jeg vil komme tilbake til dette. NPM førte med seg kravet om dokumentasjon og systematisk arbeid, noe som vokste frem som et grep for å sikre kvaliteten på tjenesten. Selv om en nå har fjernet seg fra NPM i stor grad, henger noen av disse elementene med videre, slik som dokumentasjon og kvalitetsarbeid (Fjørtoft, 2006; Vabø, 2007). Utvikling i hjemmesykepleien gjenspeiler også samfunnets og velferdsstatens utvikling. Medisin, prosedyrer og behandlinger har hatt en rivende utvikling, sammen med dokumentasjon og målinger. Samtidig har brukergruppene det offentlige skal ivareta endret seg (Vabø, 2007).

Den andre revolusjonerende reformen i kommunehelsetjenesten, er som nevnt Samhandlingsreformen. Noen år etter at den ble implementert, ble det tydelig for oss i hjemmesykepleien at nåløyet for å komme inn på sykehjem ble trangere når sykehjemmene i kommunen skulle ta imot en større pasientgruppe. Resultatet var at pasienter ble sendt hjem tidligere fra sykehus og sykehjem. Hjemmesykepleien fortsatte behandlinger i hjemmet,

ivaretok brukere med kognitiv svikt i lengre hjemme, og måtte tenke «kreativt» for å balansere forsvarlighet og nødvendig helsehjelp. Studier av samhandlingsreformens effekt, har vist at dette var gjenkjennelig i mange avdelinger. Ledere og sykepleiere ble satt i en skvis mellom faglig forsvarlighet og ressurser tilgjengelig (Kassah et al., 2014).

Studier knyttet til kvalitet i hjemmesykepleien og kommunehelsetjenesten, viser at organisering av hjemmesykepleie er kompleks og fragmentert. Kontinuitet i daglig drift ser ut til å vektlegges mer enn pasientens kontinuitetsbehov (Kattouw & Wiig, 2018). I tillegg gir flere enhetsledere uttrykk for ambivalente holdninger til måling og kvalitetsindikatorer. De ønsker måleparametere å forholde seg til og tror dette kunne vært nyttig, samtidig som de ikke klarer å se for seg hva eller hvordan en skulle klarer å utvikle enkle måleparameter som vil gi gyldige og pålitelige resultater (Tøssebro et al., 2022).

Det ville vært helt umulig å operere med arbeidslister fra hukommelsen bare fem år etter at jeg var nyutdannet, når samhandlingsreformen hadde fått full effekt. Det var et større behov for systematisering og administrasjon for å ivareta kvaliteten og ha oversikt, som jo var en del av kjernen til NPM. Det er her det er interessant at det var riktig kompetanse hos de ansatte som var utslagsgivende på kvalitet i studien av NPM, ikke dokumentasjon og systemer (Fjørtoft, 2006). Dette har jeg hatt i bakhodet i løpet av prosjektet, og med problemstillingen søker jeg nettopp det som kan sikre at de ansatte har riktig kompetanse for å sikre kvalitet i tjenesten.

Som vist i avsnittet over er det gjort noe forskning på hjemmesykepleien, men det er ikke et felt som er grundig undersøkt. Med dette prosjektet ønsker jeg å sette søkelys på hjemmesykepleien, som en grunnpilar i det norske helsevesenet. Jeg vil studere kvalitetssikringen av tjenesten, slik at vi kan bruke dette videre for å møte fremtidens utfordringer. Jeg vil videre gi en begrunnelse for valg av tema.

1.4. VALG AV TEMA

Jeg har valgt dette tema, både av faglig og personlig grunner. Siden jeg både er sykepleier i bunn og arbeider nå som avdelingsleder i hjemmesykepleien, flyter disse begrunnelsene litt inn i hverandre. Jeg forsøker her å skille dem litt fra hverandre, og skal forklare hvorfor dette

prosjektet engasjerer meg personlig og hvorfor det er viktig for faget mitt. Jeg vil også beskrive hvor prosjektet er plassert i samfunnet.

1.4.1. PERSONLIG INTERESSE

Jeg tror det vil være avgjørende hvordan vi arbeider systematisk med tjenesten og hvordan tjenesten ytes, for å rekruttere og beholde sykepleiere og ansatte. Stadig færre opplever å få et kall slik som de første hjemmesykepleierne. Ansatte i dag søker en jobb med utfordringer, samtidig som de ønsker å være trygge i det arbeidet de skal gjøre. Innbyggere skal være trygge på at vi kan det vi holder på med og at tjenesten er faglig god. Dette prosjektet gir meg en mulighet til å se nærmere på hvordan dagens utfordringer er og kan løses, og med det gi en pekepinn mot hvordan vi bør rigge oss for det som også kommer. Med rapporten Tid for handling (NOU 2023: 4, 2023) som bakteppe vil det være nødvendig å tenke igjennom hva vi gjør, hvor og hvordan vi gjør det for å løse fremtidens utfordringer.

Som avdelingssykepleier er det min oppgave å lede sykepleiere og andre som skal hjem til pasientene, og som skal håndtere nye prosedyrer og uforutsette hendelser som bare kan erfares. Samtidig som prosjektet har en praktisk relevans for mitt arbeid, vil funnene og teoriene være relevante på andre nivåer også. Casen er hjemmesykepleieres erfaringer, men noen av opplevelsene og løsningene vil være overførbare til hvor en håndterer ukjente oppgaver og ansvar. Også som avdelingsleder står en overfor oppgaver det ikke er en ferdig oppskrift på. En må finne løsninger det ikke er et tydelig svar på, og slik operere som bakkebyråkrater (Lipsky, 2010). Det er noe av ledelsen og styringens natur. Prosjektet blir derfor relevant både på et praktisk operasjonelt nivå som leder i hjemmesykepleien, og på et metanivå hvor prosesser knyttet til læring er overførbare til ledelse av andre grupper. Jeg vil videre forklare den faglige og teoretiske begrunnelsen for valg av tema, og starter med et oppslag i media.

1.4.2. FAGLIG SVIKT

Våren 2022 ble Sandnes kommune og Helse Stavanger ilagt bot fordi en kvinne ble sendt hjem fra sykehuset, hadde med seg feil slangesett fra sykehuset og ble kvalt av sondenæringen som ble koblet opp av hjemmesykepleien (Bjørheim, 2022). Det er et grelt eksempel på at kvalitetssikringen sviktet, med et grusomt utfall. Den samme rutinen har vi også i min avdeling, pasienter blir sendt hjem fra sykehus, med utstyr og oppskrift. Vi kobler opp næringen etter oppskrift, og noen ansatte har kanskje vært borte i den pumpen før.

Prosedylene for å sjekke om sonden ligger riktig er blitt endret det siste året. Det er ikke lenger nok å sette ned luft, og lytte på magen for å høre om den ligger riktig. Ny prosedyre er å aspirere og sjekke pH-verdi på sekretet som kommer opp. Dette illustrerer både hvordan en sikrer seg mot slike hendelser igjen, og hvor avanserte prosedyrene etter hvert blir for å sikre at det ikke går galt. Det krever ekstra faglig oppmerksomhet for å fange dette opp, og en spesialisering i kompetansen. Kunnskap og erfaringer fra tidligere blir fort utdatert til å *fake it till you make it*, og en kan ikke bare ringe sin avdankede sykepleier-mor for å sjekke.

Bakgrunnen min i sykepleiefaget gir meg mulighet til å studere fenomenet fra innsiden, men prosjektet skal forankres på et høyere organisatorisk nivå knyttet til master i organisasjon og ledelse i helsesektoren. Jeg vil reflektere rundt mine to roller, som forsker og innsider senere i metodekapittelet. Studien har vært lærerik for meg som avdelingssykepleier, samtidig er det et mål at undersøkelsene skal avdekke funn som er overførbare til andre caser hvor en må bruke taus og uttalt kunnskap sammen med erfaring. Det er ikke bare i hjemmesykepleien ansatte må løse oppgaver de nødvendigvis ikke har praktisk opplæring i.

Teorien er valgt for å forstå de mekanismene og prosesser som er mellom kollegaer og innad i den enkelte ansatte. For å kunne arbeide målrettet med ledelse og også kvalitetsarbeid vil det være nødvendig å ha en forståelse for hvordan læringsprosessene skjer. Det vil også legge til rette for best mulig resultat av endringer og kvalitetssikring, og bidra til å unngå faglig svikt. I et større perspektiv vil nødvendigheten av å ha et kompetent arbeidslag på bunnlinja, de som er pasientens møte med byråkratiet, alfa og omega. Det trengs for å kunne håndheve den nasjonale politikken, gjennomføre de lokalt administrative linjene, og på mitt eget nivå: sikre kvaliteten på tjenesten. Jeg vil bruke teorier om læring for å bedre forstå hjemmesykepleiernes læringsarenaer, og hvordan vi kan utnytte læringsrommet til den enkelte

til det fulle. Teoriene løfter også prosjektet til et overordnet mål om å forstå mer om hvordan en lærer og slik gi noen verktøy i arbeidet med ledelse og organisasjon.

1.4.3. PROSJEKTET I SAMFUNNET

Velferdsstaten yter tjenester til innbyggere, og de offentlige helsetjenestene er i stor grad med på å definere velferdsstaten. Innbyggere som mottar hjemmesykepleie, vil bli direkte berørt av hvordan kvaliteten på tjenesten er. Det er viktig at befolkningen har tillit til helsevesenet og de som yter tjenestene, slik at de har tillitt til velferdsstaten. Saker som boten Sandnes kommune og Helse Stavanger fikk, skaper utrygghet i befolkningen og kan føre til mistillit. Tjenesten er avhengig av tillit fra befolkningen for å kunne levere gode tjenester slik kravene er i lovverket. Marginene mellom at det går bra eller dårlig kan noen ganger være små i utøvelse av helsetjenester, og konsekvensene kan være fatale. Godt, systematisk kvalitetsarbeid i tjenesten er nødvendig for å gi ansatte trygghet og innbyggere sikkerhet i tjenesten som ytes og mottas. Prosjektet studerer arbeidspraksis på operasjonelt nivå i hjemmesykepleien, og læringsprosesser i koblingen mellom administrativt og operasjonelt nivå.

1.5. VIDERE STRUKTUR PÅ PROSJEKTET

Jeg har i det første kapitlet gitt en introduksjon av prosjektet, og vil i neste kapittel presentere teoretisk rammeverk. Videre forklarer jeg hvilket forskningsdesign og metode jeg har valgt i kapittel 3. Jeg har valgt å presentere funnene i en deskriptiv rapport for seg selv i kapittel 4. Dette er for å beskrive grunnlaget for hovedfunn og diskusjon. I kapittel 5 vil jeg trekke frem hovedtendenser i rapporten, og diskuterer disse i lys av teorien i kapittel 6. Her svarer jeg også ut forskningsspørsmålene. Til slutt vil jeg i kapittel 7 konkludere med et svar

på problemstillingen. Først vil jeg presentere det teoretiske rammeverket, og knytte prosjektet til teorier om læring og sosial læring.

2. TEORIER OM LÆRING

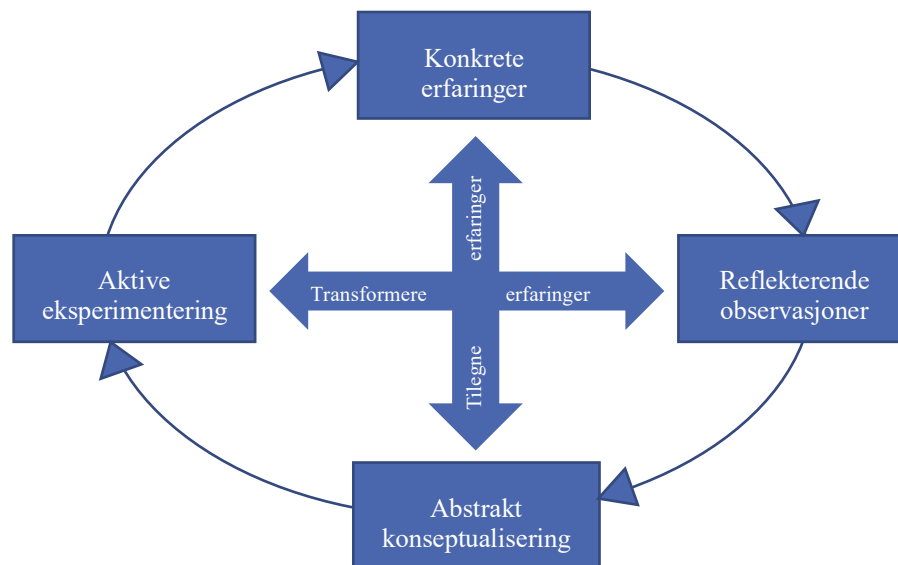
I dette prosjektet forsker jeg på hvordan tjenestekvaliteten sikres i hjemmesykepleien. For å forstå dette har jeg valgt et teoretisk rammeverk basert på læringsteorier. Teoriene ble brukt til å utarbeide intervjuguide, og jeg bruker dem i diskusjonen for å forstå funnene. Jeg har valgt praktiske læringsteorier, og vier Jean Lave (1991) og Etienne Wengers (1991; 1998a) sosiale læringsteorier størst plass. Deres teorier er perspektiver på hvordan praktiske ferdigheter læres videre og hva det innebærer. Som et supplement har jeg valgt å ta med Donald Schöns (2000) teori om den reflekterende praktiker, som også tar for seg læring i praktiske profesjoner, som for eksempel sykepleieprofesjonen. Jeg vil starte kapittelet med å redegjøre for David Kolbs (2015a) modell for erfaringsbasert læring. Deretter går jeg videre til Lave og Wenger, før jeg avslutter kapittelet med Schöns teori.

2.1. ERFARINGSBASERT LÆRING

Jeg skal se nærmere på en liten del av Kolbs teori om læring, som synes relevant for mitt prosjekt. Det er interessante læringsprosesser i møte med kvalitetssystemer og prosedyrer på en side og taus erfaring på den andre siden. Teorien kan også gi en forståelse av hva som ligger til grunn for følelsen av å *fake it till you make it*.

Kolb (2015a) bygger sin teori på Lewin, Dewey og Piagets læringsteorier, og presenterer en individualistisk modell som konsentrerer seg om individet og prosessen hvor erfaring omdannes til kunnskap. Modellen beskriver hvordan erfaringsbasert læring er som to dynamiske prosesser for denne omdanningen. Kunnskapen er et resultat av å tilegne seg og transformere erfaringene. Når en tilegner seg erfaringer er det en prosess hvor en tar inn informasjon, og transformasjonen er den prosessen hvor en tolker og handler på informasjonen. Modellen for erfaringsbasert læring bygger på at de to ulike prosessene skjer samtidig. Tilegnelsen av erfaringen skjer via to relaterte prosesser, konkret erfaring og abstrakt konseptualisering. På samme vis skjer transformasjonen av erfaringene via to andre

relaterte prosesser, reflekterende observasjon og aktiv eksperimentering (Kolb, 2015a), som vist i Figur 1 under.



FIGUR 1 - MODELL FOR ERFARINGSBASERT LÆRING (KOLB, 2015B)

Ifølge Kolb (2015a) er det den kreative spenningen mellom disse fire punktene i prosessene som resulterer i læringen. Modellen er en illustrasjon av en ideell læringssituasjon, og beskrives som læringssirkel eller læringsspiral. Den som lærer er innom alle punktene ved å erfare *konkrete erfaringer*, reflektere i *reflekterende observasjoner*, tenke ved *abstrakt konseptualisering* og handle gjennom *aktiv eksperimentering*. I lys av casen vil en kunne beskrive noe av prosessen til sykepleierne når de bygger kompetanse og erfaring i arbeidet. Ved å bruke begrepet læringsspiral inkluderes også tidligere kunnskap og erfaringer som tas med videre i tilegnelsen av erfaringsbasert kunnskap. Slik bygges erfaringsbasert læring videre på det en har lært tidligere (Kolb, 2015a). Det kan også gi et grunnlag for å kunne *fake it till you make it*, som her vil beskrives som aktiv eksperimentering med det en har erfart, reflektert og tenkt over.

Med dette mener Kolb at læring er en kontinuerlig prosess, hvor en også har med seg det en tidligere har lært. Man starter ikke med helt blanke ark for hver ny situasjon man erfarer. Kolb beskriver det som gjenlæring. En tar med seg det en har lært tidligere, og bygger den nye kunnskapen videre på dette. Kolb skisserer også eksempler om hvordan ulike profesjoner går inn med ulik basiskunnskap i en læringssituasjon, og at deres basiskunnskap også preger det som de videre lærer.

Kolb trekker frem at det vil det være nyttig å undersøke eksisterende kunnskap og teorier som kan være utdatert for å lette læreprosessen. Når en avkrefter utdaterte antakelser og teorier vil en reduserer konflikt mot nye ideer. Ifølge Kolb er motstanden mot nye ideer ofte bunnet i konflikt med allerede lærte teorier og kunnskap. Da er det vanskelig å se at de nye ideene har særlig mye for seg (Kolb, 2000). Deler av den gamle kunnskapen er innarbeidet og ligger ubevisst til grunn for slik en gjør det. Slik Kolb beskriver det, må en gjøre en aktiv innsats for å lære noe på en ny måte.

Jeg vil komme tilbake til den felles basiskunnskapen som profesjoner innehar i Schöns teori, men skal først se nærmere på sosial læring med Lave og Wengers teorier.

2.2. SITUERT OG SOSIAL LÆRING

Utgangspunktet til Lave og Wenger var å redde begrepet mesterlære. I denne søken forsøkte de å etablere en teori om situert læring. Etter hvert ble dette et overgangsbegrep til *legitim perifer deltakelse* (Lave & Wenger, 2003). Legitim perifer deltakelse vil kanskje gi et nytt perspektiv på hvordan sykepleierne inkluderes og deltar i sosial læring. Jeg vil først se nærmere på *legitim perifer deltakelse*, og deretter et relatert begrep – *praksisfellesskap*. Det kan beskrive læringen som skjer innad i kollegiet og andre sosiale grupper.

2.2.1 LEGITIM PERIFER DELTAKELSE

De fleste teorier om læring setter personen sentralt og har et individualistisk aspekt ved det kognitive i læringsprosessen, slik som en kan se i Kolbs teori. Lave og Wenger (1991) fokuserer istedenfor på strukturen i den sosiale praksisen, noe som kan gi inntrykk av at det ikke er personen som er i hovedfokus. Deres perspektiv konsentrerer seg om personen, men da som en person-i-verden og personens medlemskap i et sosiokulturelt fellesskap. Lave og Wenger ser på læring som en integrert del av den sosiale praksisen som læres videre i livet,

ikke bare i undervisnings øyemed. I prosjektets case vil deltakelsen være i arbeidsfellesskapet og også i sykepleierfaget.

For å beskrive dette foreslår Lave og Wenger å bruke begrepet *legitim perifer deltakelse*. Begrepet skal brukes som et helhetlig perspektiv for lærings situasjoner. Perspektivet er sammensatt av tre enkeltstående likeverdige aspekter. Hvert aspekt av perspektivet er uunnværlig i definisjonen av de andre. Det er ikke alternativer til aspektene som for eksempel illegitim eller sentral deltakelse. *Legitim deltakelse* er ment som at deltakelsen innebærer å høre til i fellesskapet, et stadfestende element som er et utgangspunkt for læringen. En er innenfor og ikke utenfor praksisfellesskapet. *Perifer legitimitet* beskriver omfanget av mulige plasseringer i fellesskapet. Det er mangfoldige, i ulik grad engasjerende og omfattende måter å være plassert i deltakelsen innen fellesskapet på. *Perifer deltakelse* beskriver hvordan en er plassert i den sosiale verden. Bevegelsen mellom ulike plasseringer og aspekter er en del av deltakernes læringsbaner, utvikling av identitet og form for medlemskap (Lave & Wenger, 2003).

Deltakelse beskriver lærende som deltakere i fellesskap med praktikere. Etter hvert som de tilegner seg kunnskap og ferdigheter, beveger de seg fra legitim perifer deltakelse til full deltakelse i fellesskapets sosiokulturelle praksis. Læringen av relevante ferdigheter blir grunnlaget og betingelsen for den sosiale prosessen som skjer. Ved å delta legitimt perifert vil den lærende utvikle seg til en som mestrer, og bevege seg fra perifer deltakelse til full deltakelse. Hverken sentral eller komplett deltakelse er prosessens mål her, da det gir inntrykk av at læringsprosessen har et senter eller er et lukket domene. Lave og Wenger beskriver heller full deltakelse som prosessens mål. Full deltakelse i fellesskapet vil også inkludere de ulike relasjonene og varierende formene for medlemskap. Perifer er ment som et positivt uttrykk, som i at den lærende faktisk er inkludert i fellesskapet og ikke utenforstående. Det er også en dynamikk i det, det åpner for å tilgang til forståelse av praksisen gjennom økende deltakelse i fellesskapet (Lave & Wenger, 2003). I casen kan dette beskrive sykepleiere som deltar i økende grad etter hvert som de lærer rutiner, systemer, prosedyrer, den tause kunnskapen, knytter relasjoner til kollegaer og inviteres inn i kulturen i avdelingen.

Legitimt perifert er et komplekst begrep, som er innarbeidet i sosiale strukturer. De sosiale strukturene innehar maktrelasjoner, som kan vises ved stedet den lærende befinner seg (Lave & Wenger, 1991). Mellom de ulike sykepleierne og andre ansatte vil det også være ulike maktrelasjoner, noe som kanskje ikke tas høyde for i tradisjonelle læringsteorier. Den perifere

posisjonen vil være kvalifiserende ved at en faktisk deltar, og ikke står helt utenfor. Den lærende beveger seg i posisjonen mot en mer intensiv eller full deltakelse. Lave og Wenger peker på at den perifere legitimiteten vil være avgrensende, fordi den lærende er i en læreprosess og ikke ennå kommet dit at den kan delta fullt ut i fellesskapet. I tillegg kan legitimt perifert også være en posisjon mellom lignende fellesskaper, det kan gi eller begrense muligheter for å delta i beslektede fellesskaper. På den måten kan det være en kilde til makt eller maktesløshet. Denne tvetydigheten i begrepet gjenspeiler også begrepets rolle til å undersøke en gruppe relasjoner som i andre teorier ikke ville vært oppfattet som forbundet med hverandre (Lave & Wenger, 2003).

Det analytiske perspektivet legitim perifer deltakelse åpner opp for å undersøke relasjoner mellom nye og erfarne deltakere, om aktiviteter, identiteter, artefakter og fellesskaper om kunnskap og praksis (Lave & Wenger, 2000). Det kan være relasjoner mellom nye og mer erfarne sykepleiere, hvilke oppgaver de har og foretar seg, kulturen i fellesskapet som også preger hvordan en opptrer og knytter relasjoner. Legitim perifer deltakelse er ikke en pedagogisk form eller strategi, det er tenkt som et analytisk perspektiv å forstå læring på. Selv om det også kan skje i klassisk undervisningssammenheng, er perspektivet først og fremst en beskrivelse av den læringen som foregår utenfor dette (Lave & Wenger, 2003).

Ved å gå tilbake til konvensjonell læringsteori, ser en at læringen betraktes som en prosess hvor den som lærer rekonstruerer de ytre prosessene til indre prosesser i seg selv. Den lærende internaliserer kunnskapen. Det gir inntrykk av at kunnskapen er intellektuell, og at tilegnelsen av kunnskap er passivt fordi den lærende er en uproblematisk analyseenhet som mottar kunnskapen. I motsetning til den konvensjonelle oppfattelsen om at læringen skjer som internalisering, har Lave og Wengers perspektiv større fokus på å knytte spørsmålene om sosiokulturell transformasjon av kunnskap til variasjonene og relasjonene mellom nye og gamle medlemmer i fellesskapet av en praksis (Lave & Wenger, 2003). Læringen gjennom stigende deltakelse i et fellesskap omhandler hele personen, som en som handler i verden. Deltakelsen i fellesskapet innebærer en samling relasjoner som utvikles og fornyes, noe som er typisk for sosial praksisteori. Lave og Wenger beskriver at deltakelsen alltid er basert på situert forhandling og gjenforhandling av mening i verden, hvor forståelse og erfaring er i konstant samspill. Deltakelsen gjør at i all tenking, tale, innsikt og læring er personer, handlinger og verden med (Lave & Wenger, 2003).

Lave og Wengers studier fant at det i relasjonen mellom mester og lærling handler det mer om å overdra legitimitet, enn selve undervisningen. Her menes legitimitet som at lærlingen skal bli en legitim deltaker i fellesskapet for praksisen, og at dette er utgangspunktet for relasjonen mellom mesteren og lærlingen. Relasjonene til andre lærlinger eller andre mestere er også viktig for deltakelsen og i forsøk på nye aktiviteter. Den relasjonen lærlingen har til sin mester kan være preget av stor respekt, og dermed være mindre tilgjengelig for lærlingen. På samme måte kan relasjonene mellom nyankomne i fellesskapet være løsere enn relasjonene til veteranene og mesterne. Lave og Wenger så at det kunne være typisk at lærlingene lærte mest i relasjon til andre lærlinger, når det gjaldt mesterlære. Kunnskap mellom likestilte eller på noenlunde samme nivå, sprer kunnskapen seg imellom hurtig og effektivt. Dette gjør at de viser til legitim perifer deltakelse i praksisfellesskaper som en desentralisering av læringen. Mestringen er til stede i organisasjonen, ikke nødvendigvis i mesteren selv.

Desentraliseringen flytter fokuset til den kompliserte struktureringen av fellesskapets læringsressurser (Lave & Wenger, 2003). Også språket er en viktig komponent av det å bli ett fullverdig medlem av praksisen. Det er forskjell på språket som brukes *om* praksisen og språket som brukes *innad* i praksisen. Lave og Wenger så at nyankomne etterhvert adapterte språket til de mer erfarne praktikerne, og at dette kjennetegnet reisen i medlemskapet, fra nyankommen til et fullverdig medlem (Lave & Wenger, 1991).

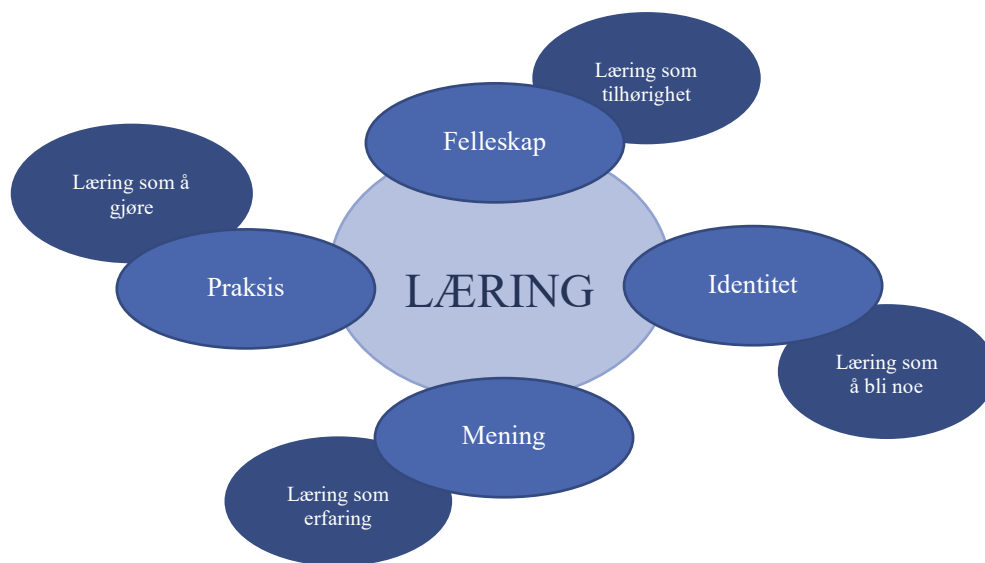
I teorien om legitim perifer deltakelse beskrives også deltakelse i praksisfellesskaper, noe jeg skal ta for meg i følgende del.

2.2.2. PRAKSISFELLESSKAP

I teorien om praksisfellesskap åpner Wenger (2003) for et perspektiv hvor læring er en like naturlig del av livet som å sove og spise, den er livsoppholdene og uunngåelig for å leve. På samme måte som legitim perifer deltakelse er et perspektiv og ikke en oppskrift, er også praksisfellesskap et perspektiv for å rette søkelyset til læringsprosessen. Læringen i praksisfellesskap er grunnleggende et sosialt fenomen, og ikke hovedsakelig på skolebenken med teoriundervisning. Samtidig kan det være praksisfellesskaper rundt det å lære på skolebenken sammen med andre elever, men det er da en annen sosial læring som skjer enn den læreren underviser i. Wenger illustrerer antakelsene sine med fire premisser. Det første

premisset er mennesket som sosiale vesener, noe som er et sentralt aspekt av læringen. Det andre premisset er kunnskap som kompetanse på felles anerkjente utførelser. Dette kan være alt fra å synge rent til å vokse opp som pike eller gutt. Det tredje premisset er innsikt som et spørsmål om å delta i utførelsen, og det fjerde premisset er den meningen som dannes gjennom læringen (Wenger, 2003). Dette gjenspeiles i komponentene i figur 2 lenger nede.

Teorien om praksisfellesskap beskriver læring gjennom sosial deltakelse. Deltakelse refererer til et avgrenset engasjement i visse aktiviteter sammen med visse personer. Samtidig refererer det til en mer involverende prosess hvor en er aktiv deltaker av en praksis i et sosialt fellesskap. Deltakelse er også konstruksjonen av identitet i relasjon til deltakelse i fellesskapet. Både deltakelse i en klikk på lekeplassen eller i en arbeidsgruppe er en form for handling og en form for tilhørighet, ved at en både deltar og hører til i klikken. Deltakelsen former da ikke bare hva vi gjør, men også hvem vi er og hvordan vi tolker det vi gjør. En sosial teori om læring må innlemme de komponentene som er nødvendige for å karakterisere sosial deltakelse som en prosess for læring og viten. Komponentene er fellesskap, identitet, mening og praksis (Wenger, 1998a). Wenger bruker følgende modell, figur 2, for å illustrere dette:



FIGUR 2 - KOMPONENTER I EN SOSIAL TEORI OM LÆRING (WENGER, 1998B)

Figur 2 viser hvordan de fire premissene er elementer som bidrar til læring på alle plan i livet. Elementene er nært knyttet til hverandre, og er gjensidig definerende. *Fellesskapet* og *læringen om tilhørighet* beskriver sosiale konfigurasjoner, hvor fellesskapets virksomhet

defineres som verdt å strebe etter og deltakelse er anerkjent som kompetanse. Ved å tilhøre et fellesskap lærer en om tilhørighet, og hva det innebærer av sosiale konstruksjoner. Elementet *identitet* i figuren illustrerer hvordan læring endrer hvordan vi er, og hvordan det å bli noe i konteksten av et fellesskap skaper personlige historier. Ens egen identitet skapes når en er en del av fellesskapet. Elementet *mening* beskriver læring gjennom erfaringer, og hvordan det gir mening for en selv. Både på egenhånd og i fellesskapet er dette snakk om den fleksible evnen til å erfare og oppleve vårt liv i verden som meningsfullt. Det siste elementet er *praksis*, hvor læringen er noe en gjør. Wenger beskriver det som delte historier og sosiale ressurser, rammeverk og perspektiver. Dette kan opprettholde gjensidig engasjement i aksjon (Wenger, 1998a).

Wenger viser til at vi alle tilhører praksisfellesskaper, både på jobb, hjemme, på skolen og ved andre aktiviteter. I vår case er praksisfellesskapet konkret kollegiet i avdelingen, eller fellesskapet med sykepleiere i avdelingen. Samtidig kan et praksisfellesskap også være på tvers av avdelinger og virksomheter. Vi tilhører flere praksisfellesskap samtidig, ved at vi er i sosiale settinger sammen med andre hvor vi lærer noe hele tiden. Praksisfellesskaper er overalt, og de endrer seg underveis i livets løp. Det er en integrert del av livene våre. Den tause kunnskapen vi ikke klarer å sette ord på, lærer vi av andre i sosiale settinger, altså i praksisfellesskap (Wenger, 1998a).

Wenger ønsker å skape rom for refleksjon og re-tenkning ved å lansere denne sosiale teorien om læring (Wenger, 1998a). Hun beskriver praksisfellesskaper som ubevisste konstellasjoner, på samme måte som forhandling av mening og endring av identitet er ubevisste hendelser. Vi interagerer sammen med andre. På den måten lærer vi hvordan vi skal oppføre oss, tenke og handle innen et gitt område. Samtidig er praksisfellesskapet dynamisk og endres som et resultat av at deltakerne interagerer. I et arbeidsfellesskap som hjemmesykepleien vil en nykommer ikke bare lære det opplagte som skal læres bort, men den vil også lære hvordan deltakeren ter seg, hvilke verdier som er gjeldende, hvilken retning fellesskapet har og hva det strebes etter. Samtidig som dette læres, vil også nykommeren utfordre det etablerte som en del av sin egen deltakelse, den har kanskje med seg andre synspunkter og kunnskap fra andre steder. Nykommeren vil gå fra legitim perifer deltakelse til full, eller kompetent deltakelse, ved for eksempel å påvirke definisjon og normer for kvalitet i avdelingen.

Et kompetent medlemskap i praksisfellesskap kjennetegnes ved at det er et gjensidig engasjement. Det gir evnen til å delta sammen med andre medlemmer, og respondere til deres

handlinger. Slik kan deltakerne i praksisfellesskapet etablere relasjoner til andre deltakere, og denne gjensidigheten i engasjementet er grunnleggende for å identifisere deltakelsen. Wenger hevder også at ansvarlighet til virksomheten kjennetegner medlemskapet. Da sikter hun til evnen til å forstå praksisfellesskapets virksomhet grundig nok til å ta medansvar og bidra i fellesskapets streben og pågående forhandlinger, på vegne av praksisfellesskapet.

Medlemskapet kjennetegnes til slutt av forhandling av repertoar, hvor medlemmet har evnen til å bruke praksisfellesskapets repertoar og evnen til å engasjere seg i det. Evnen til å gjøre denne forhandlingen krever at en har nok historisk deltakelse i praksisfellesskapet, til å gjenkjenne elementer av dets repertoar. Videre trengs både evnen og legitimiteten til å gjøre fellesskapets historie gjeldende på ny. Det er i praksisen av et fellesskap at det etableres hva som definerer en kompetent deltaker, en utenforstående eller en deltaker som befinner seg et sted imellom (Wenger, 1998a). Med andre ord er det i praksisfellesskapet at definisjonen av hvor en er plassert i deltakelsen, fra legitim perifer deltakelse og frem til full deltakelse, blir definert.

Wenger viser også til læringens sosiale karakter, og beskriver at læring i alle settinger er mer lik enn ulik hverandre. Noe lærer en best for seg selv, som å lære en konkret ting. Annen læring skjer bedre sammen med andre, som for eksempel i et praksisfellesskap. Når vi lærer, endrer det oss ved at vår evne til å delta, høre til og forhandle meningen og betydningen, endres etter hvert som vi lærer. Wenger konkretiserer sin teori ved at læringen er fundamentalt erfaringsmessig og fundamentalt sosial. En kommer ikke utenom erfaringsbasert læring og de sosiale erfaringene vi får med oss når vi studerer læring. Wenger tilføyer også at læring ikke kan designes, det skjer rundt oss hele tiden, og vi lærer noe i samhandling med andre (Wenger, 1998a).

Til slutt i dette kapittelet vil jeg ta for meg Donald Schöns teori om den reflekterende praktiker. Den tar opp noen av elementene fra både Lave og Wenger om hvordan læring tilegnes, og også fra Kolb om hva som skjer i prosessen fra erfaring til læring.

2.3. REFLEKTERENDE LÆRING

Donald Schön (Schön, 2000) omtaler den kunnskapen vi innehar til å utføre praktiske handlinger, men der vi ikke kan beskrive hva som skjer når vi gjør det. Han beskriver det som viten-i-handling, en taus kunnskap om den praktiske utførelsen av handlinger. Dette kan være hvordan en klarer å sykle en sykkel eller hvordan en setter en subkutan injeksjon. For en som kan sykle eller er en erfaren sykepleier, vil disse handlingene være enkle å utføre. Det vil være enkelt å sykle, og sykepleieren bruker ikke lang tid på å sette injeksjonen. Handlingene består av mange komponenter som i siste ende resulterer i at en klarer å holde balansen på sykkelen og sykle fremover, eller får injisert medikamentet i underhuden. Det kan også illustreres ved at en kan lese seg opp på en prosedyre som er godt beskrevet, men det er vanskelig å vite helt hva man gjør før en har prøvd prosedyren i handling. Da innehar en plutselig en annen kunnskap som gjøre det enkelt å utføre prosedyren neste gang. Likevel vil en ikke ha bedre ord for å beskrive hvordan det skal gjøres enn hva som stod i prosedyren en først hadde.

Schön beskriver at viten-i-handling gjør at vi ikke trenger å tenke over hva vi gjør for å utføre handlingen. Det er en godt innarbeidet rutine eller ferdighet. Samtidig er det vanskelig å beskrive til andre hva vi konkret gjør for å holde balansen og sykle, eller utfører prosedyren igjen. Schön mener profesjonelle praktikere innehar denne tause kunnskapen, hvor de enkelt utfører handlinger knyttet til sitt felt og som kan være vanskelig å beskrive med ord hvordan det skal gjøres (Schön, 2000). Dette er kunnskap som ikke nødvendigvis er beskrevet godt et sted heller, men som en har med seg etter at en har arbeidet en stund som sykepleier.

Schön går videre fra viten-i-handling til refleksjon-i-handling, hvor han beskriver situasjoner som gir uventet resultat. Dersom våre rutiner eller ubetenksomme handlinger ikke fører til forventet resultat blir vi overrasket. Rutinene og ubetenksomme handlingene er basert på den tause kunnskapen vi har om våre handlinger, vår viten-i-handling (Schön, 2001). Når forventet resultat uteblir, for eksempel at vi ikke får til å finne balansen på sykkelen, kan vi reagere ved å ignorere det uventede resultatet, ikke være oppmerksom på det eller reagere med refleksjon rundt hva som gikk galt.

Det er refleksjonen rundt hva som forårsaket uventet resultat som Schön er opptatt av, og refleksjonen kan gjøres på to måter. Refleksjonen kan gjøres i etterkant av handlingen og det

uventede resultatet, i ro og mak og vurdere hva vi kunne gjort annerledes en annen gang. Da fullføres handlingen med uønsket eller uventet resultat, men det gjøres refleksjoner rundt hvor det gikk galt. Den andre måten å reflektere rundt dette på, er ved å stoppe underveis i handlingen, uten å avbryte handlingen. Det er dette Schön omtaler som refleksjon-i-handling. Det gir mulighet til å justere kursen for det en holder på med slik at en kan oppnå ønsket resultat. I dette tilfellet vil en reflektere mens en ikke finner balansen, og vurdere hvilke komponenter som forårsaker dette og gjøre endringer i handlingene slik at det blir riktig og en finner balansen igjen. Noen ganger vil en ikke oppnå det en skulle, men oppdager nye ting underveis. Ved refleksjon-i-handling vil en vurdere både hva som skjer underveis og den viten-i-handlingen som en innehar: hva gjør jeg her? Refleksjon-i-handling er et kritisk verktøy, hvor en tenker kritisk om den tenkningen som fører oss dit vi er på vei, til det uventede resultatet. Det kan ende med at en restrukturerer prosessen, handlingsstrategiene, forståelsen av fenomener eller måten å oppfatte problemene på. Refleksjon-i-handling gir en mulighet til å reflektere på stedet og underveis i handlingen, og slik endre det endelige resultatet (Schön, 2000).

Sentralt i Schöns teori om den reflekterende praktiker står nettopp refleksjon-i-handling. Profesjonelle praktikere karakteriseres ved å inneha en viss felles forståelse, verdier og innsikt. De har det Schön kaller et felles korpus av eksplisitt innsikt, en systematisk og organisert profesjonell innsikt. Deres viten-i-handling er innlært gjennom utdanning og erfaring, i deres sosialt og institusjonelt strukturerte sammenheng som deles av andre praktikere i fellesskapet (Schön, 2000). Sykepleiere vil forstå hva andre sykepleiere beskriver uten at det trengs å utbroderes, det er en felles kunnskap og forståelse i bunn. På samme måte kan det være vanskelig å sette ord på hva som skjer når de utøver sin praksis, hvordan de kan ane resultatet ved første øyekast uten at de kan sette ord på det. Når en profesjonell praktiker utøver refleksjon-i-handling reagerer den på det uventede i handlingen, og restrukturerer noen av strategiene for handling, teorier om fenomener eller måter å løse problemet på. Underveis i handlingen finner praktikerens eksperimenter som kan etterprøve dens nye forståelse av handlingen og situasjonen. Slik blir praktikerens mer lik en forsker som prøver å utvikle et ekspertsystem. Den viker fra den strukturerte atferden til eksperten ved å stille spørsmål til både hva den gjør og hva som skjedde (Schön, 2000).

Teoriene til Kolb, Lave og Wenger, og Schön knytter prosjektet til læringsprosesser i både sosiale relasjoner og indre mekanismer. Det teoretiske rammeverket blir brukt videre i innsamling av datamaterialet, som jeg vil beskrive videre i det følgende kapitlet.

3. DESIGN OG METODE

Som beskrevet i innledningskapittelet vil jeg i dette prosjektet undersøke hvordan hjemmesykepleien sikrer kvaliteten i tjenesten. I dette kapittelet vil jeg presentere og begrunne valg av design og metode for forskningsprosjektet. Jeg vil også redegjøre for hvordan jeg har analysert datamaterialet. Videre går jeg igjennom etiske refleksjoner, validitet og reliabilitet. Først vil jeg sette prosjektet inn i en samfunnsvitenskapelig sammenheng og forklare nærmere formålet med forskningen på dette.

3.1. FORMÅL OG SAMFUNNSVITENSKAPELIG STÅSTED

Prosjektet har som formål å forstå hvordan praktisk politikk og administrative føringer fungerer i praksis, ved å undersøke sykepleiernes egne erfaringer og opplevelser med kvalitetsarbeid og tjenestekvalitet i avdelingene. Jeg jobber ut fra en fortolkende, hermeneutisk tilnærming, og forsøker å presentere en forstående tolkning av fenomenet kvalitetssikring i hjemmesykepleien (Bukve, 2016). I dette prosjektet studerer jeg meningsdannelsen som foregår på bakkenivå i tjenesten rundt kvalitetssystemer, prosedyrer og andre tiltak for. Jeg har valgt ut en liten del av fenomenet som jeg studerer, og analyserer det i et læringsperspektiv. Ved å bruke læringsteoriene setter jeg casen inn i en større sammenheng. Jeg har brukt supplerende teorier for å forstå fenomenet med en større bredde, og slik får en høyere mening enn selve fenomenet (Thagaard, 2018).

Jeg har valgt kvalitativ metode fordi ikke alle svarene er gitt på forhånd i studien av sykepleiernes egne erfaringer. De temaene sykepleierne tok opp var relevante for deres opplevelser. Det kvalitative designet har gitt meg mulighet til å vurdere utsagn bedre, og undersøke nærmere dersom det oppstår noe som fanger interessen. Jeg har justert noen spørsmål og tema etter hvert, og har på den måten også avdekket uventede funn (Thagaard, 2018).

Jeg har brukt det teoretiske rammeverket når jeg har utarbeidet intervjuguidene, og diskuterer funnene fra datainnsamlingen i lys av teoriene etterpå. På den måten har jeg brukt teorien til å

forstå fenomenene. Jeg har tatt særlig utgangspunkt i teoriene til Lave og Wenger, men også Kolbs og Schöns teorier ligger til grunn for noen av spørsmålene. Spørsmålene var ikke sitater fra teoriene, men som jeg vil vise i beskrivelsen av intervjuguiden har jeg hatt teoriene med som bakteppe i utformingen av spørsmålene.

3.2. DESIGN OG METODE

Jeg har valgt casedesign for å kunne svare best mulig på problemstillingen. Casedesign kjennetegnes av at et fenomen studeres i sin egen kontekst. Grensene mellom fenomenet og konteksten er utydelig (Bukve, 2016). Fenomenet jeg studerer er læringsprosesser rundt og gjennom kvalitetssikring, og konteksten fenomenet befinner seg i er i arbeidet og oppgavene i hjemmesykepleien. Her er grensen mellom læringsprosesser og arbeid, og mellom kvalitetssikring og oppgaver utydelige. Ulike elementer fra konteksten vil påvirke svarene til deltakerne. Deltakerne har ulike personligheter, kollegaer, erfaringer, struktur på avdeling, ledelse og bakgrunn som påvirker svarene og opplevelsene deres. De har ikke samme utgangspunkt, noe som gjør at svarene deres gjør funnene nyanserte. Jeg har valgt enkeltcase som strategi i designet. Selve casen er sykepleiernes egne opplevelser og erfaringer i kvalitetsarbeidet. Jeg har valgt å bruke flere deltakere fra ulike avdelinger og kommuner i datainnsamlingen, for å øke troverdigheten og skape en bredere relevans for prosjektet. Jeg vil komme tilbake til valg og begrunnelser for utvalg i neste avsnitt som tar for seg metoden i prosjektet.

Intervjuene ga meg innsikt i deltakernes opplevelser, synspunkter og forståelse av seg selv. De beskriver hvordan de selv opplever det jeg undersøker. Deres egen fortelling og observasjon forteller både historien de presenterer, og også noe om hvor deltakeren plasserer seg selv (Thagaard, 2018). Jeg valgte semistrukturert intervju, for å kunne ha noe sammenligningsgrunnlag på tvers av de ulike deltakerne, og som kan brukes i analysen av intervjuene i etterkant. Jeg ville likevel ha en fleksibel ramme som ga meg muligheten til å undersøke videre det som kom frem, og justere spørsmålene etter hvert. Intervjuguiden ble delt inn i 7 temaer med 3-4 spørsmål i hver. Jeg fulgte deltakerens fortelling, og tilpasset spørsmålene ut fra svarene jeg fikk. Noen spørsmål ba deltakerne beskrive hendelser eller

opplevelser for å kunne få et bilde av hva de selv opplever at de står i. Andre spørsmål ba om beskrivelse av systemer og organisering for å skape et bilde av konteksten fenomenet skjer i.

Intervjuet ble styrt av meg som forsker, samtidig som deltakerne hadde en viss mulighet til å ta opp andre relaterte temaer som kunne ha relevans til prosjektet. Ved utvelgelsen av deltakere gjorde jeg noen avgrensninger, som jeg vil beskrive videre her.

3.3.1. UTVALG

Dette er et prosjekt på masternivå, som er begrenset på tid og ressurser. Jeg ønsket å ha et representativt utvalg, og kunne gå i dybden i intervjuene. Jeg har derfor hatt som utgangspunkt å rekruttere 6-8 deltakere, fortrinnsvis seks sykepleiere og to ledere. Når utvalget er såpass lite er det nødvendig med strategisk utvalg for at funnene skal bli relevante til å svare på problemstillingen (Thagaard, 2018). Utvalgskriteriene var i første omgang sykepleiere som jobber turnus i hjemmesykepleien, og som har noen års erfaringer fra arbeid i hjemmesykepleien. Jeg har valgt erfarne sykepleiere, fordi de ofte har de opplevelsene og erfaringene fra hjemmesykepleien som jeg vil undersøke. Etter flere år i hjemmesykepleien har en vært innom flere ulike problemstillinger og prosedyrer. De har trolig erfart å *fake it till they make it* med både suksess, og kanskje også situasjoner de ikke har klart det. Jeg har derfor spurt etter sykepleiere som har arbeidet i turnus i fem år eller mer.

Jeg har valgt å rekruttere deltakere fra fire ulike avdelinger, tre avdelinger i samme kommune og en avdeling i en annen kommune. Alle avdelingene ligger under samme helseforetak, men er organisert ulikt. De har forskjellig størrelse på avdeling, og antall tjenestemottakere. Dette gir variasjon i utvalget, og dersom det er trekk som går igjen på tvers av avdelinger og hos flere sykepleiere, kan det gi funnene større overførbarhet.

Jeg har tatt direkte kontakt med to sykepleiere gjennom eget nettverk. Disse kvalifiserer til utvalget ved at de jobber turnus i hjemmesykepleien og har lang erfaring. Jeg kjenner dem gjennom tidligere arbeid, men har ingen arbeidsrelasjon eller annen relasjon til dem i dag. Jeg har derfor vurdert at deres svar ikke vil være preget av min relasjon til dem. I tillegg har jeg kontaktet tre avdelingssykepleiere og bedt om deltakere til prosjektet. Avdelingslederne

arbeider i samme kommune som meg, men jeg har ingen relasjon til deres ansatte. Det har tatt lengre tid å rekruttere igjennom avdelingslederne, kanskje fordi rekrutteringen går gjennom flere ledd. Det er også mulig at rekruttering til andres prosjekt ikke er høyt prioritert for avdelingslederne, fordi de nødvendigvis ikke har egen gevinst av dette og har mange andre oppgaver å prioritere. Jeg har vurdert om direkte kontakt med deltakerne ville vært lettere for dem å takke ja til, samtidig kan en forespørsel fra leder om å delta i et prosjekt være mer forpliktende.

Lederne var kjent med at tema for prosjektet er kvalitetssikring av hjemmesykepleien, og jeg antok at det kunne påvirke hvem lederne rekrutterte. Flere av deltakerne hadde et særlig engasjement for kvalitetsarbeid i avdelingen, noe som er verdt å ha med seg når en leser rapport og analyse av funnene senere. Jeg forsøkte å rekruttere bredere enn utvalget jeg i utgangspunktet skulle ha med, nettopp fordi jeg forventet at rekruttering ville bli vanskelig. I prosessen med rekruttering i denne kommunen har jeg fått godkjenning av stab og forankret det hos ledelsen.

Jeg fikk navn på syv deltakere gjennom rekrutteringen, i tre avdelinger var det to sykepleiere og i en avdeling var det en. Jeg lyktes ikke å gjennomføre rekruttering av avdelingssykepleiere. Jeg avtalte intervjuer med syv sykepleiere, men to av deltakerne ble forhindret fra å delta på grunn av sykdom og uvær. På det tidspunktet hadde jeg intervjuet fem deltakere fra alle de ulike avdelingene, og hadde da 5,5 timer intervju. Jeg vurderte at det ville være lite rom for at avdelingene kunne avse særlig mer tid til intervjuer. Etter en vurdering med veileder besluttet jeg å gå videre med prosjektet uten flere intervjuer, da alle avdelingene var representert og det er begrenset med tid og ressurser i prosjektet. Utvalget består i dag av fem deltakere, alle var sykepleiere. Fire av deltakerne hadde videreutdanning, henholdsvis en i geriatri, en i kreftsykepleie og to i sårsykepleie. Dette gjenspeiler min antakelse om at lederne oppga deltakere som var faglig engasjerte, samtidig som prosjektet kan ha appellert mer til disse deltakerne. To av deltakerne arbeidet i 80% stilling og tre arbeidet i 100% stilling, alle i turnus. Samtlige var kvinner, noe som er typisk for kjønns sammensetning i ansatte i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2021). Et av utvelgelseskriteriene var over fem års erfaring, fire av sykepleierne hadde i tillegg mer enn 10 års erfaring i hjemmesykepleien. Alderen til deltakerne var fordelt mellom 28 til 57 år, hvorav fire var mellom 44 og 57 år.

3.3.2. DATAINNSAMLING

Selve datainnsamlingen ble gjort gjennom intervjuer, ved fysisk møte i løpet av januar og februar 2023. Jeg forsøkte å møtes i nøytrale og tilgjengelige lokaler. For at det skulle være enklere for deltakerne har vi møttes i møterom på deres arbeidsplass eller møterom adskilt fra den aktuelle avdeling. Jeg vurderer at intervjuene ikke ble preget av om opptaket ble gjort på deres egen arbeidsplass, deltakerne var like meddelsomme i intervjuet uavhengig av lokasjon. Jeg hadde informert om at intervjuene ville ta fra 30-60 min, men intervjuene som ble tatt opp hadde en lengde på mellom 45 min til 1,5 time. Jeg har brukt lydopptak av intervjuene, og har brukt en egen digital lydopptaker som hjelpemiddel til dette. For å sikre anonymitet og at dataene ikke kommer på avveie har jeg lagret lydopptakene i en passord-beskyttet mappe på min personlige PC. Jeg har laget en liste over kodenavn på hver enkelt deltaker, og for å anonymisere omtaler jeg ikke kommuner eller avdelinger i selve oppgaven eller transkribering. Jeg har heller ikke brukt kodenavn i sitatene, slik at den enkelte deltaker skal være anonym og ikke gjenkjennbar i gruppen av deltakere. Lydfilene og listen over kodenavn vil være oppbevart passord-beskyttet frem til det ikke lenger er nødvendig å oppbevare datamaterialet. Etter det blir de slettet. Lydfilene ble transkribert, og alt har blitt anonymisert i transkripsjonen. Det vil derfor ikke være nødvendig å slette transkripsjonen etterpå. Ettersom deltakerne har gitt samtykke til det, kan transkripsjonene brukes videre i annen relevant forskning.

Jeg har nå beskrevet metoden og hvordan jeg har gått frem for å samle inn data. I det neste avsnittet går jeg inn i selve datamaterialet, hvordan jeg utformet intervjuene og hvordan jeg har behandlet og analysert dataene etterpå.

3.3.3. INTERVJUGUIDE

Jeg valgte å dele intervjuguiden opp i temaer som er knyttet til kvalitetsarbeid og tjenestekvalitet i avdelingene. Jeg brukte teoriene, tidligere forskning og egen erfaring fra feltet som utgangspunkt for utarbeidelsen av temaer og spørsmål. Temaene jeg valgte å

strukturere intervjuguiden inn i er kvalitet, system, oppgaver, hendelser, avvik, ansvar og arbeid.

Under temaet *kvalitet* ville jeg vite sykepleiernes egen definisjon av kvalitet, og ba dem beskrive hvordan kvalitetsarbeidet i praksis blir gjort i avdelingen. Jeg ønsket å avdekke deres egne vurderinger og refleksjoner rundt kvalitetsarbeid og kvalitetssikring av tjenesten.

Under temaet *system* konsentrerte jeg meg om hvilke læringsarenaer det er i avdelingene, hvordan ansvaret for fag og kvalitet er delt inn, og om det utveksles erfaringer og sammenlignes på tvers av avdelinger. System forstås her hovedsakelig som systematisk arbeid. Jeg ønsket å avdekke mulige praksisfellesskaper og gjenkjenne prosesser fra læringsteoriene.

Temaet *oppgaver* tok for seg de oppgavene sykepleierne har i sitt arbeid, hvordan de forbereder seg til disse og hvordan de har opparbeidet seg kompetanse til å håndtere dette arbeidet. Dette er relatert til Schöns teori om reflekterende praktikere, samtidig som det undersøker om beskrivelsene kan passe med Lave og Wengers teorier om legitim perifer deltakelse og praksisfellesskap.

Jeg ville sykepleierne skulle fortelle om *hendelser* eller situasjoner de hadde har vært i, både hendelser de hadde opplevd å ikke klare og hendelser de hadde klart å løse på en tilfredsstillende måte. Jeg spurte også om hvordan slike situasjoner håndteres av avdelingen i etterkant. Jeg ønsket å få et innblikk i hva sykepleierne står i, og hvordan de eventuelt *fake it till they make it*. Det ville også gi meg innblikk i hvilket systematisk arbeid avdelingen har for å følge opp slike situasjoner. Her har jeg brukt Kolbs teori for å forstå deres erfaringer, samt se det i lys av teorien om praksisfellesskaper.

Under temaet *avvik* var jeg ute etter å få et innblikk i avvikssystemet i avdelingen, hvordan dette håndteres på individ- og systemnivå. Dette er en viktig indikator for kvalitetssikring, men er ikke direkte knyttet til en av teoriene.

I temaet *ansvar* var jeg på jakt etter hvem som har, eller opplever, ansvar for kvaliteten på tjenesten. Jeg ville også vite hvilke vurderinger sykepleierne må gjøre i situasjoner hvor de vurderer hvilken hjelp som skal ytes. Dette knytter jeg til teorien om praksisfellesskapene og Kolbs modell.

Til slutt hadde jeg et tema om *arbeid*, hvor jeg spurte hva sykepleierne selv tror at kan kvalitetssikre tjenesten. Jeg spurte også hva som skal til for at de trives i arbeidet. Her ønsket jeg å få frem det som sykepleierne selv vurderer som gode tiltak, og hva som skal til for å lage gode arbeidsplasser i hjemmesykepleien.

Jeg har nå beskrevet grunnlaget for innsamlingen av datamaterialet, og vil videre beskrive kort hvordan jeg har behandlet dataene.

3.3.4. TRANSKRIBERING OG KODING

Jeg transkriberte lydopptakene fortløpende mellom intervjuene. Allerede i transkriberingen gjorde jeg noen analytiske vurderinger av hva jeg skulle ha med videre i datamaterialet. Jeg har ikke lagt stor vekt på deltakernes språklige uttrykk, annet enn der det kom tydelig frem at de var i tvil, usikre eller svært oppgitt. Flere var usikre på hva de skulle svare på noen konkrete spørsmål, andre brukte lang tid på å tenke for å komme med et svar. Noen forsøkte å forstå hvilket svar jeg ville frem til. Jeg har i liten grad innlemmet dette i transkriberingen og den videre kodingen. Samtidig danner det et inntrykk som jeg har med meg inn i analysen. For å kode intervjuene har jeg tatt utgangspunkt i stegvis-deduktiv-induktiv metode (Tjora, 2021), ved å lese igjennom de første intervjuene og finne koder for hva de snakket om. Jeg fant imidlertid at noe av essensen i svarene forsvant i kodingen ved bruk av denne metoden. Jeg har derfor i større grad brukt tematisk analyse som grunnlag for videre koding (Braun & Clarke, 2022), da denne ga rom for å ta med større deler av utsagnene i kodene og ble brukt videre i analysen. Dette vil jeg beskrive videre i følgende avsnitt.

3.3.5. TEMATISK ANALYSE

Jeg har brukt Braun og Clarkes tematiske analyse, og har benyttet deres seks steg i *Practical guide to thematic analysis* (Braun & Clarke, 2022). Tematisk analyse ga meg mulighet til å sammenligne de ulike svarene under hvert tema på tvers av datamaterialet, og kan slik gå i

dybden på det enkelte temaet (Thagaard, 2018). Transkribering av intervjuene var nyttig for å danne meg et helhetlig inntrykk av deltakernes svar, som jeg har tatt med meg i analysen. Deltakernes beskrivelser av hendelser og erfaringer ble vurdert opp mot hverandre, men også hver for seg og i den settingen hendelsene skjedde i, og erfaringene ble gjort i. Her gir min kjennskap til feltet og avdelingene en forståelse for denne settingen erfaringene og hendelsene tar plass i. Utgangspunktet i teoriene ved utvikling av tema og koder gjør det mulig å vende tilbake til teorien i diskusjonen rundt funnene.

Braun og Clarkes guide til tematisk analyse er fleksibel analysemetode. Den har sin oppskrift, men det er stor fleksibilitet i den, på samme måte som en kan oppnå gode resultater ved matlaging hvor en ikke nødvendigvis følger oppskriften til punkt og prikke (Braun & Clarke, 2022). Den tematiske analysen følger seks faser, men en kan bevege seg frem og tilbake i disse fasene. Den første fasen er å gjøre seg kjent med dataene ved å transkribere, lese over dataene og lese over igjen. Deretter skapes innledende koder, og søken etter temaer. Den fjerde fasen er å se over temaene igjen, og deretter å definere og navngi temaer. Den sjette og siste fasen er å produsere en rapport av funnene (Braun & Clarke, 2006).

Ved transkribering av datamaterialet ble jeg kjent med materialet og fikk et overblikk. Når jeg hadde transkribert noen av intervjuene, så jeg etter tendenser i de første transkriberingene. Her fant jeg emnene *definisjon av kvalitet, kvalitetssikring, oppgaver og prioriteringer, opplevelser, avvik, ansvar og læring*. Disse emnene reflekterer temaene fra intervjuguidens struktur. Deretter leste jeg igjennom intervjuene for å trekke ut relevante og interessante data. Jeg markerte dette med farger ut fra emnene. Videre kodet jeg disse utdragene, som vist i eksempelet under. Jeg vil bemerke at dette er et utdrag direkte fra kodingen, og kan slik utsette anonymiteten til deltakeren. Flere av de andre deltakerne har imidlertid beskrevet lignende opplevelser, og det kan være gjenkjennelig for flere. Jeg mener da at anonymiteten fortsatt bevares.

Utdrag	Kode
<p>Så jeg liker at det er litt action, at ting skjer hele tiden, at du ikke er arbeidsledig. Det er det jeg liker med denne jobben. Og folka, de jeg jobber med, liker jeg, altså kollegaene. Hadde det ikke vært for kollegaene så hadde jeg sluttet for lenge siden. For noen av kollegaene så er det, jeg liker så godt kollegaene mine. Så hadde det ikke vært for det så. For du blir jo lei av og til, nei nå må jeg finne noe annet å gjøre, og jeg tenkte jo. Jeg tenker jo og på det at det blir så hardt fremover, vi er så presset at, at jeg faktisk ikke kommer til å holde ut, for det blir for mye, det er for travelt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevelser • Jeg liker at det er action, og folka som jeg jobber med. Altså kollegaene, hadde det ikke vært for dem hadde jeg sluttet for lenge siden. For du blir jo lei noen ganger og tenker du må finne noe annet å gjøre. Jeg tenker jo på at hvis det blir så hardt fremover, vi er så presset, at jeg faktisk ikke kommer til å holde ut, det blir for mye, det blir for travelt.

En svakhet ved koding og tematisk analyse er at en løsriver deler av datamaterialet fra sammenhengen det ble presentert i slik at deltakerne ikke gjenkjenner det som blir presentert (Thagaard, 2018). Denne svakheten forsøkte jeg å begrense ved å inkludere mye av utdragene i kodingen for å forstå hva deltakeren beskrev. I tillegg er emnene utdragene kodes inn i tett på emnene i intervjuguiden, slik at sammenhengen i størst mulig grad bevares.

Jeg samlet kodene for hver deltaker i tekstbokser kategorisert etter emnene *definisjon av kvalitet, kvalitetssikring, oppgaver og prioriteringer, opplevelser, avvik, ansvar og læring*. Deretter samlet jeg tekstboksene for hvert emne, som for eksempel alle deltakernes tekstboks med koder knyttet til *Opplevelse*. Dette ga meg flere sider med tekst på hvert emne. Jeg leste deretter igjennom dataene og fant tematikker og tendenser. Jeg kategoriserte dette videre i underemner, som for eksempel *Trivsel* og *Positivt med hjemmesykepleien*. Videre samlet jeg disse underemnene i tema, som for eksempel *Opplevelser knyttet til arbeidet*. I figuren under ser en kodene som de små boblene ytterst, samlet til et tema eller en tendens, som så igjen samles til en beskrivelse av emnet, som for eksempel *Opplevelser knyttet til arbeidet*. Figuren er ment som illustrasjon av arbeidsmetoden.



FIGUR 3 - ILLUSTRASJON AV ANALYSEKART

Analysen ga meg totalt 14 figurer som beskrev datamaterialet. Jeg summerte funnene i en deskriptiv rapport, og med det fullførte det siste steget i den praktiske analyse-guiden (Braun & Clarke, 2022). Denne rapporten presenterer jeg i neste kapittel, jeg vil først redegjøre for vurderinger knyttet til etikk og god forskningspraksis.

3.4. VURDERINGER KNYTTET TIL ETIKK

Når jeg forsker i eget fagfelt vil det kunne påvirke min objektivitet som forsker, og påvirke hva jeg forstår ut fra funnene. Utfordringen er at jeg kan tillegge egne erfaringer til deltakernes utsagn, og slik forstå mer enn hva som blir sagt og ment med utsagnet (Thagaard, 2018). Samtidig vil bakgrunnskunnskapen være en fordel, og jeg trengte ikke tid på lære hvordan tjenesten opererer. Jeg kan lettere forstå hva deltakerne vil frem, som Kolb beskriver som profesjonens basiskunnskap og Schön beskriver som felles korpus av eksplisitt innsikt (Kolb, 2015b; Schön, 2000).

For å veie opp for utfordringene ved å ikke være helt utenforstående, var jeg bevisst min objektive rolle som forsker. Min rolle som forsker og hvordan jeg møter deltakerne i intervjuene, påvirker resultatene (Thagaard, 2018). Dette var særlig viktig når min tidligere relasjon til to av deltakerne kunne påvirke resultatet, og slikt gi ulikt resultat fra de andre deltakerne. Jeg prøvde å utvise respekt og åpenhet, slik at det skapte en trygg ramme for deltakerne å dele sine opplevelser og erfaringer i intervjuet (Thagaard, 2018). Jeg forsøkte å trygge dem i sine utsagn, og poengterte at jeg ikke var ute etter et rett svar. Noen deltakere forsøkte å svare «riktig» ut fra hva de trodde jeg ville frem til, og jeg understreket da at det var deres opplevelse eller svar som var det riktige. Dette er i tråd med føringer fra den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), hvor forskeren skal respektere deltakerens grunnleggende menneskeverd og utvise en etisk forsvarlig forskningspraksis (NESH, 2021). Jeg har tatt utgangspunkt i de tre grunnprinsippene for etisk forsvarlig forskningspraksis, informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i prosjektet (Thagaard, 2018). Dette vil jeg beskrive i avsnittet videre.

3.4.1. ETISK FORSVARLIG FORSKNINGSPRAKSIS

Det første grunnprinsippet for å ivareta etisk forsvarlig forskningspraksis er *informert samtykke*, og forskningsprosjekter skal gå ut ifra et prinsipp om at deltakerne er informert om hva de deltar på og samtykker til dette (Thagaard, 2018). Jeg har laget et informasjonsskriv om prosjektet hvor deltakerne signerer at de samtykker til å delta. Jeg har laget skjemaet ut fra en mal fra Høgskulen på Vestlandet for deltakelse i forskningsprosjekt. Deltakerne blir der informert om hva formålet til prosjektet er, og hva dataene skal brukes til. Jeg har forsøkt å formulere informasjonen på en slik måte at det gir nødvendig informasjon til å gjøre et informert samtykke, uten at jeg beskriver så utfyllende at det legger føringer for hva deltakerne svarer i intervjuet (Thagaard, 2018). Skjemaet deltakerne har fått blir lagt ved prosjektet, mens deres signerte samtykke blir oppbevart forsvarlig og utilgjengelig for andre.

Konfidensialitet er det andre grunnprinsippet. Jeg har i avsnittet *metode* beskrevet hvordan jeg vil ivareta deltakernes anonymitet, og deltakerne har også blitt informert om dette i informasjonsskrivet. Da skal det være trygt å delta i forskningsprosjektet, og personlige data

håndteres konfidensielt og fortrolig (Thagaard, 2018). Noen av spørsmålene i intervjuguiden undersøker hendelser som ikke har gått etter intensjonen og avvik, noe som kan avdekke bekymringsverdige forhold eller lovbrudd. Som forsker er jeg pliktet til å melde i fra om alvorlige forhold og lovbrudd, samtidig som dette kan bryte konfidensialiteten til deltakerne (Thagaard, 2018). I forkant av intervjuene hadde jeg reflektert over dette, og gjort en vurdering om dersom det kommer frem slik informasjon vil jeg drøfte dette med deltakeren i etterkant av intervjuet. Det er mulig deltakeren ikke har vært klar over at det var et lovbrudd eller alvorlige hendelser, og jeg kunne råde den ansatte til å melde dette selv. Jeg fant ingen alvorlige avvik som burde meldes, men jeg vil komme tilbake til funn rundt vurdering av samtykkekompetanse som utfordret meg på dette.

Det jeg oppdaget underveis i intervjuene var også at datamaterialet hadde stor interesse for eget arbeid. Beskrivelser av hendelser og vurderinger var lett å ta med seg videre i diskusjoner på eget arbeidssted for læring og utvikling. Dette hadde jeg ikke forberedt meg på, og jeg måtte vurdere hvordan jeg skulle kunne ivareta konfidensialitet til deltakerne dersom jeg skulle dele funn fra intervjuene underveis i prosjektet. I hver kommune vil det være enkelt å spore hvor utsagnene kom fra, da det var oppgitt internt i hver avdeling hvem som deltok. Et annet aspekt var at noen av spørsmålene vurderte om alvorlige hendelser og avvik vurderes som svikt i systemet eller den enkeltes ansvar. Det kom frem noen mer eller mindre alvorlige hendelser som ikke var rapportert inn. Jeg har valgt å diskutere dette med veileder for hva som bør gjøres i slike tilfeller, og har ikke rapportert avvikene videre.

Det siste grunnprinsippet for etisk forsvarlig forskningspraksis er redegjørelse av *konsekvenser ved deltakelse*. Deltakeren skal ikke få negative konsekvenser av deltakelse i prosjektet, og jeg har et ansvar for å ivareta deltakernes integritet gjennom hele prosjektet (Thagaard, 2018). Dette innebærer både at det ikke får følger for deltakerne i etterkant, men også at deres mening i svarene blir ivaretatt også etter at svarene er tatt ut av kontekst. Noen av funnene viste seg å kunne være mot hensikten til lovverket, nemlig hvem som skal vurdere samtykkekompetanse. Dette vil jeg også komme tilbake til i funnene, men jeg tar det opp her for å belyse hva jeg har tenkt rundt dette. Jeg har ikke latt utsagnene knyttet til dette få konsekvenser videre. Jeg fant først og fremst en tendens, og mye kan tyde på at det er en strukturell svikt fremfor personlig svikt. Jeg har da ikke til hensikt å konfrontere deltakere, men tar det opp som en generell drøfting i prosjektet.

Andre konsekvenser for deltakelsen har vært at de har fått mulighet til å reflektere rundt kvalitetsarbeid og læringsarenaer, med en interessert lytter i meg som forsker. (Thagaard, 2018) trekker frem at noen av deltakerne kan oppleve dette som interessant og nyttig. En av deltakerne sa nettopp dette, og flere ga uttrykk for at det var interessant å bidra. Det er kanskje ikke mye rom til å diskutere og reflektere over disse emnene i det daglige for deltakerne. Det er en skjevhet mellom hva jeg som forsker får ut av intervjuet og hva deltakeren sitter igjen med (Thagaard, 2018). Dette særlig fordi deltakerne selv ikke er med og analyserer funn. Det vil være mulighet for deltakerne å lese den ferdige oppgaven, og slik lære noe gjennom studien, og mulig det er noe lærdom å ta med seg tilbake til avdelingene.

Prosjektet er meldt til Sikt i tråd med retningslinjer for forsknings- og studentprosjekter gjennomført ved høyskoler og universitetet. Prosjektet er vurdert og tilrådd av Sikt 25. november 2022, og vurderingen er lagt ved som vedlegg. I tillegg er prosjektet meldt inn til en av de kommunene det er rekruttert deltakere fra. Dette er gjort etter kommunens egne retningslinjer, hvor prosjektet skal godkjennes og forankres hos ledelsen for at ansatte skal kunne delta i forskningsprosjekt.

3.5. VURDERINGER KNYTTET TIL FORSKNINGSDESIGN

God forskningsdesign medfører at undersøkelsene utformes slik at en kan trekke slutninger fra funnene og bruke disse i tilsvarende situasjoner. Forskningsprosjektets relevans avhenger av dets *validitet* og *reliabilitet*, altså at resultatene er gyldige og pålitelige. Jeg har beskrevet mitt vitenskapsteoretiske ståsted i avsnittet om samfunnsvitenskapelig ståsted, slik at det kommer tydelig frem hva jeg baserer forskningen på (Thagaard, 2018). Jeg har begrunnet valg av utvalg og rekruttering i avsnittet om metode, og redegjort for hvilke valg jeg har gjort for å få et representativt utvalg. Jeg har også reflektert rundt min forskerrolle, og beskrevet min egen tilknytning til fagfeltet. I tillegg har jeg gjort vurderinger for hvordan dette kan prege intervjuer, funn og resultater i avsnittet om etikk. I prosjektet har jeg anvendt vitenskapelig anerkjente metoder og analyser, som også styrker dets validitet (Bukve, 2016).

For at forskningsprosjektet skal være reliabelt må selve studien og funnene være troverdige. Det må da være tydelig hvordan jeg har gått frem i forskningsprosessen (Thagaard, 2018). Jeg

har derfor beskrevet detaljert forskningsstrategi, og jeg her beskrevet hvordan jeg har analysert materialet. Det redegjør for hvordan jeg har kommet frem til funnene, samtidig som jeg i neste kapittel presenterer grunnlaget for hovedfunnene med rapporten fra analysen. Jeg har vurdert min rolle som forsker og forskning i eget felt, i avsnittet om *etiske vurderinger*.

Når prosjektet er sikret validitet og reliabilitet, vil det gjøre resultatene gyldige og troverdige. Dette igjen vil gjøre dem mer overførbare til andre lignende caser, og gir prosjektet *relevans*. Det er begrenset overføringsverdi i casen, fordi utvalget er lite og strukturer på hjemmesykepleieavdelinger er veldig ulike. Samtidig gir funnene et innblikk i sykepleiernes egne opplevelser, og det er mulig at deltakernes opplevelser kan være gjenkjennbare for andre i lignende grupper. Ved å anvende generelle teorier om læring i prosjektet gir det en generell relevans utover funn knyttet til hjemmesykepleie (Thagaard, 2018). Jeg mener mine funn kan generaliseres til ledelse av andre offentlig tjenester som lærere og andre helsetjenester, hvor en anvender taus kunnskap, og lærer i sosiale fellesskap og en skal ivareta bakkebyråkrater i sitt arbeid.

Jeg har nå redegjort for hvordan jeg har designet forskningen og vurderinger knyttet til dette, og vil i neste kapittel presentere en deskriptiv rapport av funnene fra analysearbeidet.

4. RAPPORT AV ANALYSE

I dette prosjektet forsøker jeg å forstå hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplever arbeid med kvalitet og kvalitetssikring i tjenesten. Jeg gjør dette for å få en forståelse av hvordan politikk og administrative føringer effektueres, og hva som eventuelt er utgangspunktet for å jobbe videre med dette. Her vil jeg presentere en deskriptiv rapport over hva jeg fant ved analysering av datamaterialet.

Jeg har delt rapporten inn etter temaene i figurene som jeg kom frem til i analysen. Selve figurene blir ikke presenterer her, men noen av dem blir hentet opp når jeg presenterer hovedfunnene i neste kapittel. I analysen arbeidet jeg meg nedenfra og oppover, fra datamaterialet og opp mot temaer. Rapporten beskriver analysen ovenfra og nedover, fra temaer til hva dette innebærer.

Jeg vil først avklare tre begreper som er brukt i analysen. Det første er *system*, og her brukes systemer både om fagprogrammer, og om arbeid eller rutiner satt i sammenheng. Med arbeid og rutiner satt i system menes det at det er organisert som planlagte hendelser eller fremgangsmåte, det er strukturert og kjent i avdelingene. Det neste begrepet er *administrasjonsvakt*. Flere av avdelingene hadde eget dedikert personal til å ta imot meldinger og organisere daglig drift, men alle hadde forskjellig tittel. Dette var Sykepleier1, administrasjonsvakt og fagkoordinator. Jeg har valgt å samle alle tilsvarende titler for dette og kalt det administrasjonsvakt. Dette både for å ivareta anonymiteten i avdelingene og for å forenkle teksten for leseren ved bruk av en tittel. Av samme grunn har jeg valgt å bruke *fagutvikler* om personal som var dedikert til å ivareta kvalitet og fag i avdelingen, som for eksempel fagutvikler eller fagsykepleier. Jeg starte rapporten med det første emnet, definisjon av kvalitet.

4.2.1. DEFINISJON AV KVALITET

I starten av intervjuet ble beltakerne bedt om å definere kvalitet på tjenesten og kvalitetsarbeid. Flere av deltakerne beskrev kvalitet på tjenesten som et sluttprodukt av den

jobben de selv utfører. Den hjelpen som pasientene mottok skulle være sikker, trygg, lik, god og riktig. Noen deltakere påpekte at kompetansen til de ansatte var med å sikre kvaliteten. En deltaker beskrev at «*Kvalitetsarbeidet avhenger av kvalitetssystemet*», ellers nevnte ikke de andre deltakerne systematikk og systemer som kvalitetsindikatorer. Deltakerne var informert om at jeg skulle studere kvalitetssikring i hjemmesykepleien, og deres arbeid i kvalitetssikringen er å utføre arbeidet etter retningslinjer og føringer. Dette kan forklare hvorfor definisjonen knyttes til tjenesteproduksjonen, fordi det er der de opplever å påvirke kvaliteten selv.

4.2.2. SYSTEMATISK KVALITETSSIKRING

Jeg fant at den systematiske kvalitetssikringen bygget på *delegert ansvar, kommunikasjon, fagsystemer, systemer, organisering, kompetanse, og verktøy*.

Delegert ansvar er beskrivelser av ansatte som har særlige ansvar eller dedikerte stillinger i avdelingene. For eksempel sykepleiere med spesialkompetanse som bidrar med sin kompetanse i palliasjon. Tre av avdelingene hadde også ulike ressursgrupper innen forskjellige områder som hadde et ansvar for det. Tre av avdelingene hadde også administrasjonsvakt. To av avdelingene hadde fagutvikler, som ikke er knyttet til daglig tjenesteyting.

Kommunikasjon satt i system bidrar til kvalitetssikring. Kommunikasjonen var mellom ansatte og eventuelt ledelse og andre instanser ved rapporter, dokumentasjon, påminnelser i system eller bok, og rutine ved å kontakte hverandre. Samtlige avdelinger ga uttrykk for at det var i rapporter de fikk informasjon og anledning til å spørre hvis det var noe spesielt.

Fagsystemene som bidrar til kvalitetssikring av tjenesten, er for eksempel journalsystem, logistikkprogram, rutineoppslag, e-læringskurs, prosedyreoppslag og medikamentoppslag.

Systemer beskriver systematisk arbeid for å kvalitetssikre tjenesten. Dette kunne være gjennom internkontroll og sjekklister, sykepleiemøter, prosedyremøter, oversikt over opplæring og kartlegging. Dette var veldig varierende mellom hver avdeling, både innad og på tvers av kommunene. Noen hadde sjeldne personalmøter og sykepleiemøter. Der hvor det

ikke var fagutvikler var det også et uttrykt ønske om oftere sykepleiemøte, eller ønske om mer faglig innhold på møtene.

Organisering beskriver hvordan kvaliteten ble sikret gjennom tjenestens flere ledd, som saksbehandler, administrasjonsvakt og utøver i tjenesteproduksjonen. Det var ulik organisering i alle avdelingene. Noen var delt inn i mindre grupper med egne administrasjonsvakter. En avdeling hadde ikke administrasjonsvakt, og håndterte administrative oppgaver sporadisk når det var rom for det.

Kompetansen til de ansatte ble brukt litt ulikt i avdelingene. Tre av avdelingene oppga å sikre tjenesten ved å skille oppdrag på formell kompetanse, altså høyskoleutdannet og eller lavere kompetanse. Kun en av avdelingene hadde praksis for å gi helsefagarbeidere utvidete fullmakter og dispensasjoner. De andre avdelingene oppga at de var heldige som hadde mange sykepleiere, og slik kunne sikre kvaliteten på tjenesten slik.

Verktøyene som ble brukt for å utøve tjenesten sikret at ansatte var i stand til å utføre jobben sin. Transportmiddel ble brukt for å komme frem, da ved bruk av bil, sykkel, ferge eller til fots. Samtlige avdelinger brukte telefoner, både til kommunikasjon og som arbeidsverktøy. Samtlige hadde journalsystemet på telefonene, hvor de også fikk arbeidslister for å sikre at det ble delegert oppdrag til hver enkelt. Tre av tjenestene hadde egne dedikerte ansatte som redigerte arbeidslistene og fordeler oppdrag, såkalte listeskrivere. I tillegg ble PCer benyttet på kontoret til å dokumentere, søke opp informasjon og kunnskap. Noen av deltakerne poengterte at disse verktøyene måtte være på plass og i orden for at de skulle kunne utføre jobben sin.

4.2.3. TILFELDIG KVALITETSSIKRING

I tillegg til den systematiske kvalitetssikringen var det også komponenter som bidro til at tjenesten ble kvalitetssikret, men uten at de var satt i system. Temaene som utgjør tilfeldig kvalitetssikring, er *usystematiske løsninger* og *ansvarsfølelse*.

Usystematiske løsninger er løsninger som sikrer at ansatte føler seg trygge, og utfører prosedyrer riktig. For å sikre at hjelpen ble utført likt gikk personalet i alle avdelingene to og

to ved nye eller avanserte prosedyrer. Det var ulikt i hvor stor grad dette ble gjort eller om det var systemisert, men samtlige opplevde dette som en trygghet. Det ble basert på at ansatte selv ga beskjed om behov for dette. Deltakerne vurderte også at *kjent personal* var et tiltak for å sikre tjenesten, da disse kjente til pasientens ønsker, behov og hvordan tiltak og prosedyrer skulle utføres. Også pasienter påvirket utførelsen ved å veilede, forklare og om nødvendig påpeke forskjell i hvordan prosedyren ble utført av de ansatte. Noen av deltakerne svarte at de måtte lirke og lure for å kunne yte hjelpen som var tildelt, fordi tjenestemottaker motsatte seg dette. Noen steder kom de ikke i posisjon for å kunne yte, og de snakket sammen om hva som fungerte og ikke i forsøk på dette. Samtlige deltakere oppga at de leste seg opp på prosedyrer og pasienter etter behov. De brukte ulike søkemotorer på internett, gjerne VAR (2023) eller Google (2023). Dette er vurdert som tilfeldig kvalitetssikring fordi det knyttes sammen med det andre temaet, ansvarsfølelse. Deltakerne fra avdelinger uten fagutvikler, oppga i større grad at den enkelte måtte be om opplæring i ulike prosedyrer. Ofte ble opplæring løst ved å gå to, eller at de lærte hverandre opp på kontoret. I disse avdelingene ble det også i større grad fortalt om påminnelser, i svart bok eller fagsystem for dette, og også i arbeidet med avvikshåndtering.

Ansvarsfølelse ble beskrevet som viktig for å sikre at rutiner, prosedyrer og oppfølging ble utført. I de avdelingene som dekket store soner oppga alle deltakerne at det var varierende grad av ansvarsfølelse blant de ansatte. Dette var også soner med langt flere støttefunksjoner enn avdelingen som vurderes som liten. Samtlige av deltakerne var engasjerte ansatte, som hadde fokus både på fag og pasienter, men opplevde at andre ansatte kunne ha mindre ansvarsfølelse og dermed også fulgte i mindre grad opp det som var utover arbeidslisten. I den ene avdelingen oppga også deltakerne at det kunne være enklere å gå på lister en ikke var primærkontakt for, da det var andre sin oppgave å følge opp der.

4.2.4. SVIKT OG FORBEDRING

Årsaken til *svikt i kvalitetssikring* ble blant annet beskrevet som høyt sykefravær blant ansatte, og særlig en deltaker beskrev hvordan dette utfordret kvalitetssikringen når færre måtte gjøre mer. I perioder hvor sykehus og sykehjem var fulle og pasienter i større grad ble sendt rett hjem, var det også mer utfordrende å kvalitetssikre tjenesten. Dette fordi deler av den

systematiske kvalitetssikringen falt bort på grunn av tidspress. Både høyt sykefravær og økt pågang av syke pasienter skapte tidspress og arbeidspress. Flere av deltakerne fortalte at tidspress var årsak til at kvalitetssikringen sviktet, og en nådde ikke over skjemaer, opplæring m.m. selv om intensjonene var gode. Manglende oppfølging knyttes til ansvarsfølelsen, hvor ansatte kan være usikre på hva eller hvordan de skal følge opp, og muligens unnlater å gjøre dette.

Tiltak som kunne gi *forbedring av kvaliteten* på tjenesten var i stor grad avsatt tid til oppfølging i journalsystem og opplæring. Kontinuitet ble også beskrevet som tiltak, enten ved mindre soner eller grupper, eller ved at færre ansatte gikk til en pasient. Dette var særlig uttrykt i den ene avdelingen som ikke var delt opp i mindre grupper. Deltakere fra avdelingene uten fagutvikler mente at systematisert dialog ville forbedre tjenestekvaliteten, en av deltakerne savnet oftere personalmøter, en annen at sykepleiemøtene i mindre grad ble brukt til generell informasjon. Kun en av avdelingene var samlokalisert med en annen hjemmesykepleie-avdeling, og hadde en uformell og tilfeldig erfaringsutveksling der. Særlig deltakerne fra avdelingene uten fagutvikler mente erfaringsutveksling med andre soner og avdelinger ville kunne bidra til bedre kvalitetssikring. De to deltakerne fra avdelinger med fagutvikler ga ikke spesielt uttrykk for dette, men flere av deltakerne trodde kanskje det ble gjort erfaringsutveksling på et høyere nivå.

4.2.5. OPPGAVER OG PRIORITERINGER

Oppgaver er i hovedsak knyttet til å gi tjeneste og følge dette opp, og er i hovedsak pasientrettet. Tre av avdelingene har administrasjonsvakt. Dette var enten en rullerende funksjon, eller som eget fast personal til dette. Deltakerne oppga stor variasjon i mengde ansvar tjenesten hadde hos den enkelte pasient, alt fra fullt ansvar til kun å dosere medisiner pasienten selv kjøpte inn. Oppgavene innebar også spesialiserte prosedyrer fra sykehus, kontakt med pårørende, førstegang- og kartleggingsbesøk, kontakt med lege og andre instanser. En av deltakerne beskrev også oppfølging av vikarer og nye ansatte som en oppgave. Samtlige deltakere var opptatt av at journal skulle være oppdatert med medisinliste, pleieplan og arbeidsliste, det var ulikt om dette ble utført av dem selv eller om andre gjorde endringene etter hva de ga beskjed om.

Prioriteringer av arbeidslistene ble gjort uavhengig av om avdelingen hadde logistikkprogram, listeskrivere eller ingen av delene. Tre avdelinger hadde startet med logistikkprogram, de samme avdelingene hadde en listeskriver som ordnet arbeidslistene. Denne var ikke selv ute i pleien. Ingen av deltakerne opplevde prioritering som problematisk, og beskrev tilnærmet like prioriteringer. Det første de prioriterte var medisinske prosedyrer som måtte utføres til samme tid, deretter medisiner, og videre ut fra ønsker eller kjennskap til pasienten. Dusj og tilsyn for trygghet ble prioritert sist. Det var gjennomgående at de brukte skjønn og prosedyrevirksomhet for å prioritere, samtidig som det å kjenne pasientene var en fordel for prioriteringer.

4.2.6. OPPLEVELSER KNYTTET TIL ARBEIDET

Det positive ved å arbeide i hjemmesykepleien ble knyttet til å få gjøre en forskjell, hos pasienten på dens premisser, i dens hjem. Samtlige oppga at det å arbeide selvstendig, stadig lære noe nytt og møte nye pasienter var positivt. Deltakerne likte variasjonen, å kunne bidra til at pasientene kunne bo lengre hjemme, og at de kan konsentrere seg om en pasient av gangen.

Det som skaper trivsel i arbeidet deres beskrev flere som stabilitet og rom. Med dette mente de at en får tid og rom til å gjøre en god jobb og følge opp, det er godt samarbeid, forutsigbarhet, variasjon og mulighet til å arbeide selvstendig. Det var ikke særlige forskjeller mellom deltakerne her, men noen skilte tydeligere på hva som var positivt med tjenesten og hva som skapte trivsel i arbeidet.

Det som skaper mistrivsel i arbeidet er hentet fra utdrag som deltakerne kom med, selv om dette ikke var et punkt i intervjuguiden. Svarene kom gjerne knyttet til hva som skapte trivsel og i sammenheng med spørsmål knyttet til kvalitetssikring og avvik. Deltakerne kom med utsagn om at høyt arbeidspress over tid, mye sykefravær og ikke anledning til å snakke sammen med kollegaer var det som skapte mistrivsel. I analysen samlet jeg dette under *at en ikke rekker over eller strekker til*. Det er verdt å merke seg at deltakerne sa at de kan tåle høyt arbeidspress i korte perioder, men at de trenger tid og rom til å få utført arbeidet sitt. De ga uttrykk for at de først og fremst ønsker å utgjøre en forskjell i pasientenes liv.

4.2.7. OPPLEVELSER KNYTTET TIL TJENESTEYTING

Opplevelsene er hentet ut fra beskrivelser om hendelser. I intervjuet spurte jeg om de kunne beskrive ulike hendelser. De fleste deltakerne klarte ikke å komme på noe når jeg spurte slik, men de brukte eksempler og hendelser i andre besvarelser. Det var vanskelig å komme på en hendelse som ikke hadde gått bra eller som hadde gått bedre enn ventet, som kanskje er et funn i seg selv dersom det sier noe om deres refleksjoner rundt hendelser og behandling av disse i etterkant. Opplevelsene knyttet til tjenesteyting er samlet sammen av seks undertemaer.

Den enkelte har et ansvar, da for å si ifra om behov for tid til e-læringskurs, opplæring, og for å diskutere med kollegaer. To av deltakerne oppga at det alltid var noen som kunne prosedyren som de kunne lære av. To av deltakerne ønsket seg også en fagutvikler, slik at det ikke ble like mye ansvar på den enkelte som det var i dag.

Ivareta kollegaer enten gjennom å tenke på hvordan det blir for nestemann som kommer til pasienten, å hjelpe til om noen trenger hjelp eller støtte hverandre etter påkjenninger og usikkerhet.

Rekker ikke å følge opp systemene er beskrivelser fra deltakerne om hvordan systemer og rutiner etableres, men ikke følges opp i praksis. Flere av dem sa at det skal gjennomføres førstegangs- eller kartleggingsbesøk, samtidig som de opplevde at det ikke var nok tid til dette på arbeidslistene. Noen av deltakerne opplevde å ikke ha nok tid til å gi tjeneste av god kvalitet. Tre av deltakerne opplevde det som vanskelig å ha kontroll på om alle planene var oppdatert, og at som regel var de ikke det. De beskrev også at når de ikke var kjent hos pasienten, var det vanskelig å følge opp.

Kompenserer selv for uforutsigbarhet er beskrivelser om hvordan deltakerne selv kompenserer for uforutsigbarhet i tjenesteytingen. Det er behov for informasjon i forkant av et besøk, ofte vet de ikke hva som møter dem og ofte er realiteten ulik det de har blitt forespeilt. Flere av deltakerne beskrev opplevelser hvor de strekker seg langt for å imøtekomme pasientens behov og ønsker, og om når de ble bedt av andre kommunale avdelinger om å bistå

med medisinkompetanse. Svikt i systemet absorberes av ansatte ved å strekke seg lengre, eller gå utover egne arbeidsoppgaver.

Må tåle misnøye fra pasienter, pårørende og andre instanser. En av deltakerne beskrev særlig det å få misnøye fra pasient, pårørende og tidvis også andre samarbeidsinstanser. Dette ble beskrevet som en treningssak å ikke legge på seg, da det ikke handlet om personalet spesielt, men situasjonen pasienten og andre stod i.

Ønsker erfaringsutveksling –Avdelingen som er mindre enn de andre, og har lavere sykepleiedekning, ønsket særlig dette. Samtlige oppga at det var lite erfaringsutveksling eller samarbeid med andre avdelinger og kommuner.

4.2.8. INNMELDING AV AVVIK

Deltakernes første respons på hvordan deres avdeling var på å melde inn avvik var at de var *gode på å melde avvik*. De oppga å ha en god kultur for å melde avvik. De opplevde deres avdeling som god på dette, hos flere var dette basert på tilbakemelding fra leder. På spørsmål om hva som ble rapportert som avvik og ikke, kom det i større grad frem at i alle avdelingene var det avvik som ikke ble meldt, og flere deltakere beskrev situasjoner og hendelser som de vurderte som avvik og som ikke var blitt meldt. Det kan tyde på at leder opplever å få tilstrekkelig mengde avvik, men at det i realiteten er mindre trykk på det i avdelingen enn deltakerne tror.

Avvik blir ikke meldt fordi det er komplisert og tar tid. Deltakerne oppga også at det var komplisert å melde avvik, det tok tid og at det ble nedprioritert eller glemt. Også opplæring hos ansatte, tilfeldigheter, og ulik praksis mellom ansatte påvirket innmelding av avvik.

Avvik på systemnivå eller HMS til ansatte nedprioriteres, oppmerksomheten rettes mot avvik i tjenesteproduksjon. Avvik på pleieplan ble ikke meldt i det hele tatt, ofte ble det løst muntlig ved å sjekke med andre om tiltak stemte eller ei. Flere av deltakerne oppga at de var blitt oppfordret til å melde avvik dersom det var for travelt, men dette ble ofte nedprioritert fordi en ikke ønsket å sitte lengre på jobb for å melde avvik.

Alvorlige avvik: gir potensiell stor skade for pasient. Alvorlige avvik ble av deltakerne beskrevet som avvik med mulig stor fysisk skade for pasient, det var noe ulik praksis for å melde dette. Hendelser som utskjelling av personal ble i liten grad meldt som avvik, det samme med fysisk belastning på personalet.

Jeg fant at innmelding av avvik var mindre enn deltakernes første vurdering av avvik. Avvikene var først og fremst rettet mot tjenesteproduksjon, og ikke på systemnivå eller ansattes arbeidshverdag. Deltakerne beskrev avviksinnmelding- og håndtering mer som en kultur enn som et system for kvalitetssikring.

4.2.9. HÅNTERING AV AVVIK

Usikkerhet rundt behandling av avvik. Flere av deltakerne var usikre på hvordan avvikene ble behandlet, dette gjaldt både der det var og der det ikke var systematisk gjennomgang av avvikene.

Alvorlige avvik meldes muntlig. Jeg fant at alvorlige avvik hadde blitt meldt muntlig til ledelsen, samtidig som deltakeren var usikker hvordan dette var behandlet videre. Tre av deltakerne var usikre på hvordan avvikene ble håndtert, fire av dem trodde den som hadde forårsaket avviket fikk beskjed av leder via internmelding i journalsystemet.

Påminnelser og kurser som forbedring. Samtlige av deltakerne ga uttrykk for at avvikene ble behandlet på et systemnivå, samtidig som jeg fant at tiltakene de beskrev var rettet mot den enkelte ansatte eller ansattgruppen som helhet. Ofte var avvikene skjedd på grunn av vikarer som ikke kjente godt nok til prosedyren eller rutinen, eller ansatte som ikke hadde lest nøye nok. Da gjentok leder oppfordring om å lese prosedyrene mer nøye. Et sted hadde et tiltak blitt satt inn på systemnivå, men dette var blitt iverksatt av farmasøyt etter tilsyn.

Lite systematisk gjennomgang av hvert avvik. Jeg fant at få av avdelingene hadde en systematisk og løpende gjennomgang av avvikene, og at de ble beskrevet som feil fremfor forbedringspunkter. Selve gjennomgangen av avvikene var svært ulik mellom avdelingene, kun en deltaker beskrev at avvik på fall og medisiner ble systematisk gjennomgått ukentlig. Andre avvik ble ikke tatt opp. En deltaker oppga at ble vist en statistikk over antall avvik i

ulike kategorier, men uten en gjennomgang av avvikene i plenum. To av deltakerne beskrev gjennomgangen av avvikene som generell på personalmøter, og en av deltakerne fortalte at de ikke hadde noen gjennomgang av avvik. I to avdelinger ble avvikene kun delt med de som var involvert, altså den som meldte og den som forårsaket avviket.

4.2.10. ANSVAR I AVDELING

Kvalitetssikring er et administrativt ansvar. På spørsmål om ansvar for kvalitet i avdelingen oppga samtlige at det trolig eller nok var avdelingsleder eller virksomhetsleder som hadde ansvaret. Dette spørsmålet og spørsmålet om definisjon av kvalitet var der deltakerne nølte mest eller svarte gjettende. Det var likevel en tendens hvor kvalitetssikring ble beskrevet som et administrativt ansvar, gjerne formulert som at formelt var det leders ansvar. Dette tydet på at det var en motsetning til det formelle ansvaret, og det kom frem i at deltakerne beskrev at i praksis er kvaliteten på tjenesten utførers ansvar. En av deltakerne beskrev hvordan avdelingsleder var ansvarlig for kvalitet ved å vise til større bedrifter hvor «*styreleder må svare for kritikken, selv om den ikke har noe direkte med det å gjøre*».

Den enkelte ansatte er ansvarlig for kvaliteten på tjenesteproduksjonen. Dette ble begrunnet med at det var de selv som utførere som ga pasientene tjeneste av kvalitet, og dermed at kvaliteten på tjenesteproduksjonen var den enkelte ansattes ansvar.

Den enkelte har ikke alltid en ansvarsfølelse. Jeg fant at ikke alle ansatte i avdelingene hadde ansvarsfølelsen eller tok ansvar. Dette var mest påfallende i de større avdelingene. Noen deltakere beskrev også at de enkelte ganger bare hadde ansvar for å følge andres rutiner, og at det var lettere å gå inn der en ikke hadde et ansvar. En deltaker problematiserte også at ingen ville ta ansvar for å bestille hjelpemidler, verken sykepleiere, saksbehandlere og fysioterapeuter eller ergoterapeuter.

4.2.11. LÆRINGSARENAER

Organisert læring – Avdelingene organiserte læring i ulik grad, gjennom ekstern og intern undervisning, opplæring på sykehuset, hospitering hos andre avdelinger, simulering, videreutdanning, faglunsj, kursbaser og oppslagsverk på nett og nettverk/ressursgrupper. Den organiserte læringen var systematisk i form av simulering og faglunsj som det var avsatt tid til jevnlig i avdelingen. Det var særlig to avdelinger som hadde systematisk læring i avdelingen, begge hadde fagutvikler. Dette tyder igjen på at oppmerksomhet på læring og fag øker ved eget personell dedikert til dette. Læring som er knyttet til praksis i avdelingen er også tematisert under organisert læring, som videreutdanning, hospitering og e-læringskurs.

Uorganisert læring. Deltakerne beskrev også andre arenaer for læring, gjennom informasjon fra andre avdelinger gjennom for eksempel studenter, veiledning fra pasient, telefonkontakt med utskrivende avdeling på sykehuset, intern diskusjon med kollegaer, og gå to på nye eller spesielle oppdrag. Flere av deltakerne sa også at de i avdelingen brukte hverandre til å snakke sammen, diskutere, spørre og ringe hverandre. Jeg fant også at deltakerne brukte kollegaer til diskusjon, støtte og spørsmål, og fikk også veiledning av kollegaer med mer kompetanse på spesielle felt. Samtlige av deltakerne nevnte å gå to som en læringsarena ute hos pasienten.

Møtepunkter for intern diskusjon og opplæring. I svarene deres fant jeg også ulike møtepunkter for diskusjon og opplæring, som var ulikt organisert i avdelingene. Det eneste møtepunktet alle deltakerne hadde i sin avdeling var rapport-situasjonen, enten mellom vakter, midt på vekten eller på starten av vekten. Fire av avdelingene hadde regelmessige personalmøter, men det var ulik bruk av dette møtet til diskusjon av prosedyrer eller brukere. To av avdelingene hadde prosedyremøter og spontane møter i regi av fagutvikler eller administrasjonsvakt.

Eget ansvar for læring. Jeg fant også at den enkelte hadde et eget ansvar for læring. Dette kom frem gjennom utsagn om at den enkelte *må være lærevillig, må lese seg opp* eller *si ifra* hvis den ikke er kan prosedyren eller rutinen. To av deltakerne ga også uttrykk for at en må prøve seg litt frem, og ikke være så redd for å prøve ved nye ting. Flere deltakere beskrev at den enkelte hadde et ansvar for å lese seg opp, og en deltaker sa at det var tilfeldig hvis noen så at det var behov for kompetanse.

Overordnet fant jeg at læringsarenaene er både av organisert og uorganisert art, preget av treffpunkter med kollegaer, og av at den enkelte har et eget ansvar for å tilegne seg kunnskapen som trengs. Samtidig er det en tendens til at avdelinger med fagutvikler hadde flere systematiserte treffpunkter for diskusjon og læring i avdelingen enn de uten.

4.2.12. LÆRING OG ERFARING

Kompetanse opparbeidet gjennom praktisk arbeid og erfaring. Deltakerne svarte også ut hvordan de har tilegnet seg kompetansen de har for å møte utfordringene i arbeidet sitt. To av deltakerne hadde tidligere arbeidet på sykehus og slik fått en trygghet i utføring av tekniske prosedyrer der. Samtlige bygget kompetansen sin på praktisk erfaring gjennom flere års arbeid. Deltakerne ga uttrykk for at alderen og erfaringen hadde gjort dem tryggere på seg selv og i utførelsen av yrket. Det å ha vært borti mye forskjellig gjorde at de kunne litt om mye forskjellig. Noen av deltakerne svarte også formell kompetanse, egenstudier og nettkurs, men det var i all hovedsak styrking av kompetanse gjennom praktisk erfaring. Det ble ikke nevnt intern undervisning, diskusjoner og erfaringsutveksling som elementer som økte kompetansen.

Ingen systematisk samarbeid om erfaring og sammenligning på tvers av avdelinger. Jeg fant at det var lite eller ingen utveksling av erfaringer eller sammenligning av kvalitetsnivåer med andre avdelinger, verken innad i egen kommune eller på tvers av kommunegrensene. Det var ikke et uttalt ønske om dette heller fra storparten av deltakerne, kun en deltaker ga uttrykk for at det ville være fint å samarbeide med andre avdelinger for å lære mer.

Ønske om systematisk diskusjon og opplæring i avdeling. En av deltakerne ga uttrykk for ønske om egen fagutvikler i avdelingen. Denne avdelingen hadde mindre sykepleiedekning enn de andre, og var den eneste som også ga uttrykk for ønske om samarbeid på tvers av avdelinger. De deltakerne fra avdelinger med fagutvikler uttrykte mindre behov for systematisk diskusjon. Dette ble i stor grad ivare tatt av fagutvikleren. Deltakerne fra den siste avdelingen ga uttrykk for ønske om treffpunkter for å diskutere og lære av hverandre innad i avdelingen.

De overordnede temaene jeg fant var at deltakerne hadde en bevissthet rundt systematisk gjennomgang innad i avdelingen, men ikke på tvers av avdelinger eller kommuner.

Kompetansen er i stor grad opparbeidet etter mange års erfaring, hvor en har lært av å ha vært eksponert for ulike prosedyrer og gjennom å utføre arbeidet. Jeg vil trekke frem hovedfunnene basert på denne rapporten i det påfølgende kapitlet.

5. HOVEDFUNN

I dette prosjektet forsøker jeg å forstå hvordan hjemmesykepleien kvalitetssikres, og har valgt å intervju sykepleiere som jobber i turnus. Dette for å få et innblikk i hva som når «gulvet» i organisasjonen og helsevesenet, og med det et innblikk i hvor gjennomført den praktiske politikken er. Jeg har til nå presentert begrunnelse for valg av tema, teori, hvordan jeg har utformet forskningen og generelle funn. Jeg vil her trekke frem noen hovedtendenser. Her inkluderer jeg også noen av figurene fra analysen som illustrerer hovedfunnene i prosjektet. Disse funnene vil jeg videre drøfte sammen med teorien i neste kapittel, før jeg konkluderer i siste kapittel. Det er fire hovedfunn som jeg trekker inne her og jeg begynner med hovedfunn knyttet til kvalitetssikring.

5.1. SYSTEMATISKE TILFELDIGHETER

I beskrivelsene av hva kvalitet på tjenesten er, fokuserer pleierne i stor grad på den hjelpen som pasienten mottar. Dette kommer til uttrykk gjennom utsagn som

«... faglig kvalitet på det en gjør ute hos brukeren»,

«... at pasienten får den nødvendige hjelpen på en god og sikker måte»

«Ikke bare forsvarlig helsehjelp, men at det arbeidet vi gjør er bra»

Kvaliteten måles ut fra det pasienten mottar. Det er som om en velger en dyr hårføner fremfor en billig, fordi den dyre har bedre kvalitet. Hjelpen skulle også være lik, uavhengig av hvilken ansatt som utførte arbeidsoppgaven. Dette er en komponent av kvalitet, som sikres gjennom systematisk kvalitetssikring, som journalsystem og prosedyrer.

Jeg spurte om hvilke systemer og fagsystemer de ulike avdelingene, og hvordan hjemmesykepleien ble kvalitetssikret. Flere avdelinger skilte på formell kompetanse, altså at det ikke ble gitt utvidede fullmakter til helsefagarbeidere. Når jeg gikk igjennom beskrivelsene av kvalitetssystemer fant jeg at det ble delt i to, som beskrevet i rapporten og

vist i figurene under. Den systematiske kvalitetssikringen bærer preg av å være formell og byråkratisk. I flere av beskrivelsene fikk jeg inntrykk av at det er noe som fins der, som om det lever sitt eget liv parallelt med det de selv gjør. En deltaker sa at

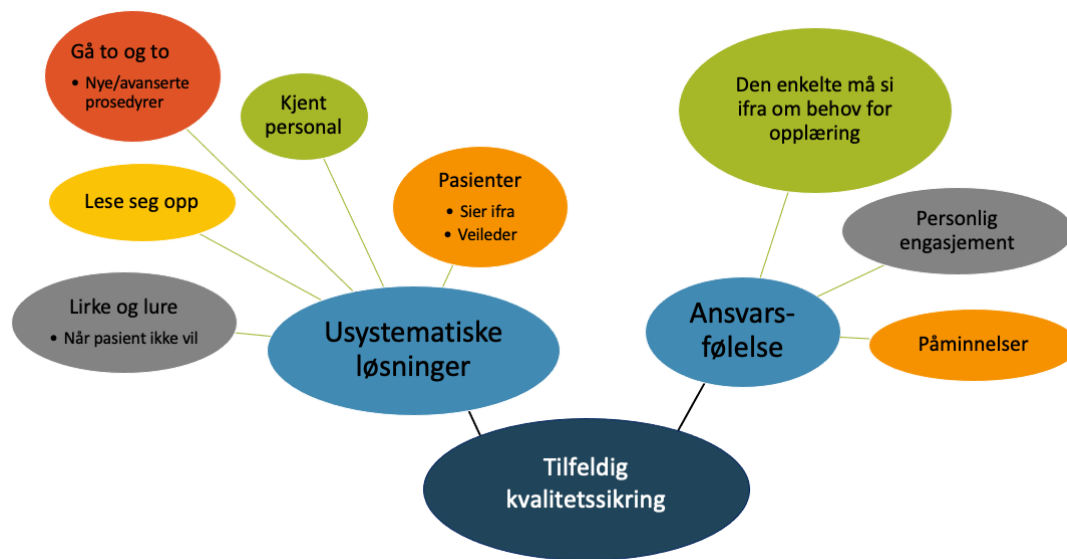
«Skjemaer og verktøy er der, men det er litt tilfeldig om det følges opp»

Figur 4 viser at hjemmesykepleien har mange systemer for å sikre kvaliteten, både gjennom dokumentasjon, flere ledd i saksbehandling, fagsystemer og organisering.



FIGUR 4 - SYSTEMATISK KVALITETSSIKRING

Samtidig som kvalitetssystemet og det systematiske arbeidet er en stor del av hverdagen, er det noen komponenter som også sikrer og utfordrer kvaliteten på tjenesten. Dette samlet jeg under *Tilfeldig kvalitetssikring*, vist i Figur 5. Jeg har valgt ordet tilfeldig fordi dette var et av de ordene deltakerne selv brukte for å beskrive når jeg spurte om tiltak eller systemer var systematiske. En kan selvsagt vurdere om dette er misledende, da det kan gi inntrykk av at det var tilfeldig om utførelsen var korrekt eller det var tilfeldig om ansatte hadde en ansvarsfølelse. Meningen ved bruk av begrepet tilfeldig her, er at det ikke er systematisk organisert, det er gjerne basert på kulturen på arbeidssstedet og på den enkelte ansatte.



FIGUR 5 - TILFELDIG KVALITETSSIKRING

En tendens er beskrivelsen av usystematiske rutiner og løsninger som tilfeldige. Ifølge deltakerne kan det være tilfeldig om ansatte hadde ansvarsfølelse, noe som igjen hadde konsekvens for om de følger opp den systematiske kvalitetssikringen. De usystematiske løsningene er løsninger som deltakerne, og de andre ansatte, nytter for å håndtere uforutsigbarheten i tjenesten. Eksempel på dette er utsagn om rutiner:

«Litt tilfeldig om en går to og to, litt opp til den enkelte å gi beskjed om hva en har behov for. Kommer litt an på hva som er tilfellet og hva en har mulighet for.»

I figurene er omfanget av systematisk kvalitetssikring langt større enn omfanget av tilfeldig kvalitetssikring. Mens den systematiske kvalitetssikringen består av *delegert ansvar, kommunikasjon, systemer, verktøy, organisering, kompetanse og fagsystemer*, består den tilfeldige kvalitetssikringen av *ansvarsfølelse og usystematiske løsninger*. Det er verdt å merke seg at komponentene i den tilfeldige kvalitetssikringen er avgjørende for tjenestekvaliteten. Den systematiske kvalitetssikringen legger i større grad til rette for at den tilfeldige skal være i mindre grad nettopp tilfeldig.

Ansvarsfølelsen og de usystematiske løsningene utgjør en variabel, som den systematiske kvalitetssikringen er avhengig av for å fungere. En kan spørre seg om den tilfeldige kvalitetssikringen er så tilfeldig? Eller om deltakerne undervurderer verktøyene i den

systematiske kvalitetssikringen som de bruker. Tilfeldighetene i den *tilfeldige kvalitetssikringen* temmes av den systematiske kvalitetssikringen. Dette gjør at det blir mindre tilfeldig, enn om den systematiske kvalitetssikringen ikke hadde vært der. Samtidig er dette løsninger de selv tar ansvar for, og som vi kan se på som en taus kunnskap mellom dem. Denne tause kunnskapen kommer jeg tilbake til i neste kapittel hvor jeg drøfter dette opp mot teoriene.

En gjennomgående tendens i funnene på tvers av temaer er at deltakerne konsentrerer seg om tjenesteproduksjonen, altså sluttproduktet i sine beskrivelser. Utvalget bestod av sykepleiere med noen års erfaring, og som arbeidet i turnus. De er bakkebyråkrater, førstelinjen i møte med helsevesenet og tjenesteproduksjonen. Det kan forklare hvorfor fokuset er i den grad pasientrettet. Dette kommer også frem i beskrivelsene av avvikssystemet, som jeg tar opp videre her.

5.2. FEILAKTIG DISKURS

Den neste tendensen er diskursen rundt avvik som setter søkelys på feil. Som beskrevet i rapporten ble funnene knyttet til avvik delt inn i innmelding og behandling av avvik. Selve ordet avvik beskriver noe som viker fra rutinen eller normalen, og gir inntrykk av at det er feil. Avvikssystemet blir et politi-system som skal fange opp lovbrudd. Et eksempel på alternativ ordbruk er oljebransjen hvor avvik beskrives som RUH - *rapport om uønsket hendelse*. Det har en litt mer nøytral ordlyd, hvor det skrives en rapport fremfor å skrive et avvik. Det er gjennomgående i intervjuene at det ikke omtales som et forbedringssystem, men som feil som må rettes opp. En kan undre seg om det er et strukturelt problem: det er vanskelig å tenke på avvik som mulighet til forbedring når det slås opp saker om tilsyn, lovbrudd, sanksjoner og plikt. Inntil for noen år siden omtalte Statsforvalteren avvik ved tilsyn som lovbrudd. Det er en alvorstynget diskurs, som kanskje legger lokk på muligheten til forbedring og tillit. Med et slikt bakteppe, blir avvikskulturen spisset til å rette opp feil. Det blir vanskelig å holde en konstruktiv retning mot forbedring fordi en aldri vil klare å levere en feilfri tjeneste. Det er for mange ukjente og variable komponenter: uregjerlige problemer og forhold som er utenfor kontroll. Det er mulig dette påvirker deltakernes vurdering av seg selv. Jeg ser i deltakernes beskrivelser at de nedprioriterer seg selv, og konsentrerer seg om feil i

selve tjenesteproduksjonen. Her kommer oppmerksomheten som er rettet på pasientene, foran de selv. Noen utsagn beskriver godt dette, som for eksempel:

«Det er lettere å melde inn konkrete feil som medisinfeil, enn for eksempel ubehagelige opplevelser.»

«Jeg tok kontakt med leder tilfeldig, men registrerte ikke hendelsen som et avvik. Jeg mener fortsatt at det er ugreit, ... går med vondt i magen hele vekten»

«Jeg gidder ikke skrive avvik på at jeg blir skjelt ut, men det burde jeg jo gjort. Eller hvis det er tungt fysisk, men det gjør jeg heller ikke.»

Det er en taus verdisetting, hvor pasientens vel settes over de ansattes. Alvorlige avvik ble utelukkende definert som avvik med alvorlig konsekvens for pasienten. En kan spørre seg om det ikke burde være et alvorlig avvik om en ansatt ble skadet på jobb? Det ble også i liten grad rapportert om avvik i systemet, som mangelfull tiltaksplan, dokumentasjon, verktøy og andre redskaper i den systematiske kvalitetssikringen. Mye av forklaringen for det, var mangel på tid: det var kompliserte skjemaer og tok tid de ikke ville bruke på det. Et annet argument var:

«Hvis det hadde skjedd en endring når vi skrev avvik hadde vi skrevet mer. Men vi gidder ikke fordi det ikke skjer noe likevel.»

Nedprioritering av tid til dette forteller også om nedprioritering av seg selv. Det er interessant at flere deltakere beskriver at det er god kultur for å melde avvik, samtidig som rapportering og håndtering av dem bærer preg av en kultur rettet mot det som er feil og hovedsakelig knyttet til pasientens tilbud. Dette tar oss videre til neste hovedfunn, som tar opp hvor ansvaret for tjenestens kvalitet ligger.

5.3. AUTONOMI OG ANSVAR

I intervjuene var det også en tendens at det ble beskrevet at den enkelte har et ansvar. Dette så jeg i beskrivelsene av kvalitetssikring, hvor en av komponentene i den tilfeldige

kvalitetssikringen var den enkeltes ansvarsfølelse. Det går også igjen i beskrivelsene av ansvar for tjenesten. Deltakerne beskrev blant annet:

«Du jobber alene og må ta ansvar for jobben du gjør. Det er ikke godt å være utrygg når du går i hjemmesykepleien»

«Den enkelte har et ansvar for å utføre oppdrag og følge opp brukerne, rapportere videre og journalføre.»

«Lederen, administrasjonsvakten og den enkelte er ansvarlig for kvaliteten.»

«Litt forskjellig ansvar for kvalitet, et eget ansvar for at de pasientene jeg går til får den tjenesten de har rett på ...»

Selv om det er systemer og verktøy som skal kvalitetssikre tjenesten, går det igjen at deltakerne vurderer deres eget ansvar som avgjørende for at tjenesten fungerer og har kvalitet. Noen deltakere beskriver også hvordan dette ansvaret kan være krevende for nyutdannede, at en må være trygg på seg selv for å kunne stå i det. I figur 6 nedenfor, ser vi hvordan ansvaret er delt opp og hvordan noe av det hviler på den enkelte ansatte.



FIGUR 6 - ANSVAR FOR KVALITETSSIKRING

Når det blir gitt ansvar til den enkelte ansatte gir det mulighet for påvirkning og autonomi. En kan tenke seg at en ansvarlig medarbeider kan påvirke ved å si i fra og blir hørt, men dette var varierende fra avdeling til avdeling. Samtidig kan ansvaret også være en delegering av nedprioritering, hvor ansvaret smuldres opp på veien nedover i delegeringen (Almklov & Antonsen, 2019). Delegering av nedprioritering kommer muligens frem i beskrivelsene om den manglende ansvarsfølelsen hos noen ansatte. Sykepleierne som deltok i studien var ansatte med utvidet ansvar i sin avdeling, for ulike områder. De hadde alle en ansvarsfølelse for jobben de selv gjør. Hvis vi da ser videre på figur 7, og ser i sammenheng med kvalitetssikringen, fører dette ansvaret til at sykepleierne kompenserer for svikt i systemet, når systemet ikke klarer å holde tritt og for utfordringer i tjenesteproduksjonen. Det kommer også frem en verdisetting, hvor sykepleierne sier de bare må tåle utskjelling fordi det er en del av jobben.



FIGUR 7 - KOMPENSASJON FOR SVIKT

Det interessante med disse beskrivelsene rundt ansvar, og også oppgaver de har, er fraværet av svar på særlig et område. Ingen av deltakerne nevnte ansvar for vurdering av

samtykkekompetanse i sine beskrivelser av ansvar og oppgaver. Flere var veldig detaljerte i hva oppfølging og prosedyrer innebar, men ingen nevnte dette. Jeg hadde gjort noen av intervjuene da jeg oppdaget en tendens på dette, og var derfor observant på hvordan jeg formulerte meg for å ikke legge ordene i munnen på deltakerne. Jeg valgte å ikke spørre konkret om dette, men en deltaker beskrev at:

«Vi vurderer ikke samtykkekompetanse, det er det legen som gjør. Men de vil veldig sjeldent gjøre det. Og da glemmer vi oss bak lovverket, og det synes jeg er veldig ille. Vi sier de har lov å gå til grunne, men så er de veldig demente og kan jo ikke ivareta seg selv.»

Det er mulig de andre deltakerne ikke er enig i denne uttalelsen, men likevel er det påfallende at det ikke blir nevnt heller. Da intervjuene ble gjort hadde NRK Brennpunkts dokumentar om hjemmeboende demente blitt publisert (Næss, Thommessen, & Johnsen, 2023). Dokumentaren ble diskutert i samtlige intervjuer før eller etter intervjuene. En av avdelingene fikk for noen år siden et avvik fra Statsforvalter på at det ikke var gode nok rutiner på vurdering av samtykkekompetanse i kommunen. En skulle da kanskje tro at deltakeren fra denne avdelingen ville være mer oppmerksom på dette ansvaret. Dersom de andre deltakerne deler denne oppfatningen, så ser vi en systematisk svikt i vurderingen av samtykkekompetansen. Kanskje nettopp ansvaret som ligger på den enkelte gjør det utfordrende å ta så inngripende vurderinger i enkeltmenneskers liv. Føringerne for lovverket er at det er helsepersonell som er ute i tjenesten som skal gjøre vurderingen, fordi det er disse som kjenner pasienten best. Likevel ser vi en delegering av nedprioritering, ansvaret smuldres opp jo lenger ned i organisasjonen en kommer. Det er vanskelig å ta slike vurderinger alene, og det tar oss også videre til det siste hovedfunnet, nemlig at sykepleierne bruker hverandre til støtte og læring.

5.4. KOLLEGIAL LÆRING

Den siste tendens jeg ser i funnene er hvordan deltakerne beskriver at de lærer, noe som er særlig interessante funn knyttet til læringsteoriene.

Eget ansvar går også igjen når det kommer til læring og kunnskap. Både når det gjelder å finne frem en del av informasjonen, og sette seg inn i hva de skal gjøre. Dette var uavhengig av om de hadde fagutvikler eller ei i avdelingen, men mer tydelig i avdelingen med lav sykepleiedekning. Jeg har tatt med figur 8 for å illustrere sammensetningene av hvordan deltakerne beskrev at de lærer.



FIGUR 8 - LÆRING I HJEMMESYKEPLEIEN

En av deltakerne beskrev godt hvordan en er nødt til å være lærevillig i hjemmesykepleien:

«Som sykepleier må du være villig, jeg ser at de som ikke er interessert i å lære nye ting faller igjennom. At det blir tungt og vanskelig for du må være så på hele tiden. Du må lese deg opp og hvis du ikke gjør det faller du fort utav det. Med så mye avansert som kommer hjem i hjemmesykepleien må du være villig til å lære.»

Det er mulig at når det er så bredt spekter av pasientgrupper og prosedyrer, når nye pasienter kommer så fort, vil det være vanskelig å kunne forberede og lære opp alle sykepleierne i avdelingen. Det er da det faller på den enkelte å ta ansvar for å kunne det de skal kunne. Deltakerne beskrev diskusjoner med kollegaer som løsninger til dette, det å være to om en vurdering. Samtlige av deltakerne fortalte at for å være trygg i nye oppgaver og prosedyrer, eller i utfordrende situasjoner, gikk de to sammen. Hos noen var dette nærmest systematisk, hos andre var dette noe de søkte etter selv. Dette ble begrunnet med trygghet, som for eksempel:

«... og så har vi gått to og to da. Da er det som regel greit. Det er alltid noen som har vært borti det før.»

«Går to og to sammen til at mange nok er trygge.»

«Går ofte sammen hvis en er usikker, har ofte fagarbeider med seg hvis det er ting de ikke vet heller. Kan også gjøre det sykepleierne hvis det er rom for det eller noen føler for det.»

Det var forskjell i dette mellom avdelingene, og der sykepleiedekningen var høy gikk de oftere sammen enn der de var få sykepleiere. Det handler kanskje om tilgjengelighet, men gir også et inntrykk av at høy sykepleiedekning ikke nødvendigvis gir mer selvstendige sykepleiere i seg selv. Deltakerne hadde selvfølgelig mange andre læringsarenaer, men jeg fant det interessant at det å gå to sammen gikk så konsekvent igjen. I sammenheng med ansvaret kan det tyde på at mange blir usikre på det store ansvaret som legges på dem, eller som de legger på seg. Dette vil jeg drøfte videre i neste kapittel, hvor jeg studerer funnene og tendensene, og forsøker å forstå dem ut fra teoriene.

6. DISKUSJON

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan hjemmesykepleien kvalitetssikres, og har da intervjuet fem sykepleiere som jobber i fire ulike avdelinger. Jeg har presentert funnene fra intervjuene, og skal nå drøfte dette sammen med teoriene. For å svare på problemstillingen har jeg delt dette kapittelet opp i tre underkapitler som tar for seg de tre forskningsspørsmålene. I de tre forskningsspørsmålene vil jeg hovedsakelig trekke inn hovedfunnene og diskutere dette ved bruk av teoriens perspektiv. Under hvert forskningsspørsmål forsøker jeg å summere opp et svar på spørsmål, før jeg konkluderer med et svar på problemstillingen i neste kapittel, konklusjon.

6.1. HVORDAN OPPLEVER HJEMMESYKEPLEIERE AT DET ARBEIDES MED TJENESTEKVALITET I DERES AVDELING?

I denne besvarelsen trekker jeg frem utsagnene om hvordan hjemmesykepleien opplever at det arbeides med tjenestekvalitet. Jeg har i forrige kapittel beskrevet tendensen til at hjemmesykepleien kvalitetssikres gjennom *systematiske tilfeldigheter*. Tjenesten ble kvalitetssikret gjennom kompetansen til de ansatte. Her er det ulik praksis blant avdelingene, og tilgang på kompetanse er mulig en faktor som har vært avgjørende her. Tre av avdelingene skilte tydelig på formell kompetanse, altså på om det var en sykepleier/vernepleier eller andre. Disse avdelingene lå i tettbebygde strøk med større tilgang på ansatte og sykepleiere. Det var store avdelinger, og samtlige hadde administrasjonsvakt og listeskrivere. To av disse avdelingene igjen hadde også fagutvikler i sin avdeling.

Noen av deltakerne uttalte at de var «*heldige som var mange sykepleiere i avdelingen, og at det alltid var noen å spørre eller som kunne det andre ikke kunne*». Dette ble nevnt som bidrag til kvalitetssikring av tjenesten. Her ser vi elementer fra Lave og Wengers teori om *praksisfellesskap*. Sykepleierne har *et avgrenset engasjement*, altså arbeidet deres, *i visse aktiviteter*, altså prosedyrene, *med visse personer*, som de andre sykepleierne (Wenger, 2003). Det oppleves trygt å ha et stort praksisfellesskap med sykepleiere. Den fjerde avdelingen

ligger mer avsides og var mindre i størrelse. Den hadde hverken administrasjonsvakt, listeskriver eller fagutvikler. Denne avdelingen ga derimot helsefagarbeidere utvidete fullmakter og dispensasjon etter opplæring, til å utføre enkelte sykepleieoppdrag. Avdelingen innlemmet fagarbeidere i deler av sykepleiernes basiskunnskap, og dette kan utfordre maktposisjonene i praksisfellesskapet og viske ut skillene. Deltakeren fra denne avdelingen var den eneste som uttrykte et sterkt ønske om å samarbeide og lære av andre avdelinger for å kunne forbedre seg, altså foreslår et praksisfellesskap på tvers av avdelingene. Det tyder på at sykepleierne har behov for andre sykepleiere å støtte seg på.

I Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling* (NOU 2023: 4, 2023), poengteres behovet for bruk av helsefagarbeidere i større grad. Det er et tankekors at de tre andre avdelingene trolig har noe å lære av den fjerde avdelingen om oppgaveforskyvning for å imøtekomme fremtidens behov. Dette kan bli utfordrende, særlig om vi forstår læring ut fra Kolbs teori, hvor han beskriver læring som gjenlæring. Oppgaveforskyvning kan medføre behov for å avlære seg posisjoner, ansvar og rutiner i virksomheten, for å kunne lykkes med å etablere nye normer (Kolb, 2000). Det å gjøre noe på en ny måte kan kreve en høy bevissthet rundt dette.

Sykepleierne deltar altså i praksisfellesskapet, og treffpunkter som rapport er viktig for at disse fellesskapene skal være fellesskaper. Rapporten ble også trukket frem som et viktig element i kvalitetssikringen av tjenesten. Det er lagt inn rapportering i samtlige avdelinger mellom vakter og midt på vekten, slik at det gir anledning til å få svar, hjelp og diskusjon innad blant personalet som yter tjenesten. Disse arenaene for dialog lager også rom for *legitim perifer deltakelse* ved at ansatte med ulik kompetanse kan spørre og delta i diskusjoner knyttet til tjenesteproduksjon og rutiner. Nyansatte kan også lære av mer erfarne i denne settingen. Særlig i hjemmesykepleien jobber en store deler av dagen selvstendig hjemme hos pasientene. Dette kan utfordre praksisfellesskapet, fordi en arbeider mye alene og kan utvikle egen taus kunnskap og ikke en felles mening (Wenger, 1998a). En risikerer at alle jobber som satellitter med ulike rutiner og gjøremåter, noe som også kommer frem i svar fra deltakere om at pasientene fortalte at *de andre gjør det ikke slik*. Det kan forklare hvorfor rapportene og det å snakke sammen, blir så viktig. Rapportene blir et samlingssted for de som er på jobb den dagen, det blir en arena for å utveksle erfaringer og spørre og skape en felles mening (Wenger, 1998a).

Deltakerne beskrev den variable komponenten i kvalitetssikringen som tilfeldig, selv om både det å ansette personell med gode holdninger og god kompetanse, og det å sikre at ansatte tar ansvar kan vurderes som tiltak leder kan gjøre gjennom rekruttering og oppfølging av personalet. Dette kan gjøres gjennom systematisk arbeid i ledelsen. Denne ansvarsfølelsen som kvalitetssikring kan vi forstå gjennom Kolb og Schön, ved at leder anser ansvaret som en del av en sykepleie-profesjonens *basiskunnskap* eller *felles korpus av eksplisitt innsikt* (Kolb, 2015a; Schön, 2001). Da er det interessant at sykepleierne beskriver hvordan noen ikke tar dette ansvaret, særlig de i mindre stillinger. Er det fordi det er uoversiktlig, for mye ansvar eller fordi en ikke ønsker å involvere seg så mye i arbeidet?

En annen forklaring kan være at sykepleiere i mindre stillinger har en mer perifer deltakelse i praksisfellesskapet fordi de ikke er til stede i like stor grad (Lave & Wenger, 2000). De er ikke like deltakende når den *felles meningen* blir skapt i praksisfellesskapet. Wengers beskrivelse av *ansvarlighet til virksomheten* trekker frem dette. Hun beskriver hvordan medlemskapet i praksisfellesskapet kjennetegnes av evnen til å forstå virksomheten nok til å ta medansvar for å bidra i fellesskapets streben og pågående forhandling på vegne av praksisfellesskapet (Wenger, 1998a). Med virksomheten her menes praksisfellesskapets mening og hensikt. Forstår vi det slik, tar ikke sykepleierne i små stillinger dette medansvaret, fordi de ikke har full deltakelse i praksisfellesskapet.

Som beskrevet i forrige kapittel ser det ut til at sykepleierne legger et særegent ansvar på seg selv i kvalitetssikringen. Et grep for å sikre kvaliteten var å gå to stykker ved ukjente eller nye prosedyrer. Dette er lagt inn under tilfeldig kvalitetssikring, fordi deltakerne ikke beskrev dette som systematisk rutine. Det var gjerne opp til den enkelte å kjenne etter behov, og det var ansatte selv som ga beskjed om behov for å være sammen på oppdrag. Også her kan vi se at læringen skjer gjennom sosial deltakelse. Det oppleves ikke tilstrekkelig å lese eller bli fortalt hvordan det skal utføres, men å se på noen utføre det lærer en mer av. Det er denne *tause kunnskapen* som blir beskrevet av Schön og Wenger (Schön, 2000; Wenger, 2003).

Avhengig av hvem som er med hvem her, kan en tenke seg at maktrelasjoner, posisjonering mellom nyankomne og erfarne vil prege deltakelsen (Lave & Wenger, 2003). Flere av deltakerne hadde lang erfaring som sykepleiere i hjemmesykepleien, men oppga likevel at de lærte av nyutdannede som hadde arbeidet andre steder. En kan tenke seg at selv om nyankomne vil ha kunnskap om prosedyrer, vil de mer erfarne ha en makt i form av erfaring, trygghet og den tause kunnskapen i avdelingen. Det kunne være interessant å gå nærmere inn

på samspillet i denne deltakelse, da det kan tenkes at også de sosiale rollene og plasseringene påvirker læringen. Her slår jeg meg imidlertid til ro med at også i den tilfeldige kvalitetssikringen spiller deltakelsen i sosial praksis en rolle, og at deltakerne her skaper felles mening.

Deltakerne ga flere ganger uttrykk for at den enkelte har et ansvar selv, en har en plikt. På spørsmål om ansvarlig for kvalitet ble det brukt ord som *det er vel, formelt sett og overordnet*. Som beskrevet i rapporten sa en av deltakerne sa *at det er som en styreleder som må svare på kritikken, men som ikke selv har vært involvert*. Det gir inntrykk av at leder er distansert fra drift og hvor tjenesten utøves. I funnene er ansvaret for kvaliteten for tjenesten delt. Det formelle og overordnede ansvaret lå hos avdelingsleder og virksomhetsleder, ansvaret for kvalitetssikring. Ansvaret i praksis eller for kvaliteten på tjenesteproduksjonen lå hos den enkelte ansatte. Noen steder var det også delt mellom utførere og administrasjonsvakt. Samtlige ga uttrykk for at ansatte selv hadde deler av ansvaret. Noen av deltakerne poengterte dette spesielt ved å si at særlig den enkelte hadde et ansvar selv. Som beskrevet i hovedfunnet *autonomi og ansvar* vurderer deltakerne deres egen ansvarsfølelse som avgjørende for at kvalitetssystemet følges opp. Igjen ser vi tendensen til *ansvarlighet til virksomheten* som Wenger beskriver (Wenger, 2003) Dette kan selvfølgelig ha sammenheng med at det er nettopp det som er deres oppgave, og at de ikke har like stor oppmerksomhet på de oppgavene som ligger hos leder og ledelse.

6.1.1. SYSTEMATISKE TILFELDIGHETER OG ANSVARSFØLELSE

Hjemmesykepleien opplever at det arbeides med tjenestekvalitet gjennom systematiske tilfeldigheter og den enkeltes ansvarsfølelse. I diskusjonen ser vi også hvordan praksisfellesskap og sosial læring bidrar til arbeidet med kvalitetssikring. Deltakerne beskriver det systematiske kvalitetssystemet som et parallelt system ved siden av deres eget arbeid rettet mot tjenesteproduksjonen, hvor deres arbeid bæres av ansvarsfølelsen til den enkelte. De tilfeldige komponentene, som ansvarsfølelsen, er ikke så tilfeldige som det oppleves som, men er vanskelige å beskrive fordi det er taus kunnskap i avdelingen. Deres felles korpus av eksplisitt innsikt (Schön, 2000) og basiskunnskap (Kolb, 2015) ligger som en grunnstein for arbeid med tjenestekvaliteten og i praksisfellesskapet. Ansvarlighet til

virksomheten beskriver ansvarsfølelsen som bidrar til å følge opp det systematiske kvalitetsarbeidet, og som er et definerende trekk ved deltakelse i praksisfellesskapet.

6.2. HVA FREMMER OG HEMMER ARBEID MED TJENESTEKVALITET I HJEMMESYKEPLEIEN?

For å svare på dette forskningsspørsmålet vil jeg trekke inn hovedfunnene knyttet til *autonomi og ansvar, feilaktig diskurs* og de manglende svarene rundt vurdering av samtykkekompetanse. Deltakerne beskrev faktorer knyttet til *autonomi og ansvar* som fremmet arbeid med kvalitetsarbeid. Ansvarsfølelsen sikrer at sykepleierne følger opp den systematiske kvalitetssikringen i avdelingen, og på den måten fremmer den tilfeldige kvalitetssikringen arbeidet med tjenstekvalitet i avdelingen. Deltakerne selv mente *tid* fremmet arbeidet med tjenstekvalitet, da forstått som tid til å utføre oppgavene de har og tid ute hos pasientene. I tillegg ble også systematisert dialog gjennom avsatte møter til å snakke om og diskutere prosedyrer, pasienter og caser et tiltak. Disse tiltakene fordrer sykepleiernes egne bidrag inn i praksisfellesskapet, deres påvirkning i tjenesten. Også simulering ble av noen sett på som et grep for å øke bevissthet og trene ansatte i ulike situasjoner. En av deltakerne ga også uttrykk for at erfaringsutveksling mellom andre soner og avdelinger ville kunne bidra til bedre kvalitetssikring, altså deltakelse i praksisfellesskaper på tvers (Wenger, 2003). Disse punktene handler om læring, og da ofte læring av andres erfaringer. En reflekterer over hvordan en selv er organisert eller utfører arbeidet, og sammenligner med andre. Selv om de kommer fra ulike avdelinger og kommuner, vil deres felles praksis gjøre dem i stand til å forstå hverandre. Vi ser igjen det Schön kaller et felles korpus av eksplisitt innsikt danner grunnlag for samhandling (Schön, 2000). Sykepleiere fra andre typer avdelinger vil ikke i like stor grad forstå strukturen og arbeidet i hjemmesykepleien, som de vil på tvers innad i samme praksis. Her kan en også se muligheter for et praksisfellesskap på tvers av avdelinger og kommuner, hvor erfaringer og diskusjoner blir løftet frem.

Ansaret kommer også til uttrykk i at sykepleierne gjør egne prioriteringer. Sykepleierne gjorde egne prioriteringer enten de hadde listeskrivere eller logistikkprogram. En kan undre seg om det er hensiktsmessig å bruke logistikkprogram og listeskrivere dersom de ansatte

likevel gjør egne prioriteringer selv. Selv om hensikten med logistikkprogrammet er å avhjelpe fordeling av pasienter og at hjelpen skal komme på tilnærmet samme tid, kan en kanskje se på det som en grovsortering.

Prioriteringen ble gjort etter fire prinsipper, hvorav tre av prinsippene var knyttet til oppdragets art. Denne prioriteringen er et resultat av refleksjon rundt sykepleiernes oppgaver, som gjøres fortløpende. Det illustrerer hvordan de bruker refleksjon-i-handling for å løse endringer og valg som må tas for å oppnå ønsket resultat til slutt (Schön, 2000). Det siste prinsippet var basert på pasientens ønsker og kjennskap til pasienten. Prioritering ut fra dette prinsippet baseres på at ansatte kjenner pasienten, om den for eksempel ønsker å stå opp tidlig eller sove lengre. Dette er en kunnskap, som i stor grad tilegnes gjennom praktisk erfaring med pasientene (Kolb, 2015a). Kontinuitet, mindre grupper og soner, og færre ansatte per pasient, var tiltak som deltakerne også mente kunne fremme arbeid med tjenestekvalitet. Dette er tiltak som ikke nødvendigvis krever mer tid, men som i større grad er av organisatorisk art. Det vil være lettere å bli kjent med pasienten og å gjøre prioriteringer, dersom avdelingene ikke er så store og en har kontinuitet i arbeidet sitt (Kattouw & Wiig, 2018).

Tid og rom til å få gjort jobben bidrog også til trivsel i arbeidet. Deltakerne beskriver at de ønsker at å få gjort jobben sin, og det gis lite oppmerksomhet til systemer som kan ivareta dem. Igjen viser dette til tjenesteproduksjon og den enkeltes ansvar for å gjøre sin jobb. Deltakerne ønsker tid til å gjøre jobben, ikke nødvendigvis gode systemer som gjør arbeidet enklere. Vi kan forstå dette med tid som det Kolb beskriver som eksisterende kunnskap, løsningene tuftes på det de allerede kan og gjør. Tid vil ikke løse alle utfordringer, og trolig vil det ikke bli mye mer tid i fremtiden. En må kanskje studere teorier og praksis, og vurdere hva som er utdatert for å kunne tilegne seg nye måter å arbeide på slik Kolb beskriver rundt endring av praksis (Kolb, 2000).

To av avdelingene hadde egen fagutvikler, og det kan se ut som om en slik funksjon fremmer oppmerksomhet på kvalitet og fag. Dette basert på hvor oppmerksomme deltakerne er på fag og kvalitet i de avdelingene som allerede har en slik funksjon. Samtidig har ikke disse avdelingene en markant bedre eller systematisk gjennomgang av avvik som også inkluderer resten av personalgruppen. De er i like stor grad rammet av en feilaktig diskurs rundt avvik, som jeg vil beskrive videre, relatert til hva som hemmer arbeid med tjenestekvaliteten.

Vi kan se at faktorer som forårsaker svikt i kvalitetssikringen, kommer også frem i deltakernes opplevelser av hva som skaper mistriivsel i arbeidet. Deltakerne opplever høyt sykefravær, høyt arbeidspress over tid, og lite tid til samhandling med andre kollegaer, som negativt. Dette blir også beskrevet i hvordan arbeidet er, det er sjekklister, rutiner, systemer, men de blir ikke fulgt opp. Eller det er ikke tid til å følge det opp slik det skal. Sykepleierne må tåle misnøye fra pasienter grunnet andre forventninger, samtidig er saksbehandler lite ute hos pasientene. Når informasjonen fra saksbehandler eller avdelinger i forkant ikke samsvarer med realiteten, skaper heller ikke dette gode forutsetninger for kvalitetssikring i forkant av nye pasienter. Til en viss grad må en prøve seg frem, og *fake it till you make it*. En av deltakerne sa at:

«Du må gå ut fra at den enkelte ønsker å gjøre en god jobb. Det er et grunnleggende behov for et menneske, uavhengig av profesjon, en må føle at en har gjort en god jobb på slutten av dagen for å oppleve mestring. Alle ønsker å gjøre en god jobb, og trenger tid til det.»

Dette er et beskrivende sitat for hvordan tendensen er for ansvar på den enkelte: den enkelte pålegger seg et ansvar for tjenesteproduksjonen for å oppleve mening og mestring i arbeidet. Når en ser dette sammen med uforutsigbarheten i hjemmesykepleien, ofte tidsmangel og høyt sykefravær (Næss & Thommessen, 2023), ser en at andre faktorer påvirker tjenestekvaliteten enn selve intensjonen. En deltaker beskrev hvordan flere nye, særlig nyutdannede, ikke orket presset som det var i tjenesten, hvorpå de sluttet. Slike faktorer kan og skape stor turn-over i personalgruppen. Stadig nye ansatte, nye opplæringer, oppsigelser og nye rekrutteringsrunder tar av tiden som kunne vært brukt til arbeid med tjenestekvalitet. En har behov for stadig å rekruttere godt og nok personal.

Et godt virkemiddel for rekrutteringen kan være å skape en god arbeidsplass. I samme distrikt kan en ofte ende opp med å konkurrere med andre avdelinger om de samme ressursene. Dette fordrer ikke nødvendigvis åpenhet og erfaringsutveksling mellom avdelingene, når det er knapphet på disse ressursene. En fisker i den samme dammen etter de samme folkene. Særlig en deltaker ga uttrykk for ønske om erfaringsutveksling med andre avdelinger, for å kunne lære. En kan da se for seg et praksisfellesskap slik Wenger beskriver som går på tvers av avdelinger og kommuner hvor erfaringer deles og en lærer gjennom sosial deltakelse i praksisfellesskapet (Wenger, 2003). Det kan tenkes at slike praksisfellesskap fremmer kvalitetssikring av tjenestene. Samtidig kan dette også være utfordrende, fordi den enkelte

avdeling kan ønske å fremheve sin avdeling for å gjøre den mer attraktiv i rekruttering. Avdelingene konkurrerer om ressursene, og kontroll eller tilgang på ressurser er makt. Ingen av avdelingene har samarbeid med andre avdelinger, slik som deltakerne ser det, noe som kan tyde på at disse maktrelasjonene hemmer deltakelse og dermed også læring og utvikling av tjenestekvalitet.

Det var først og fremst deltakeren fra den avdelingen hvor det var lav sykepleiedekning som ønsket erfaringsutveksling, mens deltakerne fra de andre avdelingene fremsnakket deres egen avdelings kvalitet basert på rutiner, simulering, godt faglig miljø eller høy sykepleierdekning. Lave og Wenger beskriver maktrelasjoner i legitim perifer deltakelse (Lave & Wenger, 1991). Deltakerens ønske om erfaringsutveksling kom til uttrykk for at deres avdeling hadde mye å lære. Avdelingen kan da ha mindre å tape på et samarbeid fordi de andre avdelingene er overlegne kvalitetsmessig. De tre andre avdelingene står da i en maktrelasjon til den siste, som gir uttrykk for at den ikke har like mye å lære bort. Dette viser at det ligger faktorer både innad i og utenfor avdelingen som hemmer kvalitetssikringen og samarbeid på tvers.

Istedenfor å bruke avvikssystemet som et forbedringssystem, som ville fremmet arbeid med tjenestekvalitet, blir avvikssystemet brukt for å lukke feil i tjenesteproduksjonen. Det er en dissonans mellom opplevelsen av god statistikk på innmelding av avvik, og på type og mengde avvik som ikke rapporteres. Det er god innrapportering på feil i tjenesteproduksjon og rettet mot pasienten, men underrapportering på avvik i HMS, systemer og verktøy som berører den ansatte. Slik sett kan det også se ut til at verdisetting av pasienter over ansatte, hemmer arbeid med tjenestekvalitet, fordi det ikke løftes opp i sammenheng. Dersom en ser på maktposisjonene mellom sykepleierne og pasienter, ser vi at det er ulike maktposisjoner parallelt. Sykepleierne har makt knyttet til at det er de som yter hjelpen og kan forme denne, samtidig som pasienten har makt knyttet til at de gis en høyere verdi enn sykepleierne.

Deltakerne beskriver også selv at tidspress, høyt sykefravær og mangel på personal hemmer arbeid med tjenestekvalitet. Dette er i større grad ledelsesoppgaver, på ulike nivåer. Likevel er det områder en ikke har oversikt over, og personalressursene er knappe og vil bli knappere med årene (NOU 2023: 4, 2023). Nedprioriteringen av ansatte hemmer arbeid med tjenestekvalitet, fordi det kan føre til høyere sykefravær og medfølgende høyere arbeidspress. Det er et tankekors at en brannmann skal sikre seg selv før han redder andre, mens denne tanken virker å være nærmest fraværende i helsetjenesten. Manglende rapportering av HMS-avvik og avvik som berører de ansatte gir inntrykk av at ansatte vurderes å ha en mindre verdi

enn pasientene. I helsevesenet som praksisfellesskap er det skapt en kultur for å sette pasienten høyere, en taus verdisetting som er skapt i fellesskap (Wenger, 2003). Det er mulig begreper som rettighetsfesting og plikter har bidratt til dette. Det ville være interessant å studere om en høyere verdisetting av ansatte ville bidratt til å rekruttere, og ikke minst beholde, flere ansatte.

Ansvar kan også hemme kvalitetssikringen. Som beskrevet tidligere var det ingen som nevnte *vurdering av samtykkekompetanse* som deres oppgave, ei heller som deres ansvar. Den ene deltakeren kom med uttalelser som kunne tyde på at dette ikke var noe de selv gjorde eller tok ansvar for. Deltakeren beskrev da at dette var legens ansvar, og at legene i liten grad ville ta tak i dette. Deres ansvar strakk seg til å diskutere dette innad i avdelingen og ta det opp med fastlegen. At pasienter har selvbestemmelsesrett kunne bli brukt som argument for hvorfor det ikke ble gjort noe mer, som deltakeren beskrev at de *gjemmer seg bak lovverket*. Det er usikkert hvilket lovverk det henvises til, når en ser til Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3, tredje ledd, står det at det er:

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Lovverket beskriver at det er de som yter helsehjelpen, altså blant annet deltakerne i studien, som skal vurdere samtykkekompetansen til pasientene. Det kan tyde på at fravær av svar vedrørende samtykkekompetanse også er fravær av ansvar på det området. Det kan tenkes at slike vurderinger oppleves å ha stor, negativ innvirkning på pasienten og derfor er vanskeligere å ta på egenhånd. Særlig dersom motivasjonen i å gjøre en god jobb er å utgjøre en positiv forskjell i pasientens liv. Ansvaret legges over til legen, som i motsetning til avdelingene er bare en beslutningstaker. Der helsehjelpen ytes, altså i avdelingene, er det flere som kan gjøre vurderingen sammen. Her ser en at sykepleierne ikke drar ut fordelene med praksisfellesskapet, og det er vanskelig å ta en egen beslutning.

Det er også en viss sannsynlighet for at sykepleierne undervurderer sin egen kompetanse til å gjøre slike vurderinger, noe som er sett i andre tilfeller av samhandling med andre instanser i tidligere forskning (Tønnessen & Kassah, 2016). Samtidig kan en spørre seg om hvor utbredt

bevisstheten rundt ansvaret om å vurdere pasientenes samtykkekompetanse er. Det var kun en deltaker som hadde en bevisst holdning til dette i intervjuet, hvor ansvaret ble lagt til legen. Det er klart en viss usikkerhet i antakelsene om at det er liten bevissthet rundt dette. Samtidig gir det en indikasjon på at nasjonale retningslinjer ikke nødvendigvis blir kommunisert ut i siste ende, og politikken iverksatt i praksis. Eller at eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert ikke har vært tilstrekkelig i dette tilfellet.

6.2.1. ANSVAR OG VERDISETTING

Arbeid med tjenestekvalitet fremmes av den enkeltes ansvarsfølelse, og deres engasjement i praksisfellesskapet. Samhandling i praksisfellesskapet, gjennom rapporter, diskusjoner og læring fremmer arbeidet med tjenestekvalitet. Ansvaret gjør også sykepleierne i stand til å gjøre egne prioriteringer, og bruker erfaringsbasert kunnskap for å gjøre flere av disse vurderingene. Det er lettere å tilegne seg denne kunnskapen og gjøre prioriteringene når det er mindre pasientgrupper og økt kontinuitet i pleien. Deltakerne beskriver *tid* som et viktig element for å arbeide med tjenestekvalitet, men beskriver ikke alternative systemer og måter å arbeide på. Det tyder på at løsningene er basert på praktisk erfaring, og ikke endring av måter å utøve tjenesten på.

Samtidig som ansvarsfølelsen fremmer arbeid med tjenestekvalitet, hemmer den det samme arbeidet. Når kvaliteten på tjenesten baseres på den enkeltes ansvar, vakler kvaliteten dersom den enkelte ikke har full deltakelse i praksisfellesskapet eller dersom ansvaret oppleves for stort å bære alene. Dette ses i mindre stillinger som ikke tar like mye ansvar, og i delegering av nedprioritering. Sykepleierne legger en del av ansvaret for tjenestens kvalitet på seg selv, og dermed toner ned rollen til avdelingen som et system for å ivareta dette. Det kan tenkes at det kan gi en forklaring for hvorfor det er lite eller ingen opplevelse av ansvar for vurdering av samtykkekompetanse. Dersom det er den enkeltes eget ansvar, er det mer krevende å stå i slike vurderinger, enn om det er et systematisk ansvar og vurdering. Enten den enkelte ikke har holdt seg faglig oppdatert eller det blir for stor vurdering å ta på egenhånd, gjør ansvaret og autonomien at deltakerne ikke beskriver dette som deres ansvar.

Også diskursen rundt avvikssystemet hemmer tjenestekvaliteten. Håndteringen og behandlingen av avvikene tyder på at det er et visst ubrukt potensial i avvikssystemet for å finne forbedringsområder i avdelingene og arbeide konstruktivt med dette. Det kunne blitt brukt for å lære og forbedre, men konsentreres om å eliminere feil, som regel rettet mot tjenesteproduksjonen og de ansattes prestasjoner. Også erfaringsutveksling og samarbeid på tvers som ville fremmet arbeid med tjenestekvalitet, hemmes av konkurranse om ressurser og personell. Hovedfokuset blir å levere tjenestene, og sikre sin egen avdeling ressurser. Det kan også forklare hvorfor selve utførelsen av tjenesteproduksjon vektlegges i stor grad når deltakerne beskriver kvalitetsarbeid.

6.3. HVORDAN TILEGNER HJEMMESYKEPLEIERE SEG DEN ERFARINGSBASERTE KOMPETANSEN DE BESITTER?

For å svare ut dette forskningsspørsmålet vil jeg se på hovedfunnet *kollegial læring* og gå grundigere inn i besvarelsene knyttet til læring som er beskrevet i rapporten i kapittel fire. Dette prøver jeg å forstå ved bruk av teoriene jeg har valgt, og starter med Wengers teori om praksisfellesskap. Selve arbeidsstedet er et godt utgangspunkt for dette. En kunne enkelt illustrert hvordan arbeidsstedet er et fellesskap ved at ansatte arbeider sammen og lærer, nyankomne adapterer språket innad i praksisen, og forklare dette gjennom sosialisering på stedet (Lave & Wenger, 1991). Det kan en også se på som en tilpasning til kultur på arbeidsstedet. Teorien om praksisfellesskapet bærer i tillegg med seg at erfarne lærer av nyankomne og at kunnskapen skapes i fellesskapet. Kunnskapen på stedet er ikke statisk, men endres i samhandling med hverandre (Wenger, 2003). Dette finner vi i igjen i at deltakerne spurte studenter om kunnskap fra andre arbeidssteder, lærte fra nyutdannede som hadde vært borti ukjente prosedyrer og lignende, og at de gikk to sammen.

I avdelingene er daglige rapporter arenaer for læring mellom ansatte, og et møtepunkt som former praksisfellesskapet. I hjemmesykepleien arbeider en mye alene, men i rapportene møtes de ansatte, utveksler informasjon og diskuterer. I rapportene skjer sosial læring gjennom hva som vektlegges, etterspørres og informeres om. Jeg vil se på rapportene i lys av Wengers teori om praksisfellesskaper. Medlemmene av praksisfellesskapet har en felles taus

kunnskap. Den tause kunnskapen omfatter både kjennskap til pasientene og situasjoner, men også hvilket skjønn en benytter i ulike situasjoner. Dette er eksempel på *kompetanse på felles anerkjente utførelser* som et av prinsippene om hva læring består av (Wenger, 2003). Det er en felles forståelse som ikke er lett å beskrive, men som forstås når en er og arbeider i det, en taus kunnskap og basiskunnskap (Kolb, 2000; Schön, 2000). Det er også naturlig å se til *legitim perifer deltakelse* om læring gjennom rapportsituasjon, hvor en kan tenke seg at en nyankommen ikke deltar på lik linje med de etablerte deltakerne. Den nyankomne beveger seg mot full deltakelse etter hvert som den tar større deltakelse i rapporten (Lave & Wenger, 1991; Wenger, 1998a). Kunnskapen i avdelingen formes i rapportene, det diskuteres og en finner felles mening

Den uorganiserte læringen skjer blant annet gjennom at to ansatte går sammen ved nye og avanserte prosedyrer. Dette ble gjort fordi det gir trygghet, og en lærer videre til hverandre. Dette forklares også godt i teoriene til Lave og Wenger, som legger vekt på at det er i det praktiske arbeidet sammen at læring skjer. Det er ikke nok å lære det teoretisk ved å lese seg opp eller bli fortalt hvordan det skal gjøres. Det er en *taus kunnskap* som ikke tilegnes gjennom lesing, som når de kan det betegnes som *viten-i-handling* (Schön, 2000). Deltakerne opplever trygghet og læring i det å være med på selve prosedyren før en skal utføre det selv. Wengers påstand om at læring er fundamentalt erfaringsmessig og fundamentalt sosial støttes av deltakernes beskrivelser av å gå sammen og lære av hverandre (Wenger, 2003). Læringen skjer da i sosial og erfaringsmessig kontekst.

Deltakerne beskriver også hvordan de har tilegnet seg kompetansen. De legger vekt på at det er mange års erfaring og praktisk arbeid som er grunnlaget for den kompetansen de har til å håndtere nye situasjoner. Dette kan godt forklares med Kolbs syklus for erfaringsbasert læring (Kolb, 2015a). Den viser hvordan deltakerne lærer av praktisk arbeid. Som ved figur 2 i kapittel 2, ser vi at det praktiske arbeidet deres legger grunnlag for deres *konkrete erfaringer*. Deltakerne forteller også at de diskuterer mye med andre kollegaer. I slike diskusjoner med andre kollegaer og reflektering for seg selv gjør de *reflekterende observasjoner*. Det neste punktet er å tenke eller *abstrakt konseptualisering*, som deltakerne gjør ved å ta en aktiv rolle i tilegnelsen av kunnskap. Det siste punktet er *aktiv eksperimentering*, som viser hvordan deltakerne bruker erfaringer for å utføre nye eller lignende prosedyrer. Deltakerne bruker aktiv eksperimentering ved nye prosedyrer, der de sier de *ikke må være så redde for å prøve*, eller at de *må bare prøve seg frem*. De bruker praktiske erfaringer og refleksjon for å løse nye oppgaver. Det er her Kolbs modell kan vise hvordan *fake it till you make it* ikke er på lykke

og fromme, men basert på prosessene hvor erfaringer tilegnes og transformeres til kunnskap. Forstår vi det ut fra Kolbs modell bygger dette på tidligere erfaringer, refleksjoner, tanker og handlinger. Når de prøver seg frem, gjør de det basert på læring gjennom handling og refleksjon. Syklusen tar oss videre til det første punktet igjen, konkrete erfaringer. Slik forklarer syklusen hvordan erfaringene bygger kompetanse, en har med seg tidligere erfaring og har lært av dette slik at en ikke møter nye situasjoner med helt blanke ark. Kompetansen de har i dag er bygget på en spiral av sykluser (Kolb, 2015a). Det kan forklare deltakernes opplevelse av å ha opparbeidet seg en kompetanse og trygghet gjennom praktisk erfaring og år i arbeidslivet. I tillegg til å gjøre seg erfaringer, har de reflektert, tenkt og handlet videre på disse erfaringene slik at syklusen danner et sterkere og sterkere fundament til å håndtere nye situasjoner og prosedyrer.

Schöns teori om reflekterende praktikere kan også forklare sykepleierne opparbeiding av kompetanse. Ved å utføre det praktiske arbeidet får de en praktisk kunnskap, *viten-i-handling*. Når deltakerne beskriver at de *prøver seg frem* kan dette også knyttes til *refleksjon-i-handling* (Schön, 2000). Ved uventet, eller også ukjente, resultat endrer sykepleierne fremgangsmåte, og justeringen kan forstås som å prøve seg frem. Noen ganger kontakter de andre for å rådføre seg, andre ganger gjør de refleksjoner og justeringer på egenhånd. Den tause kunnskapen som kjennetegner *viten-i-handling*, hvordan oppgaven skal utføres, kan sees som fundamentet av lærings-syklusen som Kolb omtaler. Dette gir deltakerne grunnlaget til å mestre ukjente og nye oppgaver. Det forklarer også tryggheten deltakerne beskriver gjennom å ha tilegnet seg erfaring gjennom praktisk arbeid. Det bygger også opp under Lave og Wengers teorier om læring som skjer i praksis og sosial samhandling, og ikke hovedsakelig på skolebenken.

Sykepleierutdanningen er basert på store deler praksis, kanskje nettopp fordi mye av kunnskapen er taus og læres best gjennom praktisk erfaring. Samtidig beskriver en av deltakerne at mange nyutdannede ikke klarer trøkket i hjemmesykepleien. Det er også gjennomgående at deltakerne tenker at den enkelte har ansvar for egen læring. Det vil alltid være en varierende komponent hos den enkelte hvor mye den engasjerer seg, men en kan undre seg over om det er mulighet for å flytte deler av dette ansvaret over på et systemnivå. Kanskje en kunne vunnet noe på å systematisere oppfølgingen og opplæring av nyansatte slik at de tilegnet seg trygghet i arbeidet. På den måten kunne de opplevd mestring nok til å stå i jobben videre, og det ansvaret den enkelte har selv vil være håndterbart.

I intervjuene forsøkte jeg også å forstå organiseringen i hver avdeling, og det viste seg at denne var svært ulik. Dette gjaldt både på tvers av og innad kommunegrensene. Det ble brukt forskjellige titler på personal med lik funksjon eller stilling. Det var forskjeller i hvor mange spesialsykepleiere, administrative vakter og fordeling av oppgaver det var i de ulike avdelingene. Når jeg leste igjennom resultatene var det tydelig at det var store variasjoner mellom avdelingene hva gjelder struktur, oppfølging og system. Det var en fristende tanke at en standardisering av struktur og system i hjemmesykepleien ville effektivisere, slik at det ikke blir brukt unødig energi på å finne opp kruttet i hver avdeling. Dette særlig i kommuner med flere avdelinger. Det er en besnærende tanke, og først og fremst en klassisk ovenfra og ned-modell (Offerdal, 1999). En vil helst arbeide nedenfra og opp for å lykkes med implementering, og da kunne nettverk på tvers av avdelingene og kommunene vært et godt utgangspunkt for å finne beste system og struktur. Selv om mye er ulikt, er det ting som er like og gjenkjennelig flere steder. Det kunne blitt dannet et praksisfellesskap, hvor de lærer av hverandre. Reformen Leve Hele Livet kan en se som et forsøk på det. Den presenterte ulike gode tiltak, løsninger og organiseringer fra kommunene – som forslag og til inspirasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Jeg finner det betenkelig at deltakerne i liten grad beskriver at avvikssystemet kan brukes til å lære av. Dersom det ble brukt som et forbedringssystem, ville en kunne fulgt Kolbs modell gjennom å ta opp konkrete erfaringer, reflektere rundt disse og lagt forslag for forbedring. Deretter kunne en aktivt eksperimentert med disse forslagene, og dermed brukt avvikssystemet til kollektiv læring i fellesskapet (Kolb, 2000). I et slikt arbeid ville Kolbs modell gi assosiasjoner til Demings sirkel for forbedringsarbeid, som Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten viser til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Demings sirkel har også fire stadier, hvor en først planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer (Arntzen, 2014). Stadiene kan minne om Kolbs modell ved at reflekteres og evalueres før læringene skjer eller endringen er klar til å iverksettes.

6.3.1. LÆRINGSSYKLUS OG PRAKSISFELLESSKAP

Sykepleiere tilegner seg kunnskap gjennom organisert og uorganisert læring i avdelingene, og særlig gjennom kollegial læring. Det skjer gjennom praksisfellesskaper og økende deltakelse

ved legitim perifer deltakelse i praksisfellesskapene. Sykepleierne lærer og utveksler erfaringer gjennom daglige rapporter, samt uorganisert gjennom å gå to sammen ved nye og avanserte prosedyrer. Kompetansen som opparbeides er gjennom konkret erfaring, som reflekteres over og omarbeides til kunnskap som brukes i møte med nye praktiske erfaringer. Sykepleierne opparbeider seg en taus kunnskap, *viten-i-handling*, som gjør dem i stand til å løse oppgaver uten at de nødvendigvis kan beskrive detaljert hva de har gjort. Dette kan forklare noe av begrepet *fake it till you make it*, og samtidig bekrefter at det ikke er tilfeldig at hjemmesykepleierne lykkes med det de gjør. Det er likevel et ubrukt potensial for kollektiv læring i avdelingene som kan brukes i arbeid med tjenestekvalitet, både i samhandling med andre avdelinger og i bruk av avvikssystemet.

Jeg har nå diskutert og svart ut de tre forskningsspørsmålene. Jeg vil i det neste kapitlet bruke dette opp for å svare ut problemstillingen.

7. KONKLUSJON

I dette prosjektet har jeg studert hvordan hjemmesykepleien arbeider med kvalitet i tjenesten. Jeg har beskrevet bakgrunn, fremgangsmåte, funn og diskutert dette i lys av det teoretiske rammeverket. Jeg vil i dette kapittelet svare ut problemstillingen «*Hvordan sikres tjenestekvaliteten i hjemmesykepleien?*».

I hjemmesykepleien eksisterer taus kunnskap, som mange andre steder. Denne tause kunnskapen læres videre i stor grad gjennom praksisfellesskap i avdelingene, og ved legitim perifer deltakelse i disse praksisfellesskapene. Tjenestekvaliteten inneholder deler av denne tause kunnskapen, og sikres i hjemmesykepleien ved bruk av omfattende, systematisk kvalitetssikring. Det er faglig kompetente sykepleiere, og andre helsepersonell, som kompenserer og ivaretar kvaliteten, der den systematiske kvalitetssikringen ikke håndterer uforutsigbarheten og de raske endringene i hjemmesykepleien. Den enkelte sykepleier ilegges og pålegger seg et ansvar for tjenesten pasientene mottar, og det er en nedvurdering av ansvaret som ligger i systematisk arbeidet og i systemet. Dette ansvaret både fremmer og hemmer arbeid med tjenestekvaliteten.

Dette viser igjen i arbeidet med tjenestekvalitet og avvikssystem. Det fremmer tjenestekvaliteten ved at den enkelte tar ansvar, følger opp og kompenserer for det som ikke lar seg systematisere. Det hemmer tjenestekvaliteten ved at systematisk arbeid, systemer og forbedringsarbeid undervurderes, den enkelte blir stående alene og opplever økt trykk og belastning. Der det er krevende vurderinger som må tas, slik som vurdering av samtykkekompetanse, skjer en delegering av nedprioritering og ansvarsfølelsen smuldrer bort. Praksisfellesskapet blir ikke nytt til å gjøre kollektive vurderinger. Samtidig som praksisfellesskapene i avdelingene også har en sikrende funksjon, ved at samhandling med hverandre sikrer kvaliteten i rapporter, trygghet og læring.

Det ligger et ubrukt potensial i avdelingene for bruk av avvikssystemet som et forbedringssystem, samt mellom avdelingene i samhandling på tvers for erfaringsutveksling og læring. Bruk av avvikssystemet konsentrerer seg om feil knyttet til tjenesteproduksjon og pasienter. Feil på systemer, brudd på ansattes HMS, belastning og arbeidsvilkår nedprioriteres i innmelding. Praksisfellesskaper bidrar til sikring av tjenestekvalitet innad i avdelingene

gjennom sosial læring, men er ikke praktisert på tvers av avdelinger og kommuner. Konkurransen om ressurser og vern om egne, gode løsninger hemmer samarbeid og erfaringsutveksling på tvers av avdelingene.

Konteksten for casen var hjemmesykepleien, men funnene er også overførbare til andre områder som håndterer uforutsette hendelser og nye situasjoner. Teoriene om praksisfellesskap viser hvordan deltakere i praksisfellesskapet lærer gjennom sosial deltakelse med hverandre. Deltakerne beveger seg fra legitim perifer deltakelse til full deltakelse som et kompetent medlem av fellesskapet. Dette kan være gjenkjennbare prosesser for andre yrkesgrupper som yter offentlige tjenester.

Praksisfellesskapene sikrer tjenestekvaliteten ved at sykepleierne og andre i avdelingen deltar i sosial samhandling og ved å gå to ansatte sammen i nye og ukjente situasjoner. De lærer da den tause kunnskapen som er i avdelingene, prosedyrene og situasjonen. Sykepleierne opparbeider seg kompetanse gjennom praktiske erfaringer, som ved refleksjon og vurdering omdannes til kunnskap. Denne kunnskapen danner et fundament som benyttes i nye og ukjente situasjoner, og legger grunnlaget for det sykepleierne opplever som *fake it till you make it*. Disse mekanismene er også overførbare til andre yrker og situasjoner, som en opplever at en må ta på seg en rolle hvor en kan noe bedre enn hva en har erfaring med. Dette er ikke helt på lykke og fromme, men håndteres av det veldige kunnskapsgrunnlaget som brukes videre i aktiv eksperimentering. På mange andre områder vil en også oppleve å ikke ha full kontroll, men må bruke relevant erfaring for å løse nye situasjoner på en best mulig måte.

Videre forskning kan blant annet gjøres på hvordan samtykkekompetanse vurderes i avdelingene, og hvorfor ansvaret delegeres til nedprioritering. Det ville også være interessant og nyttig å forske på om en dreining i diskursen fra avvikssystem til forbedringssystem ville bidratt til å utnytte potensialet for læring som ligger der.

8. LITTERATUR

- Almklov, P. G., & Antonsen, S. (2019). Standardisation and Digitalisation: Changes in Work as Imagined and What This Means for Safety Science. In J.-C. Le Coze (Ed.), *Safety Science Research: Evolution, Challenges and New Directions* (s. 2-19). Milton: CRC Press LLC.
- Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten: Arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørheim, C. (2022, 09. mai 2022). Sandnes kommune vedtar bot på 600.000 kroner etter at pasient døde. *Stavanger Aftenblad*. Retrieved from <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/8Q0o7Q/sandnes-kommune-vedtar-bot-paa-600000-kroner-etter-at-pasient-doede>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: a practical guide*. London: Sage Publication Ltd.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre: Om design av samfunnsvitenskapelege forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Google.org (2023, 08. juni). Google. Lenke <https://www.google.com/>
- Helsedirektoratet. (2021, 28. juni). Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefrav%C3%A6r-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St. Meld. nr 47). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011 -06-24-30). Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration (London)*, 69(1), 3-19.
- Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A., & Kassah, A. K. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen : kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforl.
- Kattouw, C. E., & Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning*, 13(74391). doi:10.4220/Sykepleienf.2018.74391
- Kolb, D. A. (2000). Den erfaringsbaserte lærespross. In K. Illeris (Ed.), *Tekster om Læring* (s. 47-66). Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kolb, D. A. (2015a). *Experiential learning: experience as the source of learning and development* (2 utgave.). New Jersey: Pearson Education.
- Kolb, D. A. (2015b). The Experiential Learning Cycle. In *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (s. 51). New Jersey: Pearson Education.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lave, J., & Wenger, E. (2000). Legitim perifer deltagelse. In K. Illeris (Ed.), *Tekster om læring* (s. 181-190). Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). Situert læring. In *Situert læring - og andre tekster* (pp. 13-104). København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- NESH. (2021). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>


- Næss, A. F., & Thommessen, L. S. (2023). Hjemmetjenesten er Norges sykeste arbeidsplass. *NRK*. Retrieved from <https://www.nrk.no/dokumentar/hjemmetjenesten-er-norges-sykeste-arbeidsplass-1.16264751>
- Næss, A. F., Thommessen, L. S., & Johnsen, M. N. (Writers) & E. B. Kasnes (Director). (2023). Hjemme best? [Episode fra TV-serie]. In NRK Brennpunkt (Producer), *Omsorg bak lukkede dører*: Kine Løken Thoreid.
- Offerdal, A. (1999). *Den politiske kommunen*. Otta: Det Norske Samlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Schön, D. A. (2000). Udvikling av ekspertise gjennom refleksion-i-handling. In K. Illeris (Ed.), *Tekster om læring* (s. 254-269). Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tingvold, S., & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 153-164. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-11
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4 utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tønnessen, S., & Kassah, B. L. L. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester - En studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning* (4), 342-358. doi:10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04
- Tøssebro, J., Mjøen, O. M., & Bruteig, R. (2022). The Ambiguous Impact of Performance Measurement on Service Quality. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3(878338). doi:10.3389/fresc.2022.878338
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- VAR Healthcare (2023, 08. juni). Oppdatert prosedyre- og kunnskapsbase for helsetjenesten. Lenke <https://www.varhealthcare.no/>
- Wenger, E. (1998a). *Communities of practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wenger, E. (1998b). Components of a social theory of learning: an initial inventory. In *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity* (s. 5). Cambridge: Cambridge University Press.

Wenger, E. (2003). Communities of practice. In J. Lave & E. Wenger (Eds.), *Situert læring og andre tekster* (s. 129-182). København: Hans Reitzels Forlag A/S.

VEDLEGG 1 – VURDERING FRA SIKT

14.05.2023, 15:01 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Kvalitetssikring i hjemmetjenesten](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 222538	Vurderingstype Standard	Dato 25.11.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Kvalitetssikring i hjemmetjenesten

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

Prosjektansvarlig
Kjersti Halvorsen


Student
Marianne Solheim Sande

Prosjektperiode
15.08.2022 - 21.10.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 21.10.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar
OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

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.

<https://meldeskjema.sikt.no/635ce939-b020-4771-8f86-90744765bddd/vurdering> 1/2

14.05.2023, 15:01

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester 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

Personverntjenester 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).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss 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://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

VEDLEGG 2 – INFORMASJONSSKRIV



Høgskulen
på Vestlandet

Vil du delta i forskningsprosjektet «Kvalitetssikring i hjemmetjenesten»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke tjenestekvalitet i hjemmetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan hjemmetjenesten kvalitetssikrer sin tjeneste, og hvordan sykepleierne opplever dette.

Problemstillingen er foreløpig «Hvordan kvalitetssikres tjenesten i hjemmesykepleien?»

Forskningsspørsmålene jeg har valgt for å undersøke dette er:

- Hvordan opplever sykepleierne i hjemmesykepleien at det jobbes med tjenestekvalitet i avdelingen?
- Hva opplever sykepleiere i hjemmesykepleien at fremmer og hemmer deres arbeid med tjenestekvalitet?
- Hvordan bidrar tjenesten til spesialiserte sykepleiere?

Prosjektet er en masteroppgave på studiet organisasjon og ledelse i helsesektoren ved Høgskolen på Vestlandet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til forskningen er sykepleiere i turnus som er tjenesteutøvere. Jeg har valgt to fra tre ulike avdelinger, hvor to avdelingene er i samme kommune. I tillegg vil jeg intervju to av lederne i avdelingene også. Utvalget skal representere deler av et område som dekkes av samme helseforetak. Avdelingene har noe ulik organisering og struktur, som trolig vil gi sykepleierne ulike erfaringer. På grunn av størrelsen på prosjektet begrenses utvalget i størrelse og geografi. Datamaterialet vil ikke være stort nok til å generalisere, men vil gi et innblikk i noen sykepleieres erfaringer.

Jeg har bedt ledere om hjelp til å komme i kontakt med sykepleierne, samt tatt direkte kontakt med noen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet. Det vil ta deg ca. 1 time. Intervjuet vil inneholde spørsmål om hvordan avdelingen organiserer seg for å ivareta kvalitet, hvordan du opplever at tjenesten blir kvalitetssikret og dine erfaringer som tjenesteutfører. Intervjuene vil bli tatt opp på med lydopptaker, og lagret forsvarlig og på slik måte som ivaretar din anonymitet. Intervjuene transkriberes, og funnene blir presentert i prosjektet. Intervjuet i sin helhet vil ikke gjengis, men noen sitater kan trekkes frem for å beskrive temaer.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er jeg, som student, og veileder som har tilgang til dataene fra intervjuet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og jeg vil lagre datamaterialet på forskningsserver

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i oktober 2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Høgskolen på Vestlandet ved Kjersti Halvorsen, e-post Kjersti.Halvorsen@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, e-post: Trine.Anniken.Larsen@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Gunnhild Tøndel
Ekstern veileder

Marianne Solheim Sande
Student

VEDLEGG 3 – SAMTYKKEERKLÆRING

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Kvalitetssikring i hjemmetjenesten, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å gi anonymiserte opplysninger om meg, mitt arbeid og mine erfaringer til prosjektet
- at mine personopplysninger slettes ved prosjektslutt 31.10.2022, men at anonyme data kan lagres til videre forskning innen samme tema.

Jeg samtykker til at mine anonymiserte opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE

Intervjuguide – kvalitetssikring av hjemmetjenesten

Deles inn i 7 deler, med 3-4 spørsmål i hver del.

1. Kvalitet
 - a. Hvordan definerer du begrepet kvalitet i hjemmetjenesten? Hvordan skiller du kvalitetsarbeid og kvalitetssystemer?
 - b. Hvilke systemer har din avdeling for å kvalitetssikre tjenesten?
 - c. Hvordan legger avdelingen opp til at du har rett kompetanse til prosedyrer og oppgaver?
2. System
 - a. Hvilke læringsarenaer har dere i avdelingen?
 - b. Hvordan er ansvaret for fag og kvalitet organisert i avdelingen? Hvordan er ansvarsforholdet delt mellom deg som sykepleier og avdelingen som system?
 - c. Utveksles det erfaringer med andre avdelinger, sammenlignes system og kvalitetsnivå?
3. Oppgaver
 - a. Fortell om hvilke oppgaver og ansvar dere får i hjemmetjenesten.
 - b. Hvordan forbereder du deg i møte med disse?
 - c. Hvordan har du opparbeidet deg kunnskapen du trenger for å håndtere arbeidet, hvordan har du lært det du kan? Bidrar avdelingen til dette?
4. Hendelser
 - a. Kan du fortelle om en gang du ikke kjente til oppgaven/prosedyren og opplevde at du ikke klarte å løse det på en tilfredsstillende måte?
 - b. Hvordan håndterte du dette i etterkant, hva gjorde du da? Hva gjør avdelingen i slike situasjoner?
 - c. Kan du fortelle om hvordan du løste en ukjent oppgave på en tilfredsstillende måte?
5. Avvik
 - a. Hvordan vil du vurdere innrapportering av avvik i din avdeling? Behandles avvikene som avvik på person eller på systemet?
 - b. Hva skiller alvorlige og mindre alvorlige hendelser?
 - c. Hva vil du si skiller det som rapporteres inn som avvik, og det som ikke rapporteres inn?
6. Ansvar
 - a. Hvem er ansvarlig for kvaliteten på tjenesten deres?
 - b. Fortell om en situasjon hvor du måtte gjøre en vurdering og beslutning på hvilken hjelp som skulle gis.
 - c. Hva er grunnlaget ditt for å gjøre prioriteringer mellom brukere og oppgaver?
7. Arbeid
 - a. Fortell litt om hva du tenker kan kvalitetssikre hjemmetjenesten.
 - b. Hva skal til for at du trives på jobb?
 - c. Hva mener du er det positive ved å arbeide i hjemmetjenesten