

# **Sykepleieren i mellom**

En diskursanalyse av sykepleiere i hjemmesykepleien sin  
posisjon i samarbeidet

**Siv Skaar Lehne**



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG  
VESTFOLD**

**9. september 2015**

9. september 2015



<b>Navn:</b> <b>Siv Skaar Lehne</b>	<b>Dato:</b> <b>9. september 2015</b>
<b>Tittel og undertittel:</b> <b>«Sykepleieren i mellom»</b> <b>En diskursanalyse av sykepleiere i hjemmesykepleien sin posisjon i samarbeidet</b>	
<b>Sammendrag:</b> <i>Bakgrunn:</i> Sykepleiere i hjemmesykepleien har et stort faglig, juridisk og etisk ansvar, og de møter stadig ulike utfordringer i arbeidshverdagen. Pasientene har behov som kan være svært varierende, og det er for å oppnå god pleie- og omsorg viktig å tilby individuelt organiserte helsetjenester til hver enkelt pasient. For å få egen arbeidshverdag til å gå opp er sykepleierne avhengige av å samarbeide med annet helsepersonell. <i>Hensikt:</i> å undersøke hvilke posisjoner sykepleieren i hjemmesykepleien har konstruert i samarbeid med annet helsepersonell. <i>Teoretisk forankring:</i> studien har hatt utgangspunkt i en sosialkonstruksjonistisk vitenskapsfilosofi. I studien har det blitt undersøkt diskurser og identiteter koblet til hvordan individenes erfaring historisk, sosialt (kontekstuell) og språklig er konstruert. Det har også blitt presentert ulike etiske teorier, med hovedtyngde på dydsetikk og omsorgsetikk. <i>Metode:</i> Datagrunnlaget for studien var intervjuer med åtte sykepleiere som arbeidet i hjemmesykepleien. Det ble videre utført diskursanalyse, inspirert av Potter og Wetherell og Fairclough. <i>Resultater:</i> Analysen avdekket subjektposisjonen «koordinator» i samarbeidsdiskursen. Sykepleierne var i en mellomposisjon, mellom ulike organisatoriske krav og ressurser, lover og retningslinjer, mellom ulike moralske valg, hierarkier, historie og kultur, og mellom idealet og virkeligheten. Både fremtredende og underliggende normer og verdier ble analysert frem, og avdekket ulike sosiale konsekvenser. <i>Konklusjon:</i> Sykepleierne ble diskursivt posisjonert i en «mellomposisjon». Denne posisjonen innebar etiske utfordringer og kunne skape etisk stress. Bruk av binariteter var en måte å belyse normer og verdier som uttrykte sykepleiernes valg mellom hvordan de skulle være, handle og oppføre seg i «mellomposisjonen» i samarbeidsdiskursen.	
<b>Nøkkelord:</b> <b>Diskursanalyse, hjemmesykepleie, sykepleier, samarbeid, subjektposisjon, etisk stress, individuell omsorg</b>	



FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
Papirbredden Drammen Kunnskapspark  
Grønland 58  
3045 DRAMMEN

<b>Name:</b> <b>Siv Skaar Lehne</b>	<b>Date:</b> <b>9. september 2015</b>
<b>Title and subtitle</b> <b>“Nurses In-between”</b> <b>A discourse analysis of nurses in home care services’ position in cooperation</b>	
<p><u><b>Abstract:</b></u> <i>Background:</i> Nurses who work in the homecare services have a huge professional, legal and ethical responsibility. Patients have different needs, and to achieve good nursing and care it is important to offer organized healthcare to each individual patient. To make good care nurses are dependent on collaborating with other health professionals. <i>Purpose:</i> to describe the different positions the nurses in homecare services constructed in collaboration with other health professionals. <i>Theory:</i> The study was based on a social constructionist philosophy of science. The study examined discourses and nurses positions, which was linked to how individual experiences were historically, socially (contextually) and linguistically constructed. Furthermore, various ethical theories were presented, with emphasis on virtue ethics and care ethics. <i>Method:</i> Eight nurses working in the homecare services were interviewed. The data was analysed according to a discourse analysis method inspired by Potter and Wetherell and Fairclough. <i>Results:</i> The analysis revealed the subject position "coordinator" in a cooperation discourse. The nurses were in an intermediate position, and stands between different organizational requirements and resources, laws and policies, between different moral choices, hierarchies, history and culture, and between ideal and reality. Both prominent and underlying norms and values were analysed, and revealed different social consequences. <i>Conclusion:</i> Nurses were discursively positioned in situations that was «in-between». This position entailed ethical challenges and could create ethical stress. Using binary oppositions was a way to illuminate norms and values that expressed the nurses’ choices between how to be, act and behave in relation to the nurses “in-between position” in a cooperation discourse.</p>	
<b>Key words:</b>  <b>Discourse analysis, home care services, nurse, cooperation, subject position, ethical stress, individually care</b>	

## Forord

Takk til informanter og deltagere i studien for deres bidrag. Dere tok meg i mot på en svært hyggelig, positiv og inkluderende måte, bidraget deres har vært et flott utgangspunkt for studien.

Jeg ønsker å takke min veileder gjennom prosessen med masterstudien, førsteamanuensis Stina Öresland, for nyttig og konstruktiv læring og tilbakemelding. Du har en måte å formidle på som har fått meg til å forstå, bli interessert og engasjert. Det har vært spennende å lære diskursanalyse som metode. Jeg er glad du ga meg muligheten, horisonten min er utvidet betraktelig og jeg kommer til å ha stor nytte av arbeidet med studien.

Ikke minst ønsker jeg å takke foreldrene mine, Tone og Tom. Dere har stilt opp i en utfordrende situasjon, og på tross av både frustrasjoner og praktiske utfordringer har dere både lyttet og diskutert når jeg har hatt behov for det.

Til slutt vil jeg takke datteren min, Ingrid Elise, du er min største inspirasjon og motivasjon.

Drammen, 9. september 2015

Siv Skaar Lehne



## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Hjemmesykepleien .....	2
1.2.1 Hjemmeboende .....	2
1.2.2 Helsepersonell i hjemmesykepleien .....	3
1.2.3 Samarbeid i hjemmesykepleien .....	3
1.2.4 Tverrfaglig og flerfaglig samarbeid.....	3
1.3 Samhandlingsreformen .....	4
1.4 Eldre hjemmeboende .....	6
1.5 Organisering av hjemmetjenester .....	7
1.6 Samarbeid i hjemmesykepleien .....	8
1.6.1 Sykepleieren i hjemmesykepleien. ....	9
1.7 Studiens hensikt og problemstilling .....	10
1.8 Oppgavens disposisjon .....	11
1.9 Tidligere forskning på samarbeid i hjemmesykepleien .....	12
1.10 Organisering av hjemmesykepleien .....	13
1.11 Informasjonsteknologi i hjemmesykepleien .....	14
2.0 TEORETISK RAMMEVERK .....	16
2.1 Etikk i samarbeidsrelasjoner .....	16
2.2 Ethiske perspektiver .....	16
2.3 Dydsetikk.....	17
2.4 Omsorgsetikk.....	17
2.5 Teoretisk grunnlag – metodologi.....	19
2.6 Sosialkonstruksjonisme og diskursanalyse.....	19
2.7 Diskurspsykologi – subjektforståelse og subjektposisjoner .....	21
2.8 Individuell og kollektiv identitet .....	22
2.9 Binariteter .....	22
2.10 Kritisk diskursanalyse.....	23
2.11 Konstruksjon, funksjon og variasjon av språket.....	23
2.12 Språklige hjelpemidler for å analysere tekst.....	25
2.13 Forforståelse .....	26
3.0 DESIGN OG METODISKE VALG.....	27

3.1 Utvalg og rekruttering.....	27
3.2 Rekruttering av deltagere.....	28
3.3 Datasamling og gjennomføring av intervjuer.....	28
3.4 Koding .....	29
3.5 Analyse .....	30
3.6 Lingvistiske verktøy brukt i analysen.....	31
3.7 Etiske vurderinger.....	32
3.7.1 Konfidensialitet .....	33
3.7.2 Konsekvenser .....	33
3.7.3 Intervju .....	33
3.7.4 Forskerens rolle .....	34
3.7.5 Transkripsjon .....	34
3.7.6 Utvalg av tekst.....	35
4.0 RESULTAT.....	36
4.1 Subjektposisjonen «koordinator» .....	36
4.2 Moralsk – umoralsk .....	36
4.2.1 Jeg tar ansvar .....	36
4.2.2 Jeg må vite mer.....	38
4.2.3 Jeg ser deg .....	39
4.2.4 Jeg bryr meg .....	40
4.2.5 Meg eller dem? .....	42
4.2.6 Jeg er fleksibel.....	44
4.3 Relasjonell – individuell.....	46
4.3.1 Vi samarbeider, og det er bra .....	47
4.3.2 Jeg kan velge .....	47
4.3.3 Relasjoner skaper trygghet .....	48
4.3.4 Hvor er du?.....	50
4.4 Selvstendig – uselvstendig .....	53
4.4.1 Jeg vil samarbeide .....	54
4.4.2 Jeg kan stå på egne ben.....	56
4.4.3 Jeg har kunnskap, men jeg søker mer.....	58
5.0 DISKUSJON .....	61
5.1 Koordinatorposisjonen er en mellomposisjon .....	61
5.2 Mellom organisasjonsstrukturen og samarbeid .....	61



5.2.1 Mellom organisatoriske krav og individuell omsorg.....	62
5.3 Sykepleieren mellom lover, retningslinjer og pasienter .....	63
5.4 Mellom relasjonell og individuell.....	65
5.4.1 Relasjonell koordinator.....	65
5.4.2 Individuell koordinator .....	65
5.5 Sykepleieren i mellom profesjonelle identiteter .....	66
5.5.1 Hierarkier, historie og kultur i helsevesenet .....	67
5.6 Mellom selvstendig og uselvstendig .....	68
5.7 Mellom ideal og virkelighet .....	68
5.8 Mellom moralske utfordringer og moralsk ansvar .....	69
5.9 Etisk stress .....	70
5.10 Hjelpemidler for sykepleieren i mellom .....	71
5.11 Sosiale konsekvenser av sykepleieren i mellom .....	72
6.0 METODEDISKUSJON.....	74
6.1 Rekruttering .....	74
6.2 For forståelse .....	75
6.3 Sosialkonstruksjonisme .....	75
6.4 Egen erfaring med metode.....	76
6.5 Kritikk av diskurspsykologi .....	76
6.6 Holdbarhet .....	76
6.7 Kriterier for validering av diskursanalyse .....	77
7.0 KONKLUSJON.....	79
7.1 Koordinator.....	79
7.2 Studiens betydning .....	79
7.3 Konstruksjon av identitet.....	80
7.4 Mellomposisjon .....	80
7.5 Videre forskning .....	81
LITTERATURLISTE.....	82

Vedlegg 1, Oppsummering av søkeord

Vedlegg 2, Litteratursøk

Vedlegg 3, Søkematriser

Vedlegg 4, Litteraturmatrise

Vedlegg 5, Binariteter

Vedlegg 6, Lingvistisk analyse

Vedlegg 7, Retorisk analyse

Vedlegg 8, Informasjonsskriv til deltagere

Vedlegg 9, Samtykkeerklæring fra deltagere

Vedlegg 10, Intervjuguide

Vedlegg 11, Svar fra NSD

## 1.0 INNLEDNING

Sykepleiere i hjemmesykepleien i Norge har et stort faglig, juridisk og etisk ansvar for at pasientene får tilbud om ulike helsetjenester de har behov for (Fjørtoft, 2006). Pasientene som bor hjemme har forskjellige nettverk rundt seg, og hjemmesykepleien har ansvar for å følge opp de som har fått innvilget tjenesten. Det kan oppstå akutte situasjoner, komplekse situasjoner, nye pasienter og tidligere pasienter med endrede behov (Fjørtoft, 2006). I tillegg en kombinasjon av alle de nevnte. Generelt kan det sies at sykepleieren i hjemmesykepleien må kunne arbeide selvstendig og være åpen for nye situasjoner samtidig som hun utfører de vanlige, daglige arbeidsoppgavene. Egen erfaring tilsier at for å kunne følge opp hjemmeboende pasienter er det viktig å samarbeide med annet helsepersonell. Det er også viktig for å oppnå kontinuitet i pleie-, omsorg og behandling. I tillegg kan samarbeid med annet helsepersonell være med å berike sykepleieren sin arbeidshverdag, skape tryggere rammer og gi støtte i ulike valg og beslutninger som tas. Sykepleieren må være bevisst sitt ansvar og sine begrensninger og i tillegg få hverdagen til å gå opp med alle de ulike utfordringene som kan oppstå (Fjørtoft, 2006). En av utfordringene kan være samarbeidet med annet helsepersonell.

### 1.1 Bakgrunn

Som ferdig utdannet sykepleier i 2010 var mitt første arbeidssted hjemmesykepleien. Deretter gikk veien videre til et rehabiliteringssenter, før valget igjen falt på hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien opplevdes som et arbeidssted med en selvstendig arbeidsform og mange personlige og faglige utfordringer. Gjennom denne tiden økte interessen for samarbeid, hvordan det ble gjennomført i ulike situasjoner mellom ulikt helsepersonell, og på de ulike arbeidsstedene. I en vanlig arbeidshverdag oppstod stadig nye muligheter og arenaer for samarbeid. Både kollegialt, tverrfaglig og flerfaglig, i egen avdeling, hjemme hos pasienter eller på andre institusjoner. På rehabiliteringssenteret var flere yrkesgrupper tilgjengelige, men det var ingen fast struktur for samarbeid mellom sykepleierne og de andre yrkesgruppene. Her opplevdes det mindre selvstendig å arbeide da det var fysisk tilgang og nærhet til kollegaer og andre yrkesgrupper, men samtidig som utfordrende å samarbeide.

I jobben som sykepleier har det vært mange og komplekse situasjoner med samarbeid. Enten som deltager i gode samarbeid rundt enkeltpasienter som både har vært tilfeldig eller planlagt, da med en påfølgende erfaring om hvor nyttig og lærerikt det kan være å samarbeide når det

fungerer godt. Eller det har oppstått situasjoner hvor samarbeidet har opplevdes utfordrende og frustrerende, det har vært mangel på annet tilgjengelig personale og ressurser nødvendig for å nå ulike mål. Det er flere spennende utfordringer som kan oppstå i et samarbeid, og egen erfaring er at det forskjellige steder løses ulikt. Spesielt utfordrende sees samarbeidet i hjemmesykepleien, da det også arbeides i pasientenes eget hjem og mye løses selvstendig og på eget initiativ. Dette er bakgrunnen som har økt min nysgjerrighet for hvordan sykepleieren i hjemmesykepleien konstruerer samarbeidet med annet helsepersonell.

## 1.2 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie kan i følge Humphrey og Milone-Nuzzo (1995, s 14) bli definert som «å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem». Det innebærer en helhetlig tilnærming med fokus på miljømenneskelige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus (Humphrey og Milone-Nuzzo, 1995). Dette er en definisjon som kan omfatte det meste en person kan ha behov for hjelp til hjemme og kan være med på å se den enkeltes situasjon og hva som kan gjøres for at han skal ha det så godt som mulig (Fjørtoft, 2006). Samtidig kan tjenesten være problematisk å avgrense med denne definisjonen. Hjemmesykepleie kan innebære alle tjenester som blir utført med bakgrunn i helsestatus hos den hjemmeboende, av de ansatte i hjemmesykepleien. Arbeidsoppgaver kan innebære personlig hygiene, påkledning, matlaging, toalettbesøk, medikamenthåndtering, sårstell og andre prosedyrer. Hjemmetjenesten kan i tillegg bestå av for eksempel hjemmehjelp, fysioterapeut, ergoterapeut, kjøkken og hjelpemiddelsentraler med mer som har sine arbeidsoppgaver hjemme hos pasienten. Det vanlige er å skille mellom hjemmesykepleie og andre hjemmetjenester. I denne studien vil hjemmetjenester avgrenses til kun å omhandle hjemmesykepleie.

### 1.2.1 Hjemmeboende

For å definere de som mottar hjemmesykepleie vil både hjemmeboende og pasient bli brukt i denne studien. Min erfaring er at «bruker» oftere brukes om de som mottar hjemmesykepleie. Lauvås og Lauvås (2004) sier at pasient og klient for en stor del er blitt erstattet med bruker og at dette i en viss grad kan komme av språkbruken. I et etisk perspektiv kan det være utfordrende å se pasientenes sårbarhet, utsatthet og avhengighet når de sees som «kunder» eller «brukere» av en tjeneste, det vil si når det etiske perspektivet drukner i en økonomisk språkbruk. Øresland (1999) mener også at det samme kan sees med helsepersonell som

utøver tjenestene. Ved beskrivelser som «produsent», «utfører» og «bestiller» kan det være utfordrende å kjenne sin verdi og ulike moralske plikter. Helsepersonell og sykepleier vil i denne studien brukes beskrivende om dem som hjelper de hjemmeboende pasientene.

### 1.2.2 Helsepersonell i hjemmesykepleien

Det er flere ulike begreper som kan brukes om helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien. Denne begrepsfloraen er utfordrende, i et av artikkelsøkene som er gjort viser det seg i de ulike treffene, eksempelvis «Home Care Workers», «Home Care Nurses», «Home Care personell» og «Nursing Care». De ulike begrepene og hvilke som er brukt i denne studien beskrives i vedlegg 1, oppsummering av søkeord. Det er ulikt hvilken utdanning som skal til i de enkelte land, hvor lang utdannelsen er og hvem som blir ansatt i hjemmesykepleien. I Norge er det både sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte som ikke alltid har en helsefaglig bakgrunn ansatt i de ulike avdelingene (Nordheim og Thoresen, 2015). Utfordringen er løst ved å bruke beskrivelsene helsepersonell og sykepleier i denne studien. Helsepersonell er definert som personell som har autorisasjon eller lisens, eller som utøver helsehjelp. Helsehjelp er enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsforhold (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 1.2.3 Samarbeid i hjemmesykepleien

Det er ikke mulig å ikke-samarbeide i en sosial sammenheng (Lauvås og Lauvås, 2004). Det kan være både konstruktivt og dekonstruktivt. Samarbeid kan beskrives som gruppearbeid, interaktivitet, kooperasjon, lagarbeid, samspill, samvirke og «teamwork» (Gundersen, 1991). Orvik (2004) mener at det ikke er mulig å ta ansvar for syke mennesker uten å samarbeide, og da vil samarbeid være simultant med «å hjelpe til» eller «passe på». Samarbeid kan defineres både som en arbeidsform og en arbeidsnorm (Hamran, 1992). Denne normen gjelder også der sykepleiere arbeider alene, for sykepleiere i for eksempel hjemmesykepleien er avhengig av samarbeid med andre (Orvik, 2004). Samordning kan beskrives som noe mindre enn samarbeid. Det er behov for samordning i forvaltning, behandlingsapparat og virksomheter, og samordning blir fokuset der samarbeid enda ikke er mulig (Lauvås og Lauvås, 2004). Orvik (2004) beskriver at samordning skjer på systemnivå, det kan omfatte tiltak innenfor en organisasjon eller mellom organisasjoner.

### 1.2.4 Tverrfaglig og flerfaglig samarbeid

Flere profesjoner som jobber tett sammen kan defineres som tverrprofesjonelt samarbeid. Det internasjonale begrepet som blir brukt er "interprofessional", og i Norge brukes også

tverrfaglig samarbeid synonymt. Tverrfaglig samarbeid dreier seg om et samarbeid mellom ulike profesjoner om en felles oppgave eller prosjekt. Det tas felles beslutninger, og dette innebærer en integrasjon av faggruppens kunnskap og ferdigheter (Willumsen, 2009).

Flerfaglig samarbeid kan være når flere yrkesgrupper arbeider sammen. Uttrykk som brukes på engelsk kan være "multi-professional", eller "multi-disciplinary". I et flerfaglig samarbeid arbeider faggruppene ved siden av hverandre, eller parallelt med adskilte fagområder. En faggruppe kan også bestemme over en annen, i et hierarkisk forhold, og det trenger ikke nødvendigvis å være kontakt mellom dem. Som regel er det lite fokus på et helhetssyn eller felles ansvar (Willumsen, 2009). Ett eller flere kjennetegn ved en profesjon er at yrkesgruppen har en egen profesjonsetikk. Denne profesjonsetikken kan bidra til å styrke tilliten til profesjonen, og den skal rettlegde i moralsk utfordrende situasjoner (Eide, Grelland, Kristiansen, Sævareid og Aasland, 2003). Ved bruk av «interprofessional» utelukkes de som ikke er profesjonelle, eller har en egen profesjon, som for eksempel assistentene i hjemmesykepleien. Dette kan løses ved å bruke «interdisciplinary», som sees som det mest inkluderende begrepet internasjonalt. I denne studien inkluderes både samarbeid, tverrfaglig samarbeid og flerfaglig samarbeid når begrepet samarbeid brukes. Det er problematisk å avgrense til tverrfaglig eller flerfaglig samarbeid i denne studien da sykepleierne samarbeider med så mange ulike aktører hele tiden. Samarbeid er et dekkende begrep for individnivå i følge Orvik (2004). Samarbeid som begrep i denne studien er mest sammenlignbart med det internasjonale begrepet «interdisciplinary» og vil brukes deretter.

Samarbeid, samhandling og samordning er ulike begreper som brukes i helsevesenet i Norge. Begrepene kan sies å være på ulikt nivå (Orvik, 2004). Samarbeid er rettet mot individnivå, det kan komme til uttrykk i fortløpende uformell kontakt mellom enkeltpersoner (Orvik, 2004). Samhandling beskrives av Orvik (2004) som mer forpliktende enn samarbeid. Det er en konkret handling, noe som skal gjøres sammen og bygger på et ideal om likeverd mellom ulike profesjoner. Samhandling skal sikre flyt i ulike arbeidsprosesser og det foregår på individnivå, men forutsetter at enkeltpersoners handlinger er koordinerte. Samordning er på organisasjonsnivå og betegner et varig og formalisert samarbeid innen den enkelte organisasjon eller mellom organisasjoner (Orvik, 2004).

### 1.3 Samhandlingsreformen

Det har etter innføring av Samhandlingsreformen (2009) i Norge vært et økende press på hjemmetjenestene i kommunene. Det legges opp til at det er kommunene som skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Et kommunalt tilbud hvor pasienten bor hjemme vil være mer kostnadseffektivt, samtidig som tilbudet gis nær tjenestene som skal følge pasienten over tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Sykepleiere oppgir at det er langt flere pasienter enn tidligere som kommer fra sykehuset til hjemmesykepleien etter at reformen tredde i kraft (Gautun og Syse, 2013). I følge Hallandvik (2002) rettes det kritikk mot helsetjenestene fordi pasientene ofte møter en oppdelt helsetjeneste. Dette innebærer kontakt med mange ulike instanser og helsearbeidere. Hallandvik (2002) beskriver at helsetjenestene befinner seg i spenningsfeltet mellom hensynet til spesialisering og hensynet til koordinering av helsetjenester. Ved behov for langsiktig pleie og omsorg, med mer diffuse lidelser og flere lidelser samtidig beskrives behovet for samarbeid størst (Hallandvik, 2002).

I Riksrevisjonens administrative rapport (2010) beskrives det at det er mange medisinske aktører involvert i helsetilbudet til eldre pasienter. Det er også mangler i forbindelse med samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike aktørene i tillegg til at det finnes ulik medisinsk informasjon om de forskjellige pasientene (Riksrevisjonen, 2010). Reinnleggelser i sykehus kan være et uttrykk for at pasienter blir skrevet ut for tidlig fra sykehus og samarbeidet ikke er godt nok mellom de ulike tjenestene (Gautun og Syse, 2013). Det kommer frem at det er flest pasienter som re innlegges fra hjemmesykepleien, noe som kan tyde på stort press og at samarbeid og koordinering ikke fungerer godt nok her (Gautun og Syse, 2013).

I en undersøkelse utført av NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) svarer halvparten av informantene at eldre hjemmeboende har fått et redusert tilbud etter innføring av Samhandlingsreformen (Gautun og Syse, 2013). Med denne reformen var det et mål å få til bedre samarbeid om pasienter med behov for tjenester fra både sykehus og kommune. Informantene mener at det ikke har blitt bedre samarbeid i tillegg til at deres arbeidsbelastning har økt (Gautun og Syse, 2013). Sykepleierne oppgir at de synes samarbeidet med sykehuset er dårligere etter innføringen av Samhandlingsreformen. Noen av

utfordringene i følge Gautun og Syse (2013) omhandler medisiner, hjelpemidler og tilstrekkelig informasjonsoverføring.

En aldrende populasjon har betydning for at helse- og omsorgssektoren er under økt press i for eksempel Europa, USA og Asia. En av mulighetene for å minske pågangen i ulike institusjoner er at pasientene bor hjemme lenger, i motsetning til å motta pleien i institusjon (Bossen, Christensen, Grönvall og Vestergaard, 2013). Målet med Samhandlingsreformen (2009) er å bedre samarbeidet mellom ulike nivå i helsetjenesten, samt effektivisere behandling av pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Foruten å vektlegge folkehelse og folkehelsearbeid gjennom vedtak om en ny folkehelselov er Samhandlingsreformen basert på forebygging og desentralisert tjenesteyting via blant annet lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Allertsen og Jensen, 2014). Med vektlegging av folkehelse og forebygging i samfunnet er det også forutsetninger for at folkehelsetilstanden kan styrkes (Allertsen og Jensen, 2014). Det sees et økt behov for samarbeid, samhandling og samordning i helsevesenet.

#### 1.4 Eldre hjemmeboende

Hos gamle er det ofte et komplekst sykdomsbilde som innebærer utfordringer innen diagnostikk, behandling og rehabilitering (Laake, 2008). Nye generasjoner eldre vil komme til og erstatte de som går foran. I følge Daatland og Solem (2011) vil de nye generasjonene trolig stille høyere krav til standard, individualitet og selvbestemmelse enn generasjonen før. Et mål for norsk helsetjeneste er å sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Et av den norske regjeringens satsningsområder er et velferdsløft for eldre og syke. Regjeringen (2014) beskriver at de eldre og pleietrengende fortjener et bedre helse- og omsorgstilbud. Det ønskes å satse på kvalitet og aktivitet for å gi de siste årene meningsfullt innhold (Regjeringen, 2014).

Eldreomsorgen har i de senere år i Norge vært preget av kritikk fordi det oppfattes en krise, og hjemmetjenester blir i økende grad prioritert til yngre pasienter i omsorgsboliger, og tilgangen for de eldre blir da knappere. Ressursinnsatsen har allikevel økt noe, og det kan sees en tendens mot en mer selektiv fordeling, der tjenestene blir gitt til færre som har større behov (Daatland og Solem, 2011). Det har vært stor enighet om at det er behov for å styrke omsorgstjenestene. De hjemmeboende pasientene trekkes frem som de med størst udekt behov, da hjemmebaserte tjenester ofte er knappe og kun dekker praktiske behov (Daatland



og Solem, 2011). Eldre som bor hjemme og ønsker det påpeker viktigheten av naboer, å inneha en viss uavhengighet og selvstendighet samt å leve i et hjem de er følelsesmessig knyttet til (Bossen et al., 2013; Liveng, 2011).

### 1.5 Organisering av hjemmetjenester

Når det samarbeides i hjemmesykepleien har organisering av de ulike tjenestene betydning hvor hvordan samarbeidet blir utført på både organisasjons- og individnivå (Fjørtoft, 2006). I Norge er hjemmesykepleien organisert med ulike variasjoner i de forskjellige kommunene, med bakgrunn i styrende lovverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). I hele den vestlige verden er New Public Management (NPM) innført som en markedsliberal reformbølge og er en samlebetegnelse for styringstrekk som er implementert (Hallandvik, 2002; Bjørnsdottir, 2009; Stolt og Winblad, 2009). En hovedtrend i reformen er å legge stor vekt på «managementrollen» i styring innen offentlig forvaltning, noe som blant annet innebærer at ledere skal ha stor frihet til å ta beslutninger i de ulike virksomhetene. NPM innebærer også konkurranseutsetting og privatisering samt bruk av bestiller-utførermodellen i tillegg til krav om mål- og resultatstyring (Hallandvik, 2002; Bjørnsdottir, 2009; Stolt og Winblad, 2009; Rostgaard, 2012). Den økonomiske tenkningen er sentral, og det er et prinsipp i NPM at budsjetter skal overholdes til enhver pris. Norge har vært noe mer nølende enn for eksempel New Zealand og Australia til å omfavne NPM-tankegangen, og dette har ført til at fokuset på kostnadseffektivitet har blitt et supplement til de tradisjonelle forvaltningshensynene (Christensen og Lægreid, 2007). NPM har medført at kommunene i Norge står fritt til å velge organisatoriske løsninger innen pleie- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

Bestiller-utførermodellen er en del av NPM. Modellen har fått stor utbredelse innen offentlig sektor og brukes innen helse- og omsorgstjenestene. Wollscheid, Eriksen og Hallvik (2013) beskriver at målet med en bestiller-utfører modell er økt kostnadseffektivitet, mindre byråkrati og å øke rettsikkerheten for omsorgsmottagerne. Det blir trukket frem utfordringer med modellen som omhandler problematiske rutiner og uflexible avtaler. Det sees også en utfordring i å tilby tjenester etter pasientens endrende behov (Wollscheid et al., 2013).

Bestiller-utførermodellen sentralt er å skille den styrende delen av den offentlige forvaltningen fra den som utfører tjenestene (Hallandvik, 2002; Rostgaard, 2012). År 2008

oppgå 33 norske kommuner at de hadde innført en bestiller-utførermodell for hjemmebaserte tjenester (Hovik og Stigen, 2008). Når saksbehandlingsressursene samles kan det bidra til å effektivisere forvaltning og styrke rettssikkerheten for både de som søker og mottar tjenester. De som utfører tjenestene skal da kunne fokusere på å tilby kvalitativt gode tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Ofte er det de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som har størst behov for den helheten godt samarbeid medfører. Det som er felles for denne pasientgruppen er at det er utfordrende for den ansatte i hjemmesykepleien å møte den enkeltes behov alene. Fjørtoft (2006) sier at det må arbeides for å sikre et godt samarbeid på tvers av yrkesgrupper og tjenester.

I følge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) skal kommunene for å sikre et helhetlig tilbud til pasientene utarbeide individuell plan til alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre som yter tjenester om denne planen. I tillegg skal det i følge loven tilbys en koordinator til den enkelte pasient med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette skal sikre koordinering av tjenestetilbudet og oppfølging av individuell plan (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

### 1.6 Samarbeid i hjemmesykepleien

Primærhelsetjenesten sees som en hjørnestein i helsetjenestene i Norge (Eide et al., 2003). Kommunene har fått ansvar for flere og mer omfattende oppgaver, og dette stiller nye krav til de som utfører tjenestene. Det kommer frem at kommunene mangler faglige ressurser og det blir da viktig at de eksisterende ressursene utnyttes, og at det samarbeides (Hamran og Moe, 2014). Det har i de siste tiårene skjedd endringer i samfunnet, helsepolitikken og helsetjenestene. Helse- og sosialtjenestene i kommunene har fått ansvar for flere og mer omfattende oppgaver (Fjørtoft, 2006). Det stilles nye krav til tjenesteutøvernes arbeidsmåter og kvalifikasjoner når oppgaver og arbeidsfordeling endres (Hamran og Moe, 2014). Den forventede veksten i behov for helsetjenester har i størst grad blitt lagt til kommunene. Hjemmesykepleien er regulert i kommunehelsetjenesteloven, og der stilles det krav til medisinske og sykepleiefaglige ressurser (Hallandvik, 2002). Det kommunale tilbudet til pasienter i hjemmesykepleien er oppdelt, og det mangler på både kompetanse og ressurser rettet mot opprettholdelse og bedring av funksjon, i tillegg til manglende koordinering og samkjøring av tjenestene (Moe og Hamran, 2014). Det er mange ulike medisinske aktører involvert i helsetjenestetilbudet til eldre hjemmeboende pasienter, og undersøkelser viser at det er mangler i samarbeid og kommunikasjon mellom disse (Riksrevisjonen, 2010). Flere av

kommunene og sykehusene i Norge har opprettet ulike formaliserte former for samarbeid for å kunne bedre pasientflyten og samarbeidet nivåene imellom. Ambulante team i kommunen og intermediære avdelinger på sykehuset er eksempler på dette (Riksrevisjonen, 2010).

Arbeidet i hjemmesykepleien kan sees som diffust i samfunnet generelt, og de som arbeider i hjemmesykepleien arbeider ofte alene hjemme hos pasienten (Drinka og Clark, 2000). Drinka og Clark (2000) mener at selv om det kan være bra i mange sammenhenger, kan det være et hinder når det kommer til komplekse pasientsituasjoner. Det bør være en felles faglig forståelse mellom de involverte aktørene i et samarbeid, og den organisatoriske kompetansen må ikke undergraves (Hamran og Moe, 2014). Hjemmesykepleien har behov for systemer med integrerende problemformulering der det kan foregå en kontinuerlig kommunikasjon (Drinka og Clark, 2000). Et eksempel er «tele-care», som gir mulighet for samarbeid mellom ulike helsetjenester, mellom tid og sted, og som åpner for at leger og sykepleiere på sykehus og i ulike institusjoner kan behandle pasienter i deres eget hjem (Bossen et al., 2013).

#### 1.6.1 Sykepleieren i hjemmesykepleien

Det er flere paragrafer i lovverket og etiske retningslinjer som beskriver sykepleierens ansvarsområde, og som skal virke styrende i sykepleierens handlingsvalg (Fjørtoft, 2006). Faglig forsvarlighet, krav til organisering, taushetsplikt og opplysningsplikt, meldeplikt og dokumentasjonsplikt kan nevnes her (Jacobsen, 2006). Rammeplan for sykepleierutdanningen viser at sykepleierfunksjonen består av flere elementer (Regjeringen, 2008). Det er både et selvstendig ansvar for egne oppgaver, og et selvstendig ansvar for delegerte oppgaver. Pleie, omsorg og behandling er fremtredende for hjemmesykepleien, men sykepleieren som arbeider her bør også inneha kunnskap i helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, yrkesetikk, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning, organisering og ledelse, samt politikk og lovverk (Regjeringen, 2008). I følge Fjørtoft (2006) må sykepleieren i hjemmesykepleien være i stand til å handle der og da i en kompleks og uforutsigbar hverdag. Selv om arbeid i andre sitt hjem stiller krav til å finne kreative løsninger, krever det også et bredt kunnskapsgrunnlag (Fjørtoft, 2006). Det betyr også at faglig kompetanse må inneholde kunnskaper om andre aktører og ferdigheter i samarbeid (Moe og Hamran, 2014).

Drinka og Clark (2000) mener at det innen geriatrikks omsorg er en tendens til at de som arbeider med pasientgruppen er uuttannede eller har lavere utdannelse, da filosofien bak kan

sees som at det er der de gjør «minst skade». Disse forfatterne mener også at det er en utfordring, for når dyktige profesjonelle arbeider med geriatrike pasienter så har de kapasitet til å skape gode team. Men individet må også kunne stole på seg selv. Øresland (1999) sier at det for å utvikle god selvtillit og få andres tillitt er grunnleggende å kunne uttrykke egne følelser, som videre gir økt tro på seg selv, og med det en bevissthet over egne bruksområder og ressurser. Ressursene kan da brukes det til det beste for seg selv og andre, og dette kan igjen være med på å utvikle en kompetanse som fører til at det er enklere å fungere i ulike situasjoner. Øresland (1999) mener også at det å sette seg inn i andres følelser og ha forståelse for ulike handlingsmønstre er en forutsetning for å samarbeide effektivt. Det er viktig å inneha kompetanse om samarbeid, kunne fungere i samspill med andre, løse oppgaver i grupper og raskt kunne bytte oppgave og samarbeidspartner (Øresland, 1999). Dette gjelder ikke minst i hjemmesykepleien.

### 1.7 Studiens hensikt og problemstilling

Pasienter som mottar pleie- og omsorg i eget hjem møter mange ulike yrkesgrupper, og sykepleiere er ofte den yrkesgruppen som har helhetsbildet av den omsorgen som disse pasientene har behov for (Fjørtoft, 2006; Bjørnsdottir, 2009; Øresland, 2011). For sykepleieren i hjemmesykepleien sees det at det er mange ulike aktører å forholde seg til, det kan være både innad i avdelingen og ut i kommunen, til sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, pasienter og pårørende (Fjørtoft, 2006). Eldre som mottar helsetjenester er en befolkningsgruppe som vil ha mange og nye behov for tjenester og dermed behov for flere typer samarbeid mellom de som tilbyr helsetjenestene (Goodman et al., 2011). Imidlertid er det få studier som beskriver hvordan sykepleiere konstruerer samarbeidet i hjemmesykepleien mellom dem selv og andre yrkesgrupper. Heller ikke forskning vedrørende hvordan sykepleiere posisjonerer seg i dette samarbeidet virker det som er studert (vedlegg 3).

Hensikten med denne studien er derfor å undersøke hvilke posisjoner sykepleieren i hjemmesykepleien konstruerer i samarbeidet med annet helsepersonell.

Å forske på samarbeid og fremfor alt hvilke posisjoner sykepleiere konstruerer i dette samarbeidet er viktig for både den enkelte sykepleier og de pasientene som har behov for helsehjelp. De ansatte i hjemmesykepleien arbeider ofte selvstendig (Fjørtoft, 2006). Ved å undersøke det komplekse samvirket det er i et samarbeid kan sykepleierne gis noen verktøy å arbeide videre med. Det kan også gi nyttig informasjon om hvordan samarbeidet i

hjemmesykepleien påvirkes av de posisjonene sykepleierne konstruerer i samarbeid med annet helsepersonell samt rette fokus mot områder som er bra for så å kunne videreutvikle disse, i tillegg til å kunne gi en indikasjon på ulike forbedringspotensialer.

Videre i studien er det ikke rettet fokus mot litteratur som omhandler eldre spesielt, men eldre pasienter er den største gruppen pasienter i hjemmesykepleien og de er også ofte svært hjelpetrengende. Tendensen er at flere eldre mottar hjemmesykepleie enn tidligere, og hjemmesykepleien handler i stor del om omsorg for eldre pasienter (Abrahamsen og Svalund, 2005). Sykepleierne har særlig fokus rettet mot de eldre i samfunnet (Monsen og deBlok, 2013).

Problemstillingen er:

Hvilke posisjoner konstruerer sykepleierne i hjemmesykepleien i samarbeidet med annet helsepersonell?

Dette er en diskursanalytisk studie. Forskningsspørsmål som stilles i en diskursanalyse kan være mange og varierte. Forskningsspørsmål som brukes i denne studien er relatert til språkkonstruksjon og språkfunksjon, og hvordan språket påvirker det sosiale (Potter og Wetherell, 1987).

Forskingsspørsmålene er:

Hvordan posisjonerer sykepleierne i hjemmesykepleien seg i samarbeidet med annet helsepersonell?

Hvilke etiske implikasjoner følger av sykepleiernes posisjonering?

## 1.8 Oppgavens disposisjon

Denne studien består av 7 kapitler. Det er en innledning, en beskrivelse av et teoretisk rammeverk, et kapittel med metode og design, et resultatkapittel, diskusjon av resultater, metodekritikk og en konklusjon. Kapittel 1.0 består av innledningen. I kapittel 2.0 beskrives det teoretiske rammeverket, med bakgrunn i sosialkonstruksjonisme. Det er valgt å bruke diskursanalyse som analysemetode i studien, og ulike tilganger og verktøy beskrives i dette kapittelet. Kapittel 3.0 inneholder en presentasjon av metode og design for studien. Her er en forklaring på hvordan studien er utført i praksis. I resultatkapittelet, kapittel 4.0, vil funnene som analyseres frem presenteres og begrunnes. I kapittel 5.0 diskuteres resultatene av studien. Kapittel 6.0 om metodekritikk tar for seg kritikken av anvendt metode, og hva som

kan kritiseres og påpekes med ulike valg gjort i denne studien. En konklusjon der resultatene av studien sin betydning for praksis, samt forslag til videre forskning presenteres i kapittel 7.0.

Søkeprosessen i denne studien presenteres i vedlegg 2. Etter et systematisk søk i utvalgte databaser plukkes det ut 5 artikler som beskrives nærmere i kapittel 1.9, 1.10 og 1.11.

### 1.9 Tidligere forskning på samarbeid i hjemmesykepleien

Helse- og omsorgstjenestene møter krav om stadig økt kostnadseffektivitet, en aldrende befolkning og økte forventninger til effektivitet og kvalitet på gitt omsorg- og pleie (Bossen et al., 2013). Organisering av hjemmesykepleie til eldre mennesker kan utføres på flere ulike måter. Høy fleksibilitet, høy ekspertise og subjektivt tilpasset tidsbruk kan identifiseres som indikatorer på god kvalitet i gitte tjenester, noen ganger motstående til spesifiserte eller standardiserte instruksjoner (Wollscheid et al., 2013).

Pårørende og hjemmesykepleien utfører forskjellig arbeid hjemme hos og for pasienten, men erfarer stor usikkerhet rundt koordinasjonsprosesser og samarbeid for eldre hjemmeboende (Bossen et al., 2013; Carrier, 2012). Omsorg for hjemmeboende kan være psykisk stressende, å ha en oversikt kan lette dette stresset for både de pårørende og helsepersonell som har ansvar for situasjonen (Bossen et al., 2013). Ulike hjemmetjenester må koordineres og for å klare det må pårørende og hjemmetjenesten ha jevnlig kontakt. I følge Bossen et al. (2013) skjer det ofte via håndskrevne lapper hjemme hos pasienten, eller med «ad-hoc» telefonsamtaler. Bossen et al. (2013) viser også i sin studie at det kan være vanskelig å lese gjennom de ulike pleieplanene hjemme hos pasientene, ettersom det er tidkrevende og det er utfordrende å vite om beskjeder er lest eller ikke av andre i tillegg til at ulike håndskrifter må tydes. Bakken, Larsen, Lindberg, Rygh, og Hjortdahl (2007) viser i sin studie at innad i de ulike avdelingene i hjemmesykepleien skjer også informasjonsutveksling muntlig eller ved bruk av «gule lapper».

Ved samarbeid mellom hjemmesykepleie og sykehus viser en studie til at epikrisen fungerte som eneste form for dokumentasjon på medikamenter, og disse ble kun sendt unntaksvis. Når det ble samarbeidet med legevakten var det ikke noen form for formaliserte rutiner for informasjonsoverføring, til hjemmesykepleie, sykehjem eller fastlege (Bakken et al., 2007). Legevakten sendte heller ikke ut epikriser. Ved samarbeid med sykehjem hadde ikke

hjemmesykepleien formaliserte, ensartede rutiner selv om det oppstod samarbeid ved innlegging og utskrivning av pasienter. Fastlegene hadde ikke avtaler eller rutiner for informasjonsoverføring til hjemmesykepleien. Rutinene varierte selv om hjemmesykepleien samarbeidet med alle de ulike instansene i kommunen (Bakken et al., 2007). Samarbeid innen og på tvers av ulike nivåer er en av de store utfordringene i helsetjenesten (Bakken et al., 2007). Det kan være en utfordring for sykepleieren i hjemmesykepleien ikke å ha essensiell informasjon fra samarbeidende helsepersonell når en stor del av ansvaret innebærer å ivareta pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte (Tønnessen og Nordtvedt, 2012).

Bakken et al. (2007) mener også at for mye og for lite hjelp blir vurdert gitt til pasienter og det blir gitt feilaktige instruksjoner fra saksbehandlere til hjemmetjenesten. Saksbehandlere arbeider på kommunens bestillerkontor og vurderer og evaluerer tjenester som innvilges hjemmeboende pasienter. Det er også rettet kritikk mot at hjemmetjenesten har blitt for standardisert og alle skal ha lik hjelp, selv om det ikke lar seg gjennomføre i praksis (Wollscheid et al., 2013). Saksbehandler innvilger tjenester som til sammen tar lenger tid enn hjemmetjenesten har tilgjengelig. Upresise bestillinger av saksbehandler basert på ett hjemmebesøk, mangel på kommunikasjon med bestillerenhet og mangel på ressurser i hjemmetjenesten kan være indikatorer på mangelfull kvalitet i gitt pleie- og omsorg (Wollscheid et al., 2013). I følge Carrier (2012) forventet saksbehandlere ulike situasjoner til de blir mer komplekse og utfordrende heller enn å forebygge. De har heller ikke kapasitet til å etablere langsiktige pleie- og omsorgsplaner som dekker behovene til eldre, skjøre pasienter (Carrier, 2012).

### 1.10 Organisering av hjemmesykepleien

Det er saksbehandler som arbeider ved bestillerkontoret sitt ansvar å koordinere ulike tjenester rundt pasienter som mottar hjemmesykepleie, i samarbeid med de som arbeider i hjemmesykepleien. Dagsenter, polikliniske behandlinger, rehabilitering, korttidsopphold på geriatriske institusjoner, hjemmehjelp, apotek, hjelp til matlevering og bistand fra frivillige er noen eksempler på tjenester som kan koordineres av saksbehandleren (Carrier, 2012). Målet med å ha en koordinator er i følge Carrier (2012) å oppnå bedre kontinuitet i oppfølgingen for både pasienten og tjenestene rundt. Det sees at saksbehandlingen feiler med det viktigste målet for generell koordinasjon, som er å være proaktiv og kontinuerlig (Carrier, 2012).

I en organisasjonsmodell fra den nederlandske byen Burtzoorg er det sykepleierne som har det totale ansvaret for sine pasienter, døgnet rundt. Det er teamet som selv bestemmer hvordan de ønsker å organisere hverdagen (Tholens, 2014(a)). Burtzoorg-modellen er selvstyrte team av sykepleiere som virker i et privat marked. Modellen ble først utprøvd i 1999 og fungerte som en reaksjon mot et system som prioriterte papirarbeid og strengt regulerte pleie- og omsorgstilbud fremfor tid brukt i direkte pasientkontakt (Monsen og deBlok, 2013).

Burtzoorg-teamet tar ansvar for pasienter med behov for hjemmetjenester og samarbeider med familie, andre helsetjenester og ressurser i samfunnet for å kunne hjelpe pasientene å beholde sin selvstendighet i et minst mulig begrenset miljø. Sykepleierne har fokus rettet mot de eldre i samfunnet. Et eksempel fra denne modellen er sykepleiere i Amsterdam som laget et ukentlig radioprogram som formidlet ulike oppdateringer om nabolagets «helsenyheter», aktiviteter, livemusikk og pasientintervjuer. Andre sykepleiere skriver jevnlig artikler som publiseres lokalt, for eksempel om ulike tiltak for mobilisering av pasienter med demenssykdom (Monsen og deBlok, 2013).

Den organisatoriske strukturen i modellen er bygget på et system for sosial funksjon, med et miljø med gjensidige tillit og samarbeid som inkluderer belønningssystemer, kommunikasjonssystemer, beslutningsprosesser, informasjonsflyt og systemer for godtgjørelse (Monsen og deBlok, 2013). Monsen og deBlok (2013) beskriver at Burtzoorg-modellen kan implementeres i andre land og Burtzoorg International er opprettet for å gi støtte til slike initiativer i andre land. Det er et eksempel fra Sverige og ett fra USA på at dette er gjort (Monsen og deBlok, 2013). Denne modellen kan overføres til Norge, men krever tillitt til at ansatte i hjemmesykepleien kan løse utfordringer selv, det kan kreve deltidsarbeid og høy grad av fleksibilitet (Tholens, 2014 (b)).

Implementasjon av saksbehandler som koordinator med et mer organisert «standby-mode» som koordinerer samhandling mellom ulike institusjoner vil i følge Carrier (2012) kunne gi et udiskutabelt gjennombrudd for måten hjemmebaserte tjenester blir koordinert. Det argumenteres for en mindre uformell og mer systematisert måte å koordinere på for å optimalisere de ulike prosessene så de er åpne for flerdimensjonalitet. Det må integreres en bredere og mer inkluderende kontinuitet fra det lokale nettverket (Carrier, 2012).

### 1.11 Informasjonsteknologi i hjemmesykepleien



Det er rettet et betydelig håp fra både regjeringer og private aktører i de fleste land i både Europa og Nord-Amerika til ulike IT (informasjonsteknologi)-verktøy for å kunne møte ulike krav og forventninger til helsevesenet. En sentral del av innsatsen går mot å bygge en infrastruktur i helsevesenet som fokuserer på elektroniske pasientjournaler. Et annet fokusområde er å få den spesialiserte pleie- og behandling sett i sykehus over til kommunene og inn i pasientenes hjem via «tele-care» og smarttelefoner (Bossen et al., 2013). Web-løsningen i Burtzoorg-modellen ble utarbeidet over et år i samarbeid med sykepleierne som skulle bruke det (Monsen og deBlok, 2013). CareCoor er et nytt IT -verktøy som har blitt testet i en kommune i Danmark. Det er utviklet og endret underveis ved hjelp av tilbakemeldinger fra hjemmetjenesten og pårørende til de eldre pasientene som mottar hjemmetjenester (Bossen et al., 2013). Ulik teknologi kan være med på å øke samarbeid, kommunikasjon og bevissthet for de ulike partene som deltar i å gi pleie- og omsorg (Bossen et al., 2013). En felles elektronisk plattform er et steg i riktig retning, men det kan også oppstå problemer og nye feilkilder ved innføring av slik teknologi. Korrekte opplysninger om pasienters medisiner er vanskelig og tidkrevende å få tak i, ikke bare for legene men for de ulike omsorgstjenestene (Bakken et al., 2007). Noe av kritikken rettet mot bruk av informasjonsteknologi i pasientenes hjem retter seg mot at det kan gjøre pasienten mindre selvstendig, føre til redusert sosial kontakt, sosial isolasjon, depresjon, mangel på kontroll over eget liv, da trekkes spesielt teknologi som overvåker og vurderer frem (Milligan ref. i Bossen et al., 2013).

## 2.0 TEORETISK RAMMEVERK

For å forstå metode og resultat i denne studien er det behov for et teoretisk rammeverk. Det vil først i dette kapittelet presenteres ulike etiske perspektiver, og med det trekkes sammenhenger til dagens samfunn. Her tas det utgangspunkt i Aristoteles og dydsetikken fremstilt av Birkler (2003) og Øresland og Lützén (2014) sin presentasjon av omsorgsetikk. Omsorgsetikk brukes for å diskutere resultatene i studien. Videre vil studiens epistemologiske grunnlag presenteres, deretter følger en beskrivelse av ulike tilganger til hvordan språk kan studeres.

### 2.1 Etikk i samarbeidsrelasjoner

I samarbeidsrelasjoner der det handles i kraft av yrke og handlingen vil påvirke en annen er det behov for gjennomtenkt etikk (Vaags, 2003). Etikk og moral handler om normer og vurderinger. Eksempler kan være meninger om hva som er bra eller dårlig, godt eller ondt, sant eller usant (Øresland og Lützén, 2014). Det enkelte individ har et moralsk ansvar og selv om mangel på ulike ressurser, som tid og annet helsepersonell kan brukes som forklaringer på hvorfor ting er som de er noen ganger, kan de ikke brukes som moralsk unnskyldning for dårlig oppførsel. Mennesket har alltid et valg mellom å handle godt eller å la vær, i tillegg til makten å krenke eller respektere andre mennesker (Øresland og Lützén, 2014).

### 2.2 Etske perspektiver

Etikken har bakgrunn i praktisk filosofi. Tradisjonelt er de ulike etiske teoriene inndelt i metaetikk, normativ etikk og deskriptiv etikk (Øresland og Lützén, 2014). Innen metaetikken er det de ulike grunnvalg for moralske vurderinger som diskuteres. Normativ etikk innebærer ulike etiske systemer som kan brukes i for eksempel yrkeslivet, for eksempel hvilken vei man bør velge for å handle rett. Den beskriver hva man bør gjøre og hvilke etiske prinsipper som skal være veiledende i spesielle situasjoner. Pliktetikk er et eksempel på en normativ etikk. Et annet eksempel er konsekvensetikk. Nytteetikken (utilitarisme) er en form for konsekvensetikk, og handler i hovedsak om å balansere ulike menneskelige interesser og kan hjelpe til med i praksis og «måle» frem hvilken handling som vil være mest nyttig. Den handlingen som er mer nyttig enn unyttig vil være handlingen som er moralsk god (Øresland og Lützén, 2014). Dydsetikken er også en normativ etikk. Her baseres ulike valg på erfaring, vaner og å handle praktisk klokt. Dydsetikken fokuserer på den som utfører handlingene og

dyder kan forstås som betegnelser på hva det innebærer å være god og å handle godt. Valget og situasjonen er ofte spesifikk og kan være et valg mellom ytterligheter (Øresland og Lützn, 2014).

### 2.3 Dydsetikk

Aristoteles mente at vi bør leve opp til vårt formål, hvert enkelt menneske bør etterstrebe og aktualisere sitt fulle potensiale (Birkler, 2003). Som menneske kreves det at vi grundig overveier hva som er målet med egne handlinger. Noen ganger kan vi handle over målet, og andre ganger under, et enkelt eksempel kan være at vi noen ganger spiser for mye og andre for lite. Hvis målet er å bli mett, kan det være lettere å bedømme hvor stor mengde med mat det er behov for. Som menneske må vi gå dydens vei for å så skape et godt og lykkelig liv, mente Aristoteles (Birkler, 2003). Dydsetiske handlinger relateres at en bestemt person i en bestemt situasjon selv må bedømme og finne dyden i midten eller «den gylne middelvei», det som er mellom for mye og for lite. Dette kan vi oppnå ved hjelp av oppdragelse og tilvenning (Birkler, 2003). Det er ikke meningen at dydene skal leves etter konstant, men om vi er på vei ut i uføret så skal dydene tre inn og vi skal bli moralske vesener. Dette krever en omstillingskompetanse, om situasjonen krever det. Samtidig er mennesket fornuftig, derfor er det ikke nok å vite hva som er den gode handling, eller dyden, men vi skal kunne treffe et valg og handle etter det (Birkler, 2003).

Der det snakkes om profesjonalitet som «dyder» er ikke dyden noe som kommer i tillegg til fagutøvelsen, å gjøre en god jobb som for eksempel sykepleier kan sees som å realisere eget potensial i praksis (Wifstad, 2013). Om ulike krav kommer i konflikt med hverandre kan den enkeltes moralske integritet settes på prøve. Dette kan eksempelvis være lojalitet til avdelingen og hvordan den drives og lojalitet ovenfor pasientene. Samvittigheten kan sees som et moralsk kompass som ofte får utslag i dårlig samvittighet, skam, skyld eller anger. Det betegner en slags selvrefleksjon, men kan også komme brått på i interaksjon med andre. Samvittighet handler om å forholde seg til det man mener er rett og følge opp å gjøre det man er overbevist om er riktig (Wifstad, 2013). Hver enkelt situasjon er særegen, og etikken som følger av denne kan ikke bestemmes av regler alene (Eide et al., 2003). Regler og normer er viktige, men situasjonens karakteristikker stiller spesielle krav som vil påvirke det moralske. Hvert mellommenneskelig møte er en unik situasjon (Eide et al., 2003)

### 2.4 Omsorgsetikk

Med bakgrunn i filosofisk teori har forskere i biomedisinsk etikk hatt en tendens til å fokusere på høyprofilerte medisinske tilfeller (Varcoe et al., 2004). Varcoe et al. (2004) mener det har vært lite oppmerksomhet rettet mot hverdagslige etiske utfordringer og enda mindre mot «sykepleie-etikk». En omsorgsteoretisk tilnærming har fokus på ulike relasjoner og ansvar, for eksempel mennesker, miljø, samhold og profesjon (Øresland og Lützén, 2014). Beslutninger baseres på å identifisere valg og handlinger som støtter og beholder relasjoner. Det sees som et individuelt ansvar (Øresland og Lützén, 2014). Individets spesielle funksjon og relasjoner belyses når sykepleieren har en omsorgsetisk tilnærming og det argumenteres med et innblikk i de ulike nyansene i hver enkelt sin unike situasjon (Øresland og Lützén, 2014). Det sees som et viktig utgangspunkt for å vurdere ulike argumenter som medfører forskjellige konsekvenser for den enkelte.

Omsorgsetikken handler ofte om hverdagslige situasjoner der for eksempel sykepleiere møter mennesker med ulike livsvilkår som befinner seg i et avhengighetsforhold til dem (Øresland og Lützén, 2014). Det kan være en utfordring, for etiske situasjoner som oppstår i den daglige praksisen for sykepleiere blir ofte tilsidesatt og avvist som vanlig, eller til og med ikke sett som «etisk» (Benner, Tanner og Chesla, 1996; Nortvedt, 1998; Johns, 1999; Woods, 1999; Scott, 2000; Smith og Godfrey, 2002). Det vil i de enkelte unike situasjonene være et valg for sykepleieren med mulighet for å gå ut i fra den enkelte situasjonen og se hvert enkelt menneske som et menneske, med egen fornuft, følelser, identitet og historie (Øresland og Lützén, 2014). Samtidig er sykepleieren en moralsk agent som arbeider i en skiftende moralsk kontekst (Varcoe et al., 2004). Sykepleiere må arbeide mellom ulike konkurrerende verdier og interesser (Varcoe et al., 2004). Varcoe et al. (2004) beskriver at det kan oppstå både en faglig, men også en dypt personlig kamp der identiteten blir forsøkt opprettholdt som moralsk agent, ved å gjøre det som sees «godt». Med bakgrunn i det enkelte mennesket og den spesielle situasjonen er det mulig å handle bevisst ut i fra det som «sees» og med det bekrefte menneskets individualitet og behov (Øresland og Lützén, 2014). Det arbeides hele tiden mellom egen identitet og verdier, verdiene i organisasjonen de arbeider i og i tillegg mellom egne verdier og andres verdier. De kontekstuelle kreftene kan begrense sykepleierens måte å velge og å handle på som sees etisk. Sykepleieren navigerer mellom disse etiske utfordringene (Varcoe et al., 2004). Det etiske ansvaret starter med å forstå avhengighetsforholdet pasienten har til helsetjenestene, og innebærer et ansvar for at pasienten skal oppleve relasjonen med gjensidig respekt (Øresland og Lützén, 2014). Beslutninger og ulik valg som tas av sykepleieren i den enkelte situasjonen forutsetter en

kritisk refleksjon over hva som er rett og galt og godt eller ondt. Dette i tillegg til hvordan handlingene motiveres av ulike språklige etiske verktøy (Øresland og Lützn, 2014). Etikk i sykepleiepraksis kan være både måten å være på og en måte å handle på. Kunnskap om etisk praksis kan medføre at praksisen utvikler seg samtidig med at sykepleieren utvikler egen bevissthet om seg selv som moralsk agent (Varcoe et al., 2004). Varcoe et al. (2004) mener at sykepleierens identitet som moralsk agent er nøkkelen til utviklingen av en etisk praksis.

## 2.5 Teoretisk grunnlag – metodologi

Den ytterste hensikten med denne studien er å oppnå ny og viktig kunnskap som kan bedre pleie og omsorg, og problemstillingen som leder studien er å undersøke hvilke posisjoner sykepleieren i hjemmesykepleien konstruerer i samarbeidet med annet helsepersonell. For å få svar på denne problemstillingen vil en diskursanalytisk tilnærming bli brukt.

Vitenskapsteoretisk hviler en slik tilnærming på en sosialkonstruksjonistisk vitenskapsfilosofi (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

## 2.6 Sosialkonstruksjonisme og diskursanalyse

Denne studien er basert på sosialkonstruksjonistisk filosofi. I følge Burr og Winther Jørgensen og Phillips bygger sosialkonstruksjonisme på fire premisser; 1) Språket spiller en avgjørende rolle i den sosiale konstruksjonen av identiteter, relasjoner og kunnskap, 2) dette inkluderer en kritisk oppfatning om kunnskapens utspring, det vil si, kunnskap kan ikke umiddelbart oppfattes som absolutt sann eller falsk ettersom vi oppfatter virkeligheten gjennom våre egne begreper (Burr, 1995; Crowe, 1998; Winther Jørgensen og Phillips, 1999; Crowe, 2005). Når vi snakker om noe, for eksempel hjemmesykepleie, bruker vi begreper som ofte er relatert til sykepleie, eksempelvis kvinner, pasienter og omsorg. Antagelsene i disse begrepene påvirker hvordan vi oppfatter og forstår hjemmesykepleie. 3) Hvordan vi forstår og oppfatter verden er historisk og kulturelt betinget. Ingen posisjoner eller roller er permanente; de er konstruert som et resultat av fusjoner mellom individenes selvilde og sosialt institusjonelle normer om hvordan individet skal være og hvordan det skal oppføre seg, og konstrueres språklig. Dette «identitetsbegrepet» kalles for en subjektposisjon (Burr, 1995; Crowe, 2005; Edsley, 2001). 4) Det finnes en kobling mellom kunnskap, sosiale prosesser og handlinger. Forståelsen av vår virkelighet og skapelse av kunnskap er konstruert i sosiale interaksjoner der vi utvikler normer om hva som er sant og falskt, rett og feil (Crowe, 1998). Oppsummert utgår diskursanalyse fra en sosialkonstruktivistisk, epistemologisk filosofi (Burr,

1995; Winther Jørgensen og Phillips, 1999; Øresland, 2008). Termen diskurs kan oversettes til «en måte å snakke om og forstå verden på» (Winther Jørgensen og Phillips, 1999 s. 9), og er ofte brukt som en term for å undersøke diskurser og identiteter som er koblet til hvordan individers erfaring historisk og sosialt (kontekstuell) og språklig er konstruert (Crowe, 2005).

Winther Jørgensen og Phillips (1999) beskriver tre tradisjoner innenfor diskursanalyse; diskursteori, diskurspsykologi og kritisk diskursanalyse. De tre tilnærmingene deler noen nøkkelp prinsipper for hvordan «språk» og «subjekt» skal forstås (Burr, 1995). De tre ulike tilnærmingene deler også en målsetning om kritisk forskning, samt om utforskning og kartlegging av maktrelasjoner i samfunnet. Forskjeller i de tre ulike tilgangene kan sees i at diskurspsykologi og kritisk diskursanalyse i større grad knytter seg opp mot hverdagslivets diskurser enn diskursteorien (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

Det kan sies at det ikke er noen metode for diskursanalyse i måten det tradisjonelt er tenkt om metode. Det som finnes er et bredt teoretisk rammeverk som beskriver diskurs og språkets betydning for det sosiale, sammen med et sett av forslag til hvordan diskurs best mulig kan bli studert og hvordan det kan overbevises om at funn er reelle og har betydning (Potter og Wetherell, 1987). Diskursanalyse er en rekke tverrfaglige og flerfaglige tilganger av metoder og verktøy som kan brukes på flere ulike måter og i forskjellige sammenhenger. De diskursanalytiske tilgangene kan kalles en «pakkeløsning», for diskursanalyse skal ikke brukes løsrevet fra den teoretiske og metodiske helheten (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Sentralt innen all diskursanalyse er å se etter retoriske mønstre i data. I denne studien benyttes induktiv, kvalitativ metode for datainnsamling (Olsson og Sørensen, 2003). Dette for å få svar på følgende problemstilling: Hvilke posisjoner konstruerer sykepleierne i samarbeidet med annet helsepersonell i hjemmesykepleien?

I denne studien vil diskurspsykologi og kritisk diskursanalyse presenteres og brukes. Potter og Wetherell's (1987) teori om identiteter (subjekt) og hvordan diskurser (språklig) konstruerer dem vil brukes for å forstå hvordan subjektet posisjonerer seg som subjektposisjon. Som analyseverktøy for dette vil «binariteter» brukes for å undersøke retoriske språklige mønstre i data. En teoretisk beskrivelse av dette vil presenteres senere i teksten. Fairclough's (2003) kritiske diskursanalyse med dens lingvistiske krav til hvordan konstruksjon av subjekt og subjektposisjon skjer språklig vil brukes som lingvistisk analyseverktøy, og også som et hjelpemiddel for å undersøke det retoriske språklige (Winther

Jørgensen og Phillips, 1999). Hvordan underliggende maktstrukturer har betydning i diskurser tas opp i presentasjonen av binaritetene. Det teoretiske rammeverket i denne studien brukes sammenfatningsvis med bakgrunn i Winther Jørgensen og Phillips (1999), Burr (1995), Fairclough (2003), Potter og Wetherell (1987) og Øresland (2011).

## 2.7 Diskurspsykologi – subjektforståelse og subjektposisjoner

Diskurspsykologien ble utviklet innen sosialpsykologien som en kritikk av og utfordring til kognitivismen (Potter og Wetherell, 1987). Med en diskurspsykologisk tilgang handler det om hvordan tekster og talt språk konstruerer og rekonstruerer verden. Disse konstruksjonene tar utgangspunkt i ulike sosiale handlinger og skal ikke forklares med bakgrunn i kognitive prosesser som tenkning, sansing og resonnering (Potter og Wetherell, 1987). Språket er en dynamisk form for sosial praksis som former den sosiale verden, som verdensbilder, sosiale subjekter og relasjoner.

Diskurspsykologien er en form for sosialpsykologi, som har blitt utviklet i en særlig form i diskursanalyse. Dette for å undersøke relasjonene mellom individer og gruppers betydningsdannelse og handling på den ene siden, og bredere samfunnsmessige strukturer og prosesser på den andre siden. Sentralt fokus innen diskurspsykologi er identitet (Potter og Wetherell, 1987; Burr, 1995). Identiteten er ustabil og delt fordi den inntas i ulike diskurser og med ulike forutsetninger. Diskurspsykologien oppfatter identiteter som diskursive (Potter og Wetherell, 1987). Det vil si at det avvises at folk har en fast identitet, ettersom vi skaper og gjenskaper vår sosiale identitet uavbrutt språklig. Dermed konstruerer vi også vår sosiale posisjon. Denne «identitetposisjoneringen» kaller Potter og Wetherell (1987) for «subjektposisjon».

Subjekter er det samme som subjektposisjoner i en diskursiv sammenheng. Det finnes alltid et utvalg posisjoner subjektene kan innta i de ulike diskursene (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Menneskets handlinger er konkrete og individuelle, men en del av en kontekst og sosialt forankret. De vil derfor inneha en viss regelmessighet. Individer blir satt i bestemte posisjoner av de ulike diskursene for subjektet er fragmentert, det posisjoneres ikke bare ett sted av en diskurs, men i mange ulike posisjoner og ulike diskurser (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

## 2.8 Individuell og kollektiv identitet

Alle teoriene innen diskursanalyse er kritiske overfor oppfatningen av mennesket som et autonomt subjekt (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Kollektiv identitet er basert på forestillingen om felles identitet og er hentet fra diskurspsykologien (Potter og Wetherell, 1987). Subjektiviteten er fragmentert, derfor opplever ikke folk nødvendigvis at de deler faste interesser eller har tilknytning til bestemte grupper (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Individuell og kollektiv identitet er organisert etter de samme prinsippene i den samme diskursen, det brukes for eksempel samme begreper som i tidligere nevnte eksempel med begreper relatert til hjemmesykepleie, som kvinner, pasienter og omsorg. Antagelsene i begrepene påvirker hvordan vi oppfatter og forstår hjemmesykepleie. Det betyr at mennesker fra samme sosiale gruppe kan innta samme identitet, eller subjektposisjon. En subjektposisjon kan derfor også sees kollektiv (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

Potter og Wetherell er via sin modell innen diskurspsykologien interessert i de ideologiske virkningene av folk sine ulike versjoner av verden (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Ideologi defineres som diskurser som kategoriserer verden på ulike måter og er med på å legitimere og opprettholde sosiale mønstre. Potter og Wetherell (1987) sin teori tar avstand fra «makt» som noe folk besitter, og betrakter som i kritisk diskursanalyse ideologi som en praksis og makt som er diffus og diskursivt organisert. Diskursens ideologiske innhold kan bedømmes ut i fra virkning eller effekt. Visse diskurser kan ha som effekt å fremme en gruppes interesse på bekostning av en annen (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

## 2.9 Binariteter

Et hensiktsmessig analyseverktøy i diskursanalyse er binariteter (Øresland, 2011). Ord er i seg selv tomme og gir mening bare i relasjon til en spesifikk kontekst og i relasjon til andre ord, for eksempel gjennom binære opposisjoner (Voss, 1977). Binariteter gjør teksten fyldigere og får frem detaljer i språket som ikke nødvendigvis sees ved første øyekast (Voss, 1977). Binariteter viser motsetninger i tekster og maktforhold oppdages i polarisering av begrepene (Øresland, 2011). Begrepene på den ene siden gir positive assosiasjoner i forhold til begrepet på den andre siden. Binariteter kan være gjensidig utelukkende for hverandre, som enten/eller. Et eksempel kan være: åpen – lukket. De kan også dannes av begreper som i utgangspunktet er like, med de innholdsutfylles av ulike verdier, som mer/mindre. Et eksempel på det kan være: tilgjengelig – mindre tilgjengelig. En subjektposisjon bygges opp av binariteter som bygger ekvivalenskjeder, det vil si ulike begreper som er knyttet til



hverandre i relasjon til hva en subjektposisjon er eller ikke er – som en «kjede av motsetninger» (Øresland, 2014). Ekvivalenskjedene oppsummerer ulike uttalelser fra intervjuene i ord som er beskrivende til og utfyller binaritetene. De kan lages så lange som forskeren ser det hensiktsmessig for å utfylle en subjektposisjon (Øresland, 2011).

## 2.10 Kritisk diskursanalyse

Winther Jørgensen og Phillips (1999) presenterer Fairclough sin kritiske diskursanalyse som en tilgang til diskursanalyse. Kritisk diskursanalyse representerer en utvikling av diskursbegrepet og har spesielt fokus på sosiale prosesser for endring. Det kritiske aspektet i dette analyseverktøyet peker på en spesifikk oppfatning av vår sosiale praksis (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). I kritisk diskursanalyse er det et mål og analytisk vise hvordan underliggende maktstrukturer har betydning i det virkelige liv. Et sentralt tema i kritisk diskursanalyse er sosial forandring, og målet er å påvise diskursens rolle i sosiale forandringsprosesser. Det er også et mål å gjøre en faglig begrunnet plattform for å utøve samfunnskritikk tilgjengelig (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Språkbruken må vurderes opp mot (den sosiale) konteksten den inngår i. Fairclough (2003) anser diskurs som både konstituerende og konstituert av sosial praksis. Det trekkes alltid på betydninger som allerede er etablert (Fairclough, 2003). Fairclough (2003) sin kritiske diskursanalyse blir i denne studien brukt som inspirasjon i en lingvistisk analyse (vedlegg 6).

## 2.11 Konstruksjon, funksjon og variasjon av språket

Språket konstruerer det sosiale, noe som innebærer at språket fyller ulike funksjoner og språket dermed varieres etter behov. En stor del av våre handlinger blir utført via språket, og språket er så sentralt for alle sosiale aktiviteter at det er lett å ta det for gitt. Kommunikasjon innebærer abstrakte oppfatninger, handlinger og begivenheter i tillegg til logiske avgrensninger av personer som deler et sammensatt, symbolsk representasjonssystem (Potter og Wetherell, 1987). Språk er ikke bare en kode for kommunikasjon, men er involvert i prosesser som innebærer tenking og resonnering. Studier av hvordan mennesker konstruerer det sosiale språklig, og hvordan språket varieres for å fylle ulike funksjoner er viktig, for det er en enkel form for interaksjon mellom mennesker. De fleste former for sosial interaksjon involverer å snakke sammen eller å lese hva andre har skrevet, og språket kan derfor beskrives som et medium for handling (Potter og Wetherell, 1987).

Potter og Wetherell (1987) beskriver et viktig aspekt ved diskursanalyse som i praksis går ut på at mennesker bruker språket til «å gjøre» ting, som å gi ordre og spørre om noe, tale eller anklage. Når språket brukes for å oppnå en bestemt effekt konstruerer mennesket språket etter hva som ønskes oppnådd. Det å spørre om noe, gi ordre, tale eller anklage kan uttrykkes direkte, eller det kan sees som en fordel å være mer subtil i enkelte sammenhenger, som for eksempel for å sette seg selv i et fordelaktig lys. Potter og Wetherell (1987) bruker et eksempel: hvis det uttrykkes to beskrivelser av et spesifikt menneske, så vil vi forvente at det varierer med bakgrunn i hvilke følelser personene som beskriver har for dette individet. Hvis man liker mennesket, velges det gjerne ut positive beskrivelser, men noen som misliker det samme individet kan bruke helt andre beskrivelser, eller være uenig i det som er beskrevet av den som liker mennesket. Det som skjer er at mennesker bruker språket i sosial konstruksjon (Potter og Wetherell, 1987). Et eksempel på dette kan være: En sykepleierstudent har jobbet som vikar i hjemmesykepleien under sin utdanning. Hun har som ferdig utdannet sykepleier fått fast jobb i den samme avdelingen. Hun har gjennom sin arbeidstid i avdelingen kommet med forslag til endringer, og hun er en person med en tydelig og sterk personlighet som sier høyt det hun mener. Noen av de andre ansatte liker henne, men andre igjen er ikke så glad i hennes væremåte og de medfølgende konsekvensene. I den første uka på jobb som sykepleier gjør hun en feil, og en annen sykepleier oppdager det. Sykepleieren som oppdager det misliker endringer, og beskriver den nyutdannede sykepleieren som en som gjør feil og ikke kan jobben sin, forteller andre kollegaer om feilen og konstruerer med det et bilde av en «dårlig» sykepleier. En annen sykepleier i avdelingen som liker at avdelingen har ansatte som kan si i fra når noe er galt opplever at den nyutdannede sykepleieren kommer med et forslag til forbedring av rutiner. Hun er positiv til endringen og beskriver den nyutdannede sykepleieren som kreativ og et godt bidrag til avdelingen.

Begrepet «konstruksjon» er treffende av tre grunner: 1) For det første minner det oss på at fortellinger om ulike hendelser har kommet fra et utvalg språklige ressurser som allerede eksisterer. Et eksempel kan være: I helsevesenet generelt er det ulike termer som brukes og er mer vanlige enn andre. I hver avdeling finnes også ulike forkortelse og språkbruk som er vanlig, og som de som arbeider der er kjent med. De brukes da også i rapporter i vaktskifter. 2) For det andre innebærer språklig konstruksjon en aktiv utvelgelse der noen språklige ressurser er inkludert og andre er refusert, det tas aktive valg av fortelleren. For eksempel kan være at det på sommeren velges å gi mer detaljerte rapporter som er forenklet i språkbruken for at vikarer forstår hva som blir sagt og ment. 3) Til slutt kan det å være bevisst at språket

brukes til å konstruere være et hjelpemiddel for å kunne se de potensielt påfølgende konsekvensene av det som fortelles (Potter og Wetherell, 1987). Et eksempel kan være: «Stakkars gamle Olga i 4., hun er ikke helt seg selv i dag». Når dette blir uttrykt i vaktskiftet kan det språklig ha medfølgende konsekvens at den som skal til Olga neste gang er mer observant for diffuse symptomer eller gjør en ordentlig undersøkelse av henne, men også at denne personen kommer med en innstilling om at det er synd på gamle Olga, og hun får mer hjelp enn hun har behov for eller ønsker. Språkbruken får betydning i praktisk handling.

Begrepene «funksjon» og «variasjon» innebærer hvordan mennesket bruker språket for å konstruere ulike beskrivelser av det sosiale. De ulike fortellingene konstruerer virkeligheten (Potter og Wetherell, 1987). Mye av sosial interaksjon er basert på å handle om mennesker som er opplevd kun i spesifikke lingvistiske versjoner. Det er viktig å nevne at det er variasjon i beretninger, fordi de ulike formene av beskrivelser kan være bevisst utvalgt i enkelte situasjoner, men personen kan også bare gjøre det som føles naturlig heller enn å ha en intensjon om å bestemme seg for hvilken type språk som passer best (Potter og Wetherell, 1987).

## 2.12 Språklige hjelpemidler for å analysere tekst

Det finnes ulike måter å fortelle noe på, både via tekst og tale. For å spesifisere ytterligere, beskriver Potter og Wetherell (1987) at man kan bruke «*accounts*», som kan oversettes til «å redegjøre for», som hjelpemiddel. Et eksempel på dette er: Hvis du blir oppdaget når du gjør noe rart, som å plassere undertøyet på hodet, vil det kunne oppstå et ønske om å «*account for your behavior*» (Potter og Wetherell, s 74). Dette kan være å forklare at du prøver ulike påkledninger til et selskap der du skal kle deg ut. Hvis forklaringen er vellykket, vil oppførselen oppfattes som mindre rar. Denne typen forklaringer («*accounts*») er interessante fordi de er svært vanlige i språkbruken.

Austin (1961) har beskrevet noen påstander om denne formen for språklige uttrykk, et eksempel er «*unnskyldninger*». Han mener det er to viktige grunner for å studere «*unnskyldninger*». For det første oppstår de i sammenhenger der det har oppstått en feil eller brudd i normal oppførsel, så å studere bruken kan være med på å tydeliggjøre hva som er normalt. Det kan i en viss grad belyse hvordan den sosiale orden blir opprettholdt i et samfunn. Den andre grunnen for å undersøke «*unnskyldninger*» er deres betydning for å

forstå årsaken bak handlingen. Austin (1961) sitt viktigste bidrag sees som den klare linjen han dro mellom bruk av to typer «*accounts*», «*rettferdiggjøring*» og «*unnskyldninger*». Hvis noen blir beskyldt for å gjøre noe galt, er dette de to alternativene som sees tilgjengelige for personen. De kan enten tilby en «*rettferdiggjøring*» av hendelsen, eller komme med en «*unnskyldning*». Scott og Lyman (1968) kritiserer at både «*rettferdiggjøring*» og «*unnskyldninger*» er konvensjonelle handlinger, de har en standard form og hører til i visse sosialt akseptable vokabularer. Mennesker finner ikke på disse «*accounts*», men henter de fra en rekke allerede eksisterende ressurser. De språklige hjelpemidlene vil brukes som analyseverktøy i denne studien.

### 2.13 Forforståelse

Balanse mellom nærhet og avstand, deltager eller tilskuer er viktig i kvalitativ forskning (Olsson og Sørensen, 2003). Det er en hermeneutisk relasjon mellom forsker og informant. Et viktig begrep innen hermeneutikken er forforståelse, og det betegner kunnskapen eller erfaringen forskeren har om området som blir undersøkt (Olsson og Sørensen, 2003). Intervjueren kan ha tidligere kunnskap eller samtidig kunnskap om miljøet der intervjuene foretas. Da kan intervjueren lettere få en følelse av hva den som blir intervjuet vil snakke om. Fortrolighet med situasjonen fra intervjueren sin side kan også skjerpe følsomheten for etiske og politiske problemer som skal overveies når intervjuene utføres eller rapporteres (Kvale og Brinkmann, 2012). Forskeren må sette seg selv og egen kunnskap til side så godt det lar seg gjøre så egne vurderinger ikke overskygger analysen. Det må i størst mulig grad forsøkes å skape en avstand til materialet (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Når hjemmesykepleien velges som utgangspunkt for studien må egen bakgrunn og interessefelt beskrives. Egen tidligere erfaring som sykepleier i hjemmetjenesten medfører ulike inntrykk og erfaringer. Det kan være både positivt og negativt for valg av tema for denne studien. Det kan være enklere med forståelse og gjenkjennelse i situasjoner sykepleierne forteller om. Ulike forkortelser og ord som blir brukt av de ansatte kan umiddelbart forstås, det er ikke behov for å spørre om mer utfyllende beskrivelser, men det innebærer at det samtidig kan trekkes forhastede slutninger med bakgrunn i egen erfaring. Det kan gi mulighet til både å gå dypere inn i det de intervjuede sier, de kan uttale seg på en annen måte fordi de antar at de møter forståelse, men det kan føre til at det er momenter som blir utelatt med bakgrunn i nettopp det at de har antagelser om at deres forståelse er delt (Kvale og Brinkmann, 2012). Det er viktig å opprettholde en profesjonell avstand, og å være bevisst dette når forsker kan identifisere seg med informantene, når det deles den samme kollektive identitet (Potter og Wetherell, 1987).

### 3.0 DESIGN OG METODISKE VALG

Som beskrevet innledningsvis er det få studier som har undersøkt sykepleierens posisjon i samarbeidet med annet helsepersonell i hjemmesykepleien. Denne studien vil derfor være et bidrag i den retning og kan være positiv for utvikling av helsetjenester til eldre hjemmeboende pasienter og de som arbeider med dem. Studien er basert på åtte intervjuer med sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien.

#### 3.1 Utvalg og rekruttering

Et utvalg av informanter skal være representativt for problemområdet som undersøkes. Everett og Furseth (2012) påpeker at det bør velges informanter som kan gi mest mulig informasjon. I hjemmesykepleien arbeider ulikt helsepersonell som for eksempel sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter uten helsefaglig utdanning. Helsepersonell i hjemmesykepleien samarbeider også med annet helsepersonell, for eksempel fysioterapeut og ergoterapeut, eller med andre yrkesgrupper som prest og ulike utstyrsleverandører. Inklusjonskriterier for denne studien innebærer at informanten er sykepleier, arbeider i hjemmesykepleien og har et språk og en språkforståelse som gjør at deltageren best mulig kan forstå informasjonen som blir gitt skriftlig og muntlig. I hjemmesykepleien kan det være utfordringer med utskiftende personale, sykdom, tilgjengelig tid og turnusarbeid (Fjørtoft, 2006). For å finne tilgjengelige informanter utføres det er søk på internett via søkemotoren Google, med søkeordet «hjemmesykepleie» og navn på nærliggende kommuner. I første treff er kontaktinformasjonen til en tilfeldig avdelingsleder for en avdeling som tilbyr hjemmesykepleie. Kommunen er i geografisk nærhet til Oslo, noe som er praktisk med tanke på kjøreavstand, tid og ressurser tilgjengelig. Tidspunkt og sted for presentasjon av studien og rekruttering av deltagere blir avtalt med avdelingsleder via mail. Sykepleiere fra tre ulike avdelinger i hjemmesykepleien i kommunen inkluderes. Det gjøres med hjelp av avdelingsleder, som gir forespørselen videre til de andre avdelingslederne i samme kontorlokaler som stiller med sykepleiere. Det er noen av sykepleierne inkludert som er til stede når studien presenteres, og noen navn står på en liste som avdelingsleder sender i etterkant av presentasjonen.

Potter og Wetherell (1987) påpeker at ved bruk av diskursanalyse sammenlignet med meningsmålinger så kan ti kvalitative intervjuer gi like mye informasjon som flere hundre innsamlede svar. Det er med bakgrunn i dette et utgangspunkt på ti respondenter. Antall informanter er i løpet av de tre dagene med intervjuer redusert fra 10 til 8. Dette på grunn av

en misforståelse en av dagene som gjør at tre av sykepleierne som er vurdert inkludert ikke er på jobb. Derfor spørres en annen sykepleier som møter inklusjonskriteriene og hun stiller opp på kort varsel. Det oppleves at et antall på 8 gir fyldige data som kan brukes som grunnlag for å se etter retoriske mønstre og utføre en diskursanalyse. Det vil si at informasjonen som er nødvendig for å ta studien til neste nivå er oppnådd sett i lys av hvor mye tid og ressurser som er tilgjengelig og derfor blir det ikke gjort flere intervjuer i ettertid. Er økt antall respondenter vil utover et visst punkt ikke kunne tilføre særlig ny kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2012).

### 3.2 Rekruttering av deltagere

Det inkluderes deltagere fra tre ulike avdelinger i hjemmesykepleien i samme kommune, alle voksne utdannede sykepleiere som snakker norsk. Samtykkeskjema underskrives før intervjuene gjennomføres. Det legges vekt på å informere flere ganger om muligheten for å trekke seg i ettertid uten at det medfører negative konsekvenser. Det med bakgrunn i at flere signerer samtykkeskjema under presentasjonen av studien der flere fra samme sosiale gruppe er til stede (Kvale og Brinkmann, 2012).

### 3.3 Datasamling og gjennomføring av intervjuer

Hensikten med studien er å undersøke hvilke posisjoner sykepleieren i hjemmesykepleien konstruerer i samarbeidet med annet helsepersonell. Det legges stor vekt på intervju som metode innen kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann, 2012). Det gjøres et valg om å gjennomføre enkeltintervjuer av sykepleiere. Datasamlingen utføres i september 2014. På forhånd utføres et pilotintervju som varer i omtrent 30 minutter. Dette for å vite omtrent hvor lang tid intervjuene tar og for å kunne gi informasjon om det til avdelingsleder som skal sette av tid til sykepleierne som deltar. Beherskelse av relevante metoder og strategier har også stor betydning for intervjuet som håndverk og det skal ikke utelukkende settes lit til personlig intuisjon i et forskningsintervju (Kvale og Brinkmann, 2012). Intervju som arbeidsform er ikke innarbeidet og en oppfriskning før det gjennomføres i forbindelse med studien sees som en fordel. Pilotintervjuet som gjennomføres i forkant gir svar på omtrentlig tidsbruk og spørsmålene i intervjuguiden friskes opp i minnet og kan brukes mer dynamisk i den reelle intervjusituasjonen.

For et forskningsintervju eller intervjuundersøkelse finnes det ingen standard eller regler for utførelse, men enkle standardtilnærminger velges for de ulike trinnene i prosessen. Prosessen for forskningsintervju i denne studien er inspirert av Kvale og Brinkmann (2012) sine syv

stadier. Dette forløpet kan hjelpe til med å bevare engasjement og den opprinnelige visjonen gjennom potensielle problemer, og er spesielt egnet for uerfarne intervjuforskere. Når det velges enkeltintervjuer er det med bakgrunn i at det er mer rom for å snakke fritt uten at flere hører hva som blir sagt. Det kan da potensielt gi mer nyttige data (Kvale og Brinkmann, 2012). I tillegg er det praktisk og gjennomførbart da det kan være utfordrende å samle mange sykepleiere som arbeider turnus til ett tidspunkt. Enkeltintervjuer har den fordel at det er rom for at forskeren har en aktiv rolle i datasamlingen (Kvale og Brinkmann, 2012). Med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 10) er det mulig å få intervjuene dynamiske og semi-strukturerte, noe som er ønskelig.

Intervjuene starter med et spørsmål som dreier seg om en konkret situasjon. Videre brukes ulike oppfølgingsspørsmål for å få deltagerne til å utdype det de svarer ved behov (Kvale og Brinkmann, 2012). Intervjuene gjennomføres på 20-30 minutter. De tas opp på diktafon og med ekstra taleopptak på telefon i tilfelle det skjer noe uforutsett med det tekniske utstyret. Det gjøres skriftlige notater etter hvert intervju samt en oppsummering av dagen helt til slutt. Det er for å ha skriftlig de ferske inntrykkene som fort kan havne i bakgrunnen ved videre arbeid (Kvale og Brinkmann, 2012). I resultatkapittelet benevnes sykepleierne som intervjues med bokstaver og tall i etterkant av sitatene, for eksempel (*int. A1*). Intervjuene inkludert er benevnt *A1, A2, A3, B1, B2, B3, C3 og D3*.

### 3.4 Koding

I en kvalitativ analyseprosess er koding og kategorisering essensielt (Kvale og Brinkmann, 2012). Prosessen starter med åpen koding av datamaterialet, noe som er anbefalt av Potter og Wetherell (1987). Data kodes i denne studien ved å bruke markeringspenner i ulike farger som kategoriserer tekstutdrag og sitater fra intervjuene. Målet med kodingen er å gjøre datamengden håndterlig, det er en forberedelse til analyse (Potter og Wetherell, 1987). Noen ganger er det ikke alltid fenomener kommer frem i kodingen før noe analyse er utført og det er gjort forsøk på en teoretisk tolkning av data (Potter og Wetherell, 1987). Spørsmålet som veiledet analysen av data var: Hvilke binariteter bygger ekvivalenskjedene som konstruerer subjektposisjonen i samarbeidsdiskursen? I denne studien er det en kontinuerlig prosess med koding og analyse av data for å gjennomføre både den retoriske og lingvistiske analysen.

### 3.5 Analyse

Analysen i studien er inspirert av Potter og Wetherell (1987), Fairclough (2003) og Øresland (2011). Det er ikke så lett å formidle prosessen for analyse abstrakt i et diskursanalytisk perspektiv. Ferdighetene det er behov for utvikles underveis ettersom det gjøres forsøk på å forstå tekst og å finne og beskrive de ulike funksjoner teksten har (Potter og Wetherell, 1987). Avgrensningen av diskursen gjøres ikke kun analytisk, for avgrensningene respondentene forsøker å foreta er en viktig del av selve diskursen. Neuman (2001) trekker frem at det kan lages diskursanalyse av materiale som ikke har vært i generelt omløp og som er klassifisert. Det gjøres i denne studien, da analysen tar utgangspunkt i anonymiserte intervjuer.

Den lingvistiske analysen er inspirert av Fairclough (1992; 2003) og brukes for å identifisere lingvistiske retoriske mønstre. Potter og Wetherell (1987) sin teori om subjektposisjoner, ekvivalenskjeder og binariteter samt den retoriske analysen, beskrivelsen av «å gjøre» er brukt i utvalget av tekst fra transkripsjonene. Det brukes også «accounts», eller «unnskyldning» og «rettferdiggjøring» i analysen (Austin, 1961). Det identifiseres hvilke funksjoner som er felles for beskrivelsene av når sykepleierne sier de «gjør noe», «unnskylder» seg ovenfor noen eller «rettferdiggjør» en handling, hvilke situasjoner det forbindes med og hvilke konstruksjoner av virkeligheten som kommer ut av det. Konstruksjoner av binariteter i ekvivalenskjeder er inspirert av Øresland (2011). Binariteter er med på å gjøre teksten fyldigere, det brukes i studien som en metode for å analysere og organisere tekst. Den retoriske analysen vises i vedlegg 7, binaritetene illustreres i vedlegg 5.

Metoden som er brukt for å analysere binariteter som «bygger» subjektposisjonen er inspirert av Øresland (2011). Binaritetene er analysert på to ulike nivåer. Det finnes «hoved-binariteter» som er analysert frem ved hjelp av andre binariteter i ekvivalenskjeder. «Hoved-binaritetene» oppsummerer «under-binaritetene» som innebærer en mer detaljert beskrivelse av analysen. «Hoved-binaritetene» og «under-binaritetene» danner ekvivalenskjeder som bygger subjektposisjonen. Metodologisk, i følge Potter og Wetherell (1987) skal et diskursanalytisk forskningsarbeid vise til en sammenheng og hvilke konsekvenser det kan ha for menneskers sosiale liv. Derfor presenteres resultatet under overskrifter som sees beskrivende for sykepleierens hverdag, ikke som «under-binariteter». På denne måten vises hvilke konsekvenser sykepleierens fortellinger har for deres praktiske arbeid. En annen grunn til at det gjøres på denne måten begrunnes med at Potter og Wetherell (1987) også mener at målet for dokumentasjonen og presentasjonen av studien er å gi leseren



en forståelse av forskerens tolkning av analyse. Denne måten å presentere kapittelet på er en del av den teoretiske- og metodologiske «pakken» diskursanalyse ifølge Winther Jørgensen og Phillips (1999) er.

De ulike underkapitlene i resultat-kapittelet har overskrifter som indikerer at det kun er én person som sier det som en beskrevet, men dette er ment om sykepleierne som en kollektiv helhet. Når for eksempel «jeg ser deg» betyr det at sykepleierne har oppmerksomheten rettet mot den andre. Det er gjort på denne måten for å skape større nærhet til teksten, å gi den mer substans og forsøke å hente tilbake noe av det umiddelbare som skjer i teksten når resultatene presenteres etter analysen.

### 3.6 Lingvistiske verktøy brukt i analysen

Winther Jørgensen og Phillips (1999) beskriver Fairclough sin kritiske diskursanalyse. Den kritiske diskursanalysen tar utgangspunkt i Michael Halliday's funksjonelle grammatikk (Fry og Phillips, 1996). Når praksis blir beskrevet er det interessant å se på hvordan tekst uttrykkes. Det kan undersøkes fra flere ulike vinkler. En måte er å lage en detaljert analyse av tekstenes ulike egenskaper (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Ved hjelp av forhåndsbestemte «redskaper» kan det kartlegges hvordan diskursene iverksettes i tekstene. Fairclough har en rekke redskaper man kan analysere tekster med (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Det er her valgt ut noen av de som beskrives mer utdypende. Det er også hentet inn to verktøy fra diskurspsykologien, «*extreme case formulations*» og «*kontrastering*».

Winther Jørgensen og Phillips (1999) beskriver to viktige elementer fra kritisk diskursanalyse i dybden, «*transivitet*» og «*modalitet*».

*Transivitet* beskriver hvordan subjekter og objekter forbindes eller ikke med ulike begivenheter og prosesser, for eksempel: «50 sykepleiere ble sparket i går». Agenten utelates og oppsigelsen fremstår som et naturfenomen som ingen kan stilles til ansvar for. Det er noe som «bare» skjer uten at noen kan beskyldes eller gis tilbakemeldinger for det (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). *Modalitet* omhandler talerens tilslutning til en setning, og denne tilslutningen kalles «*affinitet*». *Høy affinitet* betyr at den som forteller tilslutter seg utsagnet fullstendig, og *lav affinitet* betyr at som forteller viser avstand til utsagnet. Eksempler på

dette kan være: «Det er kaldt», «jeg synes det er kaldt», «kanskje det er litt kaldt» (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

*Modalitet* kan uttrykkes ved «*hedges*». En *hedge* er når en setning sin påstand blir moderert, for eksempel ved bruk av «liksom», eller «litt» (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Hvilke språklige bilder, eller «*metaforer*», som benyttes i en samtale har konsekvens for de sosiale handlingene (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Et eksempel på en *metafor* kan være: «Vi må få ballen til å rulle». Noen må sette i gang noe for at noe skal skje.

«*Nominalisering*» nedtoner eller utelater den eller de som handler for isteden å understreke effektene av handlingen, for eksempel: «Det var mange som fikk sparken på sykehuset» (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Det er effektene som er viktige, og prosessene som førte til handlingen tilsidesettes.

*Ordvalg* og *grammatikk* vil også være produktivt å analysere for å avdekke diskurser. Utvalg av *adjektiv*, *substantiv* og *verb* kan ved ulik sammensetning av ord endre hele meningsinnholdet. Et utsagn som er isolert fra en større sammenheng kan gi et annet meningsinnhold enn utsagnet har hvis det analyseres i opprinnelige sammenheng. Det kan ha konsekvenser for sosiale handlinger hvilke ord og uttrykk som blir brukt (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

*Extreme case formulations* beskriver noe generelt, som «alltid» eller «alle» (Widdicombe og Wooffitt, 1995). *Kontrastering* innebærer å understreke én sin handling fremfor en annen. Det gjøres ved å understreke den rutinemessige karakteren av den ene sin handling ved å fremheve handlingen som noe «alle» gjør. Handlingen blir da mer overbevisende hvis det i utgangspunktet skulle være en annen oppfatning av denne gruppen mennesker eller handlinger (Winther Jørgensen og Phillips, 1999) (vedlegg 7).

### 3.7 Ethiske vurderinger

Dersom mennesker benyttes som informasjonskilde må lover og normer som garanterer personvern følges. Utfordringer som er knyttet til komplekse mellommenneskelige forhold kan føre til noen etiske problemer (Everett og Furseth, 2012). Vern av personopplysninger for deltagere i studien gjøres på best mulig måte. Det er et bevisst fokus på anonymitet i forbindelse med ordvalg i utvalgte sitater, og det forsøkes å unngå å trekke frem uttalelser i

intervjuene i studien som kan få konsekvenser for den enkelte. Samtidig forsøkes det å få frem det de intervjuede sykepleierne trekker frem som viktig og som sees essensielt for analysen av forsker (Everett og Furseth, 2012). Etiske spørsmål er integrert i alle faser i en intervjuundersøkelse (Kvale og Brinkmann, 2012). Det er sendt inn en søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i forbindelse med denne studien. Søknaden er godkjent (38695, 23.05.2014).

### 3.7.1 Konfidensialitet

Ulike regelverk er med på å beskytte personer som inngår i studier. Taushetsplikten reguleres av en rekke lover og forskrifter, og anonymitet er oppnådd når enkeltpersoner ikke kan identifiseres (Olsson og Sörensson 2003). Noen sitater endres for å unngå gjenkjennelse med bakgrunn i språklige variasjoner. Det gjøres med mest mulig hensyn for å ivareta den umiddelbare meningen med tekstutdraget eller sitatet. Sykepleierne benevnes gjennom studien som «hun». Sykepleierne inkludert i studien er i overfall kvinner, og for å bevare konfidensialiteten for mannlige deltagere velges det å bruke «hun» så ingen sitater skiller seg ut. Hvis pasienten blir nevnt som noe annet enn pasient er det med «han».

Data behandles og oppbevares etter Høgskolen i Buskerud og Vestfold sine retningslinjer. Sykepleierne er identifisert med en bokstav og et tall, og filene der de kan identifiseres er passordbelagt. Lyddopptak destrueres ved innlevering av studien.

### 3.7.2 Konsekvenser

Deltagelse i studien skal ikke skape problemer for eller skade informantene i ettertid (Kvale og Brinkmann, 2012). Åtte deltagere er et lite utvalg, og det kan være mulig for informantene å gjenkjenne ulike tekstutdrag og sitater. Utvalg av tekst og sitater gjøres derfor med hensyn til deres integritet og med bakgrunn i at enkeltpersoner ikke skal oppleve å få tilbakemeldinger for noe som er gjort eller sagt i forbindelse med studien. Det oppleves ikke at dette prosjektet kan ha noen negative konsekvenser for deltagerne.

### 3.7.3 Intervju

Studien er med på å skape virkelighet samtidig som den avbilder den (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Kvaliteten på vitenskapelig kunnskap og etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning er avhengig av forskerens rolle som person. Ved bruk av intervju øker betydningen av forskerens integritet, for intervjueren er selv det viktigste redskapet i datasamlingen (Kvale og Brinkmann, 2012). Forskeren kan øke muligheten for å samle inn

meningsfull informasjon ved å respondere på situasjonen, behandle data umiddelbart, oppklare og summere underveis i studien. Samtidig kan det bli gjort feil, muligheter til verdifull informasjon kan gå tapt og personlig forutinntatthet kan forstyrre (Nilssen, 2012).

I en intervjusituasjon må mange beslutninger treffes på stedet, beslutninger om man for eksempel skal følge opp ny informasjon eller følge intervjuguiden slavisk (Kvale og Brinkmann, 2012). Når intervjusituasjonen oppleves utfordrende brukes intervjuguiden som hjelpemiddel og ikke bare som veileder. Den er et bevisst verktøy for å holde samtalen i gang mellom forsker og informant. Det kan føre til at situasjonen oppfattes mer formell.

Informantene har ulike språklig bakgrunn. Noen snakker norsk flytende, alle snakker forståelig. Setningsoppbyggingen er ulik, og tonefall og nonverbal kommunikasjon kan oppfattes ulikt i forskjellige kulturer. Når det intervjues på tvers av generasjon, kjønn og sosial klasse kan det oppstå problemer med forskjellig språkbruk, ulike gester, og kulturelle normer (Kvale og Brinkmann, 2012). Det er derfor utfordringer med alle deltagere, fordi vi alle er ulike personer med ulik bakgrunn, men samtidig kan ulike språklig bakgrunn utgjøre en større utfordring for videre transkribering og analyse i en diskursanalytisk sammenheng.

#### 3.7.4 Forskerens rolle

I en diskursanalytisk sammenheng er ikke forskerens rolle å finne noe «bak» diskursen i analysen, intensjonen er å finne ut hva informantene virkelig sier og med det hvordan diskursen egentlig er. Det er derfor diskursen i seg selv som er gjenstand for analyse (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Ulike subjektposisjoner eksisterer som deler av diskurser, og av og til som grenseposisjoner. Både en diskursanalytiker og alt annet diskursen består av er konstruert og plassert i en sammenheng. Det fokuseres i studien på å være mest mulig eksplisitt angående egen plassering og hvordan den kan påvirke resultatene (Neuman, 2001).

#### 3.7.5 Transkripsjon

For å velge ut og behandle talte ord er det behov for transkripsjon. Det innebærer at noe nytt blir skapt, men det er en selektiv gjengivelse av det som er sagt. Det blir ikke gjengitt blikk, gester eller holdning (Olsson og Sørensen, 2003). En god transkripsjon er essensiell for en form for analyse som innebærer repeterende lesning av data. Prosessen med å transkribere kan selv være til hjelp ved at det tvinger forskeren til selv å lese data nøye (Potter og Wetherell, 1987). Spørsmål om hvor detaljert en transkripsjon skal være kan være utfordrende å svare på, for mange typer forskningsspørsmål er det viktig med detaljer i timing

og intonasjon. For andre typer ikke fullt så viktig. Et transkribert intervju vil ha like stor betydning for diskursanalytikeren som en forberedt fortelling (Potter og Wetherell, 1987). Transkripsjonen gjøres av forsker og det er skrevet ned ordrett hva som sies i intervjuene. Ulike lyder eller gester skrives også inn i teksten, det settes i parentes om det er uttrykt noe nonverbalt som har umiddelbar betydning for hvordan teksten oppfattes.

#### 3.7.6 Utvalg av tekst

Det er forskeren som bestemmer utvalg til transkripsjon og analyse. Informantene har ikke noe å si i dette arbeidet. Det er også viktig å være bevisst i tolkning av tekst og videre analyse at forskeren selv er en del av den produserte teksten. Forskeren har alltid et eller annet forhold til området som er gjenstand for undersøkelse, og det forholdet er med på å bestemme hva som sees og hva som blir rapportert som resultat (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Forforståelse og egen rolle er utdypet i tidligere kapitler. Betydning av egen rolle er spesifisert i de ulike delene av studien der det sees som viktig å fremheve den med tanke på sammenheng mellom egen bakgrunn og betydning for analyse og resultat.

## 4.0 RESULTAT

Ved hjelp av diskursanalytisk metode har hensikten med denne studien vært å undersøke hvilke posisjoner sykepleierne i hjemmesykepleien konstruerer i samarbeidet med annet helsepersonell. Samarbeidet med annet helsepersonell i denne studien er mellom sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien og andre som arbeider i helsevesenet eller som de samarbeider faglig med i sitt arbeid. Hensikten med studien er å finne posisjonen sykepleierne konstruerer i samarbeid med dem. Resultatet av analysen viser at sykepleierne inntar posisjonen som koordinator i dette samarbeidet. Subjektposisjonen «koordinator» i samarbeidsdiskursen er konstruert av binaritetene: moralsk versus umoralsk, relasjonell versus individuell, selvstendig versus uselvstendig som bygges opp av ekvivalenskjeder og som igjen bygger opp subjektposisjonen koordinator.

### 4.1 Subjektposisjonen «koordinator»

«Koordinator» er et analytisk begrep som ble avdekket i tolkningen og videre analyse av data, ved hjelp av binariteter. Koordinatorposisjonen innebærer hvordan sykepleierne posisjonerer seg i samarbeidet i hjemmesykepleien.

### 4.2 Moralsk – umoralsk

Sykepleierne beskriver ulike valg og situasjoner de opplever i koordinatorposisjonen, i tillegg til hensyn de må ta og ulike faktorer som er med på å påvirke de forskjellige situasjonene i relasjon til disse valgene handler sykepleierne både «moralsk» og «umoralsk». Moralsk innebærer beskrivelser som ansvarstagende, oppmerksom, bryr seg, altruisme og fleksibilitet, Umoralsk innebærer beskrivelser som ansvarsløs, uoppmerksom, egoistisk og rigid. Binariteten moralsk og umoralsk sammenfattes under overskriftene Jeg tar ansvar, Jeg må vite mer, Jeg ser deg, Jeg bryr meg, Meg eller dem, og Jeg er fleksibel.

#### 4.2.1 Jeg tar ansvar

Sykepleieren beskriver at hun tar ansvar og prøver å løse en situasjon med uklar informasjon. Hun prøver å finne ut av samarbeidende helsepersonell sin utydelige informasjon. Selv om det beskrives som «irriterende» ser hun det som sitt ansvar og prøver å få klarhet i medisinerendringene:

*«Også er det for eksempel startet med ny medisin i dag, den blir seponert i morgen, spørsmålsteget etter en uke også vet vi ikke hva vi skal gjøre. Og så må vi endre mye i multidoser og sånn, det tar tid og er litt irriterende» (int. A1).*

En annen situasjon sykepleieren sier hun tar ansvar er hvis pårørende ikke tar ansvar og pasienten har behov for hjelp:

*«Og spesielt hvis det er noen ting som brukeren ønsker, så må man.. Få det til. Enten, hvis det ikke finnes pårørende som kan ordne opp så kan vi ta kontakt.» (int. B3).*

For å kunne hjelpe pasientene har sykepleieren behov for oppfølging fra fastlegen. Når hun ikke får kontakt med legen må hun vente til legen ringer opp igjen eller prøve senere. Dette sitatet beskriver en sånn situasjon:

*«Ehh, og, vi bruker tid på å sitte i kø for å snakke med sekretæren. Også skal vi vente på at legen skal ringe oss opp igjen, også gjør kanskje ikke det. Eller så ringern igjen etter heele lista si, og da har kveldsvakta kommet på. Også er det på en måte, blir det en sånn derre. Blir det en sånn miskommunikasjon da, på hva man er ute etter også får man kanskje ikke riktig svar også må man ringe igjen dagen etter.» (Int. B1).*

Manglende kunnskap om hverandre sin arbeidshverdag, for lite informasjon og kommunikasjonssvikt beskrives som barrierer for samarbeid.

Det kan være en utfordring å koordinere samarbeidet utenom vanlig arbeidstid, som på kvelder og i helgene. Andre samarbeidspartnere stenger kontoret, men sykepleieren jobber og har behov for eksempelvis hjelpemidler. Sykepleieren tar ansvar for at pasientene får dekt sine behov ved selv å hente og kjøre ut hjelpemidler. Så istedenfor å engasjere andre gjør sykepleieren alt selv ettersom det ikke finnes nok ressurser. Eksempelvis kan pasienter bli sendt fra institusjon til lite hensiktsmessige tider for sykepleierne i hjemmesykepleien fordi andre de samarbeider med ikke har åpent eller er tilgjengelige:

*«M-m. vi hakke noe tilgang. Også blir vi værende både utkjører av hjelpemidler og altså... det ikke er kapasitet nok.» (Int. B1).*

I noen situasjoner er sykepleierne avhengig av å samarbeide med annet helsepersonell for å gjøre daglige arbeidsoppgaver:

*«vi var alltid to stykker uansett, da. Vi klarte ikke å løfte han aleine, men vi skal jo ikke løfte heller» (int. C3).*

Sykepleieren forteller at de ikke skal løfte pasienten selv. De er to som samarbeider direkte med pasienten for å klare situasjonen. Hun tar ansvar for sin egen helse ved å følge retningslinjene på tross av at pasienten egentlig ikke ønsker å ha flere der samtidig.

#### 4.2.2 Jeg må vite mer

Det kan også være ulike hindre for å koordinere samarbeid. Mangel på forskjellige ressurser som tid, hjelpemidler og helsepersonell brukes som en gjentakende unnskyldning for ikke å ta ansvar. Det kan også brukes som unnskyldning for mangel på informasjon. En sykepleier beskriver at direkte samarbeid kan være en løsning, men unnskylder at det ikke blir utført med tidspress. Hun mener det er «de» som ikke har tid. Hun vet ikke hvorfor, men antar det er mangel på tid som gjør at det ikke blir et samarbeid:

*«Hvis det er sånn direkte så kan det kanskje bli bedre tenker jeg....Sikkert tidspress, jeg vet ikke. Jeg tenker på tidspress, at de ikke har tid.» (Int. A3).*

Det er flere av sykepleierne som forteller at de er ukjent med hvem de skal kontakte og hvordan for å innlede et tverrfaglig samarbeid. I sitatet nedenfor sier sykepleieren både at hun ringer og at hun ikke har kontaktinformasjonen hun trenger for å ringe:

*«Ja, asså, nei, jeg vet ikke engang om hvor jeg skal ringe hvis jeg skal ha tak i sykehjemslegen.» (Int. A2).*

Noen ganger forsøker sykepleieren å kontakte annet helsepersonell uten å lykkes, som beskrevet i dette sitatet:

*«Og vi prøvde å få fatt i legen, som aldri tok kontakt tilbake. Og det viste seg at det stemte [det som pasienten har sagt], og han hadde jo da endt opp med vanvittige mengder Sobril. For att legen, vi fikk jo aldri kontakt med han der legen.» (Int. D3).*



Mangel på kommunikasjon og måter å kommunisere på beskrives som avgjørende for sykepleieren i koordinatorposisjonen. Sykepleieren får ikke forhindret at pasienten får tilgang på for mye medisiner, hun legger skylden for det på legen som aldri kontaktet dem igjen. Sykepleieren mener det er legen som har ansvar for pasienten sine medisiner, for han bestemmer. I dette sitatet er velger sykepleieren å beskrive at legen kommer på toppen av alt og bestemmer:

*«Også legen som kommer på toppen av alt som skal bestemme over medisiner og alt. Og da ser vi ikke hverandre på en vanlig arbeidsdag, men når vi møtes sånn, da..» (int.A1).*

Sykepleieren skyver ansvaret for medisinene over på fastlegen. Sykehjemslegen har ansvar når han foretar medisinendringer for pasienten ved opphold i institusjon, men sykepleieren får ikke tak i legen. Det kan medføre utfordringer i ettertid. Sykepleieren som uttaler seg vet ikke hvordan hun skal få kontakt med sykehjemslegen, og begrunner dette med at hun ikke har nok informasjon om han eller hvor han er:

*«Ehh, og, jeg skulle ønske det att jeg visste hvor jeg kunne få tak i han hen, jeg skulle ønske jeg visste atte, eller, jeg skulle ønske han, ja det går på det å være tilgjengelig.» (int A2).*

Hun sier hun «skulle ønske» hun visste hvor hun fikk tak i legen. Hun fremstiller det som at hun stiller som koordinator for samarbeidet om hun har nok informasjon, men bruker mangel på tilgjengelighet som en unnskyldning for ikke å innlede samarbeid og ikke ta ansvar.

#### 4.2.3 Jeg ser deg

Sykepleierne forteller at det innimellom blir gjennomført ulike prosjekter eller prøveordninger som de deltar i. En sykepleier beskriver at det er positivt for de som inkluderes:

*« Eh, ja, apoteket har kommet hit da og hatt litt – eh – for oss, også har vi valgt oss noen brukere hver og gått ut og sett på legemiddellistene – gått igjennom og sett om det har vært noen interaksjoner.» .. « Og det.. jada. Og det er jo også sånn som egentlig skal gjøres – eller burde gjøres på alle. Ikke bare de i forsøks, de som vi tok da. Men det er jo den tia, da. Det er det som gjør det vanskelig» (int. C3).*

Tidspress blir brukt som unnskyldning for at ikke alle pasientene får gjennomgått sine medisiner og sett at det er riktig når det ikke er et prosjekt med fokus spesielt rettet mot det. Sykepleieren erkjenner at alle burde fått gjennomgang av medisinene, men gjør ikke noe med det selv.

Sykepleieren er gjerne en av de første som oppdager nye behov hos en pasient. Det krever at hun er oppmerksom. Det kan også være at sykepleieren ikke får arbeidet videre før situasjonen blir tatt tak i. Det utløses derfor et gjensidig avhengighetsforhold mellom flere helsepersonell med pasienten i sentrum. Hun har med det også en grunn til å innta koordinatorposisjonen og innlede samarbeid med annet helsepersonell:

*«Nei, vi kommer jo gjerne hjem til dem og ser at, åj, her mangler det noe.» (int. B1).*

Uoppmerksomhet kan medføre utfordringer. I denne situasjonen har sykepleieren kontaktet annet helsepersonell som har vært hjemme hos pasienten når hun ikke var til stede selv. Hjelpemiddelet har blitt plassert på en måte som vanskelig lar seg bruke av hjemmesykepleien. Sykepleieren forteller at når de ikke «tenker» forebyggende kan det oppstå utfordringer for praksis. Det er ikke alltid det er mulig å forutse alle utfordringer som kan oppstå og fysisk deltagelse eller tydeligere kommunikasjon og oppfølging i samarbeidet er viktig:

*«Atte.. hvordan vi bruker hjelpemidlene dems... og det tenkte ikke vi over heller, før det var et problem. Men plutselig var det et problem, og daa..» (int. D3).*

En annen sykepleier forteller at det var ansatte i andre yrkesgrupper i kommunen som kom til avdelingen for å gi dem informasjon om seg selv. Hun unnskylder at hun ikke fikk med seg denne informasjonen med at hun var opptatt med noe annet på samme tidspunkt:

*«Så der var de, men jeg var opptatt med sykehuset og sånn, så ... Ærlig talt så fikk jeg det ikke med meg ...» (Int. A3).*

#### 4.2.4 Jeg bryr meg

Sykepleierne beskriver i flere sammenhenger at noe av det som det er størst mangel på er tid. De viser også forståelse for at annet helsepersonell kan oppleve det samme. Ved å bruke

«men» som hedge i det påfølgende sitatet kan det antyde at hun allikevel mener de bør finne tid og prioritere situasjonen

*«Så det er jo ikke det at jeg ikke skjønner at de har full timebok. Men....» (int. B1).*

Når pasienten blir satt i sentrum og prioritert sier sykepleieren at det gir mer til alle som er involvert i behandlingen eller oppfølgingen. Sykepleieren bryr seg om pasientene og det kommer tydelig frem i dette sitatet:

*«For at han hadde, brukeren hadde ønske om å snakke med en prest, han var ikke på noe vis.. troende ... Men han hadde behov å snakke med en prest så da ordna vi det.» (int. B3).*

Sykepleieren inntar koordinatorposisjonen i samarbeidet med utgangspunkt i pasienten sitt behov.

En annen sykepleier forteller om en situasjon der hele prosessen med et flerfaglig samarbeid beskrives. Sykepleieren oppdager et nytt symptom hos pasienten og ringer fastlegen som henviser pasienten direkte til sykehuset med bakgrunn i hennes observasjoner. På sykehuset settes det i gang behandling før pasienten kommer hjem igjen. Sykepleieren koordinerer hele forløpet ved å foreta nødvendige observasjoner som setter i gang en prosess for pasienten sitt behandlingsforløp. Samarbeidende helsepersonell gjør sin del av arbeidet i en flerfaglig prosess før pasienten igjen kommer tilbake til sykepleieren. Hun er ikke koordinator i hele forløpet, men hun tar initiativ til og sørger for nødvendig oppfølging videre:

*«Han var hos legen i går, så i dag skal han på sykehuset, så det er jo på en måte han har gjort, det han skal.» (Int. A3)*

Ut i fra dette kan det sees at både pasienten og sykepleieren selv kan få utbytte av at sykepleieren inntar koordinatorposisjonen, hun bekrefter selv at hun mener hun har gjort en god jobb. Da hun ikke har behandlet pasienten selv, kan det sees at en viktig del av å være koordinator omhandler ulike observasjoner og oppfølging med samarbeidet i tillegg til å bry seg.

For å bry seg og å koordinere samarbeidet er det viktig med ulik informasjon. Enten har sykepleieren den tilgjengelig eller hun kan tilegne seg den. Hvis sykepleieren ikke gjør det kan hun være likegyldig.

*«Jeg veit ikke hvor det skal stå hen egentlig. Det står vel sikkert inne på Profil (red: dokumentasjonssystemet).» (Int. A2).*

Det står vel «sikkert» inne i dokumentasjonssystemet beskriver at sykepleieren tror hun vet hvordan hun kan finne opplysningene hun påpeker er barriere for å innlede et samarbeid, men hun gjør det ikke.

En sykepleier beskriver at hun er likegyldig til om pasienten kan gå i trapper, men handler med bakgrunn i annet helsepersonell sine instruksjoner:

*«Ehh...at det.. vi ser på brukernes behov fra forskjellige synspunkter, ikke sant. Så vi ser, ja, jeg som sykepleier ser ikke på bruker som fysio gjør. Eller om han kan gå fem trapper ned eller opp betyr ikke så mye for meg ..men det betyr mye for henne så..» (int. A1).*

Alder kan også ha betydning for i hvilken grad sykepleieren bryr seg. Sykepleieren antar at pasienten hadde fått bedre oppfølging om han var yngre:

*«Men... la oss si at dette var snakk om en femtiåring, så hadde det vært noe helt annet ... Da tror jeg alle ressurser hadde vært inne, og vi hadde visst om hverandre, og ring meg hvis det er noe, og...»*

#### 4.2.5 Meg eller dem?

Som koordinator er det en fordel å kunne se en situasjon fra flere sider. Denne sykepleieren beskriver en gjentakende situasjon de opplever med fastlegene. Hun ser situasjonen fra flere sider, erkjenner at legen har arbeidspress og utfordringer som mulig gjør det problematisk for han å kontakte henne tilbake. Det beskrives også at det er utfordrende for sykepleieren å bruke tiden sin på å vente men allikevel venter hun stadig i telefonen:

*«Ja, tid, få tid for vår del – ja, også for legene. De er vanskelige, å få tak på. De har fulle dager. Det blir mye venting i telefonen på – for vår del da. For å få tak i og snakke med de.» (Int. C3).*

Når pasienten ikke ønsker hjelpemidler inn i hjemmet kan det være vanskelig å koordinere samarbeidet med andre yrkesgrupper. Istedenfor og la vær å hjelpe løfter de ansatte pasienten så de kan skade seg selv for at han skal få den hjelpen han har behov for. Dette kan jo sees uheldig på lengre sikt, men deres første løsning for å hjelpe pasienten er å følge han sitt ønske. Sykepleieren gir i det påfølgende sitatet et eksempel på en situasjon der pasientens ønske blir satt foran deres behov:

*«... også har du en ganske pleietrengende mann .. øøh, som har vært fryktelig tung. De som jobber her har jo løfta på seg, nesten, ryggproblemer, flere, og pasienten har ikke villet ha inn hjelpemidler..» (int. B1). .*

Det er ikke alltid sykepleierne rekker alt de skal gjøre innenfor ordinær arbeidstid. For å rekke alt og for at pasientene skal få det de har behov for velger noen sykepleiere å arbeide overtid:

*«..så pleier jeg å si man må gå hjem når klokken er kvart over tre og arbeidstiden slutter og bare prøve å gi best mulig.. eh, rapport til den som kommer på jobb. Men det fungerer ikke sånn.» (int. B3).*

En annen sykepleier beskriver at det er hun som tar ansvar og gjør det andre bestemmer at hun skal gjøre for fellesskapets beste. Hun bruker metaforen «kasta rundt» om at hun blir sendt på ulike oppdrag. Hun «tar en» for fellesskapet, men unnlater med det å innta koordinatorposisjonen. Hun samarbeider ved å godta og gjøre det som er ønsket av annet helsepersonell, men unngår også å innlede et felles samarbeid:

*«Nei, for det er jeg som som regel blir kasta rundt, da» (int. A2).*

Det beskrives av sykepleierne at de står ovenfor ulike valg i løpet av en arbeidsdag og de kan derfor til en viss grad bestemme selv hva og når de ønsker å utføre visse arbeidsoppgaver. En unnskyldning for å være unnnvikende er at det krever mye arbeid av sykepleieren å innlede et samarbeid. Hun velger da for å lette eget arbeidspress der og da ikke å koordinere samarbeidet:

*«Så vi vet ikke helt, også da må vi vite alt så vi ringer til, det blir så mye arbeid.» (int. A3).*

Sykepleierne ønsker mer kunnskap og å lære i de ulike situasjonene, dette kan hun få ved å innta koordinatorposisjonen og innlede samarbeid med annet helsepersonell. En motivasjon for å samarbeide er å motta kunnskap, og få noe ut av det selv:

*«Jeg hadde jo ikke vært så interessert i å samarbeide med fysio-ergo, det jeg har gjort, hvis ikke jeg får noe innblikk, hvis ikke jeg får noe ut av det.» (Int D3).*

Økt kunnskap om andre yrkesgrupper og deres arbeid fremstilles som et positivt utbytte av samarbeidet, og det kan være motivasjon for å koordinere et samarbeid. Å samarbeide kan også gjøres med bakgrunn i å beholde egen helse i det daglige arbeidet, og sykepleierne er opptatt av å ta vare på egen helse i de ulike pasientsituasjonene selv om det til tider kan være utfordrende, noe som kommer frem i de påfølgende sitatene:

*«Jeg tror vel heller at det var press fra flere, og fordet atte vi måtte tenke på vår – vår helse også». (int. C3), «Jeg tenker, hvertfall for min del i den situasjonen hans, så har det vært veldig bra at jeg får et innblikk i hvordan de jobber, og hva de har fokus på. Har gjort at jeg har, eller ikke har mer fokus på dems områder, men like mye fokus på de områdene som de fokuserer på som sykepleiefaget, da.» (int. D3).*

Sykepleieren tilpasser seg og ønsker å utvide eget kunnskapsgrunnlag for å kunne gi pasienten det han har behov for.

#### 4.2.6 Jeg er fleksibel

Praktiske utfordringer kan føre til at sykepleieren må koordinere et samarbeid og da fremheves fleksibilitet som en nyttig egenskap. Det er sykepleieren som forteller og beskriver hva «de» (samarbeidende helsepersonell) skal gjøre hjemme hos pasienten. Hun stiller opp og er fleksibel for de som skal hjem til pasienten, og også for pasienten hvis han ikke klarer for eksempel å åpne døren selv. Hun tilpasser seg situasjonen:

*«Veldig. (...) Ogsååå må vi, må vi få de til å kjøre det hjem til brukerne da. Men da er vi avhengig av at det er brukere som kan ta i mot detta her sjøl, eller hvertfall åpne dørene, skjønner hva som skal skje..» (int. D3).*

I dette sitatet kommer det frem at å være fleksibel er en viktig egenskap for sykepleierne i hjemmesykepleien, for det kan raskt skje endringer i de ulike pasientsituasjonene:

*«Også blei han dårligere. Og da, når det blei et tema så, da, hadde vi flere samtaler og møter der hjemme, også med legen.» (int. C3).*

Sykepleieren beskriver det som noe som bare skjer at det ble flere samtaler, det trekkes frem som mer tilfeldig at det skjer på denne måten. Hun bruker transivitet som bygger oppunder at hun selv ikke tok et aktivt valg i en koordinatorposisjon. Hun må allikevel være fleksibel. Grunnen til at de samarbeider er at pasienten blir dårligere og dette sitatet viser at det noen ganger også er en form for automatikk i den videre prosessen, men sykepleieren er deltagende.

Mangel på hjelpemidler og samarbeidende helsepersonell kan gi utfordringer for sykepleieren som har ansvar for å ivareta pasienten og hans behov. Hun kan velge å være fleksibel og ta i mot pasienten hjemme eller å følge retningslinjer som er gjeldende for slike situasjoner:

*«Da får vi ikke gjort noe før mandag. Så er det ofte, hvis det er veldig spesielle tilfeller eller trengs mye tilrettelegging så ber vi jo sykehuset eller sykehjemmet å holde de til mandag. Sier at vi kan ikke ta de i mot så lenge de ikke har tilrettelagt hjemme.» (int. D3).*

Ved å innta koordinatorposisjonen i samarbeidet løser hun situasjonen ved å be andre institusjoner holde igjen pasienten til hjelpemidler og nødvendige ressurser er på plass. Om det ikke er diskutert mulige løsninger på utfordringer som kan oppstå er det ikke sikkert hjemmesykepleien har det nødvendige utstyret eller kompetansen det er behov for:

*«Ja, vi har gjort det, det gjør vi ganske ofte. Folk som skal hjem fra rehab, gjerne, trenger litt mer tilrettelegging, trenger litt mer enn de hadde før, så må de holde de til ergo har vært inni og fått, hjelpemidlene.» (int. D3).*

Flere av sykepleierne forteller at noen pasienter kan motsette seg de det beskriver som nødvendig helsehjelp. «Ikke sant» brukes i det påfølgende sitatet som at å være unnvikende eller ikke ta tak i situasjonen eller finne andre løsninger kan være akseptabelt når pasienten motsetter seg hjelp:

*«Men det har jo noe med at man motsetter jeg å få hjelp og, ikke sant.» (int. B1).*

Sykepleieren kan være rigid med bakgrunn i «godkjente» argumenter. Et argument som blir brukt av sykepleierne er at pasienten ikke kan få hjelp om han ikke samarbeider og bruker hjelpemidlene sykepleieren trenger for å kunne utføre arbeidet. Det beskrives her at det kan ha konsekvenser for pasienten:

*«Jammen, ja, måtte faktisk si at da må vi bare stille deg i seng, og da må du bare ligge i senga.» (int. C3).*

Samarbeidende helsepersonell kan være en utfordring for sykepleieren. Sykepleieren vil gjerne følge reglene men sier det er vanskelig når andre ikke gjør det:

*«Sånn at, akkurat der er det vanskelig og de har NULL forståelse for at vi trenger medisinerendringer skriftlig, vi trenger.. asså, at vi må ha ting skriftlig, det er veldig fint å ringe inn en Marevan-dosering, eller å ringe inn en nedtrapping, men du kan jo ikke det». (Int. B1).*

Når sykepleierne ikke får tak i pasientens fastlege i løpet av arbeidsdagen, kontoret ikke er åpent eller det oppstår akutte behov og er behov for en vurdering av pasientens helsetilstand må legevakten kontaktes. Sykepleieren beskriver det som negativt at legen ikke kjenner pasienten. Hun sier at det skjer «ofte» at de må kontakte legevakten.

*«Og deet.. Vi må veldig ofte bruke legevakta. Som ikke kjenner pasientene. Og det tenker jeg atte..» (Int. B1).*

Det samarbeides, men ukjente samarbeidspartnere har ikke kunnskap om pasienten og den nødvendige informasjon som er viktig for vurdering og behandling av pasienten. Dette kan kreve mer av sykepleieren i en koordinatorposisjon, hun må være mer fleksibel og finne alternative løsninger på utfordringer som oppstår:

#### 4.3 Relasjonell – individuell

Sykepleierne i studien beskriver seg som både «relasjonell» og «individuell» i koordinatorposisjonen. «Relasjonell» innebærer beskrivelser av å være inkluderende, psykisk og fysisk nær og å være åpen for samarbeid. «Individuell» innebærer å være en koordinator som er ekskluderende for samarbeid, distansert, og mindre tilgjengelig. Binariteten relasjonell – individuell sammenfattes under overskriftene: Vi samarbeider og det er bra, Jeg kan velge, Relasjoner skaper trygghet, Hvor er du? og Jeg trenger deg.



#### 4.3.1 Vi samarbeider, og det er bra

For å kunne møte pasientene sine ulike behov beskriver sykepleierne at det er viktig med riktige hjelpemidler. For å få til prosessen rundt anskaffelse av hjelpemidler, fra nyoppdaget behov til at hjelpemiddelet er plassert i pasienten sitt hjem på riktig måte, er det viktig å ha en god dialog med samarbeidende helsepersonell. Dette kan kreve betydelig koordinering:

*«... vi sørger for at vi til enhver tid, prøver hvertfall, å ha det vi trenger av hjelpemidler hjemme hos pasienter og, god dialog med fastlege og..» (int. B2).*

En sykepleier beskriver at hun er relasjonell og inkluderende, hun deltar i samarbeidet med andre yrkesgrupper:

*«Og da går vi ut i fra erfaringer, de sier hva som kan gjøres med tilrettelegging av hjemmet, fysio sier hva dama kan og ikke, og vi sier hva vi kan og...» (int A1).*

Det kan tas utgangspunkt i helsepersonell sine ulike erfaringer med pasienten for å møte behovet av ulike hjelpemidler i hjemmet. Det beskrives også at sykepleierne er gode på samarbeid innad i egen avdeling:

*«... i hjemmetjenesten så er vi kollegialt veldig flinke til å samarbeide. Backer hverandre i alle yrkesgrupper, assistenter, hjelpepleiere, så er vi veldig flinke å søke hverandres råd for vi har jo mye spesialisering på vår avdeling» (int. A2).*

Når alt fungerer som det skal og alle samarbeidende helsepersonell møter opp og gjør det de kan for pasienten beskriver sykepleieren at det er bra. En utfordrende pasientsituasjon blir løst når helsepersonellet samarbeider:

*«Men så fikk vi liksom gått inn sammen, altså ergoterapeut, MU [bestillerkontoret] og hjemmetjenesten, og blitt enig om hvordan det skulle være og fikk inn da – på dagen – liksom, sykehusseng, heis, og nå har det fungert så bra i en uke.» (int. B1).*

#### 4.3.2 Jeg kan velge

Det kan noen ganger være en utfordring å inkludere annet helsepersonell i det daglige arbeidet. Da kan sykepleieren noen ganger være ekskluderende i koordinatorposisjonen. Det kommer frem i dette sitatet at sykepleieren ikke ser behovet for å inkludere annet helsepersonell, men gjør vurderingen selv:

*«Nei, ikke sant, åsså det er bare sånn jeg vurderte» (Int. A3).*

Flere av sykepleierne legger vekt på at det å kjenne personen de skal samarbeide med kan oppleves trygt, å vite hvem personen er og hva den andre kan før kontakt opprettes. Å skape en relasjon beskrives som positivt av flere av sykepleierne.

*«Da veit du på en måte litt mer hvem du skal kontakte, hva du skal gjøre på en måte.» (int. B2), «Blant sykepleiere OG hjelpepleiere ... Vi er flinke til å bruke hverandre.» (int. A2).*

Hun sier at «vi» er flinke til å bruke «hverandre» som noe trygt, det kan være lettere og aktivt ha et samarbeid med de som kjenner hverandre godt. Det trekkes frem som positivt å samarbeide og å være inkluderende. Sykepleieren beskriver seg ikke som en koordinator i denne uttalelsen, men delaktig i samarbeidet. For å være inkluderende kan det i noen sammenhenger sees som aktuelt å være «på samme nivå» (som deltager) eller ha andre forutsetninger som skaper fellesskap.

Å finne løsninger selv krever tankevirksomhet, men i dette sitatet oppfattes «vi tenker ikke» som at annet helsepersonell ikke inkluderes og sykepleieren koordinerer ikke situasjonen men bruker egne ressurser:

*«For vi, vi driver jo å finner masse løsninger sjøl vi, vi tenker jo ikke». (int. B1).*

Ordvalget i sitatet er motsigende. Det kan oppfattes positivt å finne løsninger selv, men som koordinator for samarbeid er det en utfordring.

#### 4.3.3 Relasjoner skaper trygghet

«Nærhet» er viktig for samarbeid. Sykepleieren bruker de ressurser som er innad i avdelingen og mener i denne situasjonen at de ikke har behov for å samarbeide med noen «utenifra». Det prioriteres i koordinatorposisjonen å koordinere ressurser innad i avdelingen. En sykepleier responderer slik på et spørsmål om det blir kalt inn spesialister ved sårbehandling:

*«Vi har en som har ekstra peiling på sår.» (Int. B3).*

Andre ganger kan det være behov for å gå utenfor egen avdeling og inkludere annet helsepersonell i samarbeidet:

*«Ja, jeg synes det er organisering for det at du ser vi har ikke problemer med samarbeidet med fastlegene. For det at vi vet jo hvem det er.» (Int. A2).*

En annen sykepleier beskriver at hun har en relasjon med en fysioterapeut i kommunen. Hun sier at hun ikke vet om noen andre. Det kan være utrygt ikke å kjenne samarbeidende helsepersonell utenfor egen avdeling, eller hun ser ikke poenget i å kontakte en annen når hun allerede har et samarbeid med den ene som fungerer godt:

*«... har liksom en fysioterapeut som jeg stort sett forholder meg til, også...» (int D3).*

Samarbeid beskrives både innad i avdelingen og ute i kommunen. «Inne» og «ute» sees i sammenheng med bruk av «vi» og «dem», det kan være både fysisk og psykisk nærhet og distanse. Det påfølgende sitatet kan sees ekskluderende i et samarbeid, sykepleieren skiller mellom «inne» og «ute» i sammenheng med bruk av kunnskap. Hun deler sin kunnskap og lytter til sine kollegaer, men sier det muligens er verre når det kommer til andre hun ikke har den relasjonen eller tilknytningen til.

*«Såå innad – innad hos oss er vi flinke til å bruke kunnskapen. Men det er kanskje verre ute.» (int. A2).*

Sykepleieren tillegger for eksempel legen noen egenskaper og syn på hjemmetjenesten hun ikke vet om han har og som kan være med på å skape distanse. Distansen kan beskrives som gjensidig mangel på trygghet og tillitt, informasjon og relasjon:

*«Vi, vi innbiller oss jo litt atte legene tenker at vi er en litt sånn tulletjeneste noen ganger.. At vi, de tar oss ikke helt på alvor, bryr seg ikke kanskje helt om å ringe tilbake, for det kan vente, eller» (int. D3).*

Her brukes «litt atte» som hedge for å moderere en påstand som sykepleieren ikke er sikker på men har tanker rundt.

Sykepleieren er i noen situasjoner ukjent med hvor hun kan tilegne seg kontaktinformasjonen til de andre profesjonene og hvor hun kan få tak i dem. Hun bruker det som unnskyldning for ikke å koordinere et samarbeid. Metaforen «vi er totalt skilt fra hverandre» brukes beskrivende om mangel på samarbeid:

*«Tror du det hadde vært lettere hvis dere hadde vært på samme sted, eller...» «Ja. Det tror jeg. For det er det vi ikke er. Vi er totalt skilt hva hverandre.» (Int. A2).*

En relasjon som opprettes på tvers av ulike yrkesgrupper kan vise seg både positiv og varig.

*«Også var det vel bare tilfeldig, fordi jeg var forflytningsveileder akkurat, eller akkurat blitt. At jeg kom inn der, og da ble har det veldig mye samarbeid med fysio. Og det har vi jo fortsatt, og det er to år siden nå.» (int D3).*

Faste møter der samarbeidende helsepersonell beskrives som en måte å inkludere og bli inkludert i et samarbeid. Det er organisert slik at de møtes kan være en måte å skape og opprettholde kontakt på og det kan være med på å gi trygghet. Der er det de samme som møtes og blir kjent med hverandre. De utveksler kontaktinformasjon og vet hvordan de skal få tak i hverandre:

*«Ja, det har vært det. Også da tar vi gjerne med oss – men det gjelder jo kun kreftpasienter da. Det kan jo både være yngre og eldre» (int C3).*

Færre mennesker å forholde seg til rundt spesifikke diagnoser kan gi trygghet, men det er en annen måte å koordinere samarbeidet på enn for eksempel hjemme hos en pasient. Valget om å rådføre seg og oppnå «enighet» kan gi trygghet og bekreftelse, noe å falle tilbake på om det blir stilt spørsmålsteget ved avgjørelser som er tatt:

*«Ja. Vi.. asså.. Ergo'n var jo.. Eh, for å finne løsninger som kunne fungere for oss og vi rådførte oss med hverandre og på en måte ble enige om hvordan vi kunne løse det der hjemme da. Så vi har jo gått der mye og sett, det er jo et utrolig upraktisk hus. Med mye terskler og nivåforskjeller og..» (int. B1).*

Det brukes subjektiv modalitet som språklig virkemiddel, sykepleieren viser til at hun er aktiv i koordinatorposisjonen i samarbeidet, hun har god begrunnelse for sine valg og hun tilslutter seg derfor utsagnet. Sykepleieren har i situasjonen behov for støtte og veiledning så hun involverer ergoterapeut med bakgrunn i egne observasjoner i pasienten sitt hjem over tid.

#### 4.3.4 Hvor er du?

Pasientene som mottar hjelp fra hjemmesykepleien bor spredd i hele kommunen. I hjemmesykepleien er ikke alle de ulike yrkesgruppene plassert på ett sted med en fast base som de kan være på for eksempel et sykehjem. En sykepleier forteller at «sted» og tidsbruk

ved at samarbeidende helsepersonell må hjem til enkeltpasienter kan være en utfordring i hjemmesykepleien:

*«Jeg synes jo vi må jobbe veldig hardt for å .. å få til samarbeidet innimellom. Og det er vanskelig å få tak i folk, og.. Altså, på sykehjemmet så har du de gjerne plassert der. Eh, du kan på en måte oppsøke de personlig og liksom bare «Åh, kan ikke du hjelpe meg i fem minutter?». Eh, den har du ikke når de plutselig må hjem til noen da.» (Int. B1).*

«Når du plutselig må hjem..» beskriver også at behovet kan oppstå rask, og det kan da være utfordrende å koordinere et samarbeid på kort tid. En sykepleier mener det er nettopp tidsbruk og sted som gjør samarbeidet utfordrende:

*«Ja, ja. Det er det som gjør det vanskelig. Og så at man ikke kan samle alle fire, eller tre, lege, noen fra rus og noen fra hjemmesykepleien.. Hele .. man må kanskje planlegge det to uker i forveien, og da er ikke brukeren der.» (Int. B3).*

For å koordinere et samarbeid er det ulike faktorer som må være på plass. Det å vente på annet helsepersonell blir hyppig beskrevet som en utfordring for samarbeidet, sykepleierne har behov for et samarbeid der og da:

*«Ja, for de er ikke alltid så lette å få tak i på telefonen, også er det kanskje, da sitter det ikke riktig fysio eller ergo som er ledige, eller ..» (Int. D3).*

En fungerende felles målplan og samarbeid om denne beskrives som en måte å opprettholde kontakten på. Allikevel er det er ikke alltid like lett å være tilgjengelig:

*«Mm, jeg tenker jo atte.. at det burde ha vært større rom for at de andre tjenestene kan stille opp på litt kort. De er liksom, de er fullbooka hele tida og, akkurat sånn som vi er fullbooka hele tida, så vi har ingen marginer noe sted.» (Int. B1).*

I dette sitatet bruker sykepleieren kontraster som språklig virkemiddel, setningen begynner med at det er de andre som ikke har tid før hun også viser til at de selv ikke har tid og konsekvensene blir at tilgjengelighet er en felles utfordring.

Tidspress blir trukket frem som en faktor for manglende tilgjengelighet. For å rekke det hun skal gjør sykepleieren det hun må der og da, hun utfører arbeidsoppgavene selv uten å inkludere andre:

*«Nei, det er det som på en måte, vi har ikke rom for å tenke så mye forebyggende eller være i forkant. Det blir liksom brannsløkking hele tia. Og det tror jeg det blir for veldig mange.» (int B1).*

Samarbeidende helsepersonell har åpningstider som beskrives som utfordrende å forholde seg til i en hektisk hverdag. Sykepleieren beskriver også at de selv er opptatt innenfor et visst tidsrom og det er heller ikke alltid tilgjengelig. For samarbeidende helsepersonell kan en opptatt sykepleier være vanskelig å samarbeide med:

*«Vi har (...) lister. Som vi går, ja. Og da er vi opptatt fra åtte til tolv.» (int. D3).*

Utvikling av IKT og ulike hjelpemidler blir ikke tatt i bruk med det første, og denne sykepleieren ser ikke behovet for å gjøre noe annet enn det som alltid har blitt gjort. Det blir ikke lagt ressurser i en enklere måte å kommunisere på og det kan sees som det er opp til hver enkelt sykepleier hva hun velger å gjøre:

*«Mail blir ikke lest og.. Alle har jobbmail og alt, jeg har ikke åpnet min på en uke, sikkert over det, men det (latter). Eeeh, vi ringer og sender faks og. Gammeldags fungerer best vettu» (int. A1).*

Tid- og ressursmangel, venting og kommunikasjonssvikt har innvirkning for samarbeidet, det er med på å skape distanse. Prosessen fra sykepleieren kontakter andre yrkesgrupper til de kommer hjem til pasientene kan ta lang tid. Det beskrives også at det er vanskelig å opprette kontakt med annet helsepersonell eller å få tak i riktig person.

#### 4.3.5 Jeg trenger deg

Sykepleierne beskriver at det i koordinatorposisjonen er en forutsetning å være åpen for samarbeid. En sykepleier forklarer det på denne måten:

*«Eventuelt det også tørre å snakke med legen også ... Det blir ofte bare oss sykepleierne som må snakke med dem. Men det kan faktisk de andre også gjøre, hvis det er noe de ser.» (Int. C3).*

Sykepleieren mener det ikke bare er sykepleierne som kan kontakte legen, den profesjonelle dialogen hjemmesykepleien som avdeling har med andre yrkesgrupper eller avdelinger kan forsterkes ved at også kollegaer tar kontakt. Sykepleieren bruker «ofte bare oss» som at det vanligste er at sykepleieren gjør det. Inkludere kollegaer og delegere arbeidsoppgaver kan være med på å opprette relasjoner og forenkle kommunikasjonen i et samarbeid.

Koordinatorposisjonen innebærer med dette også å delegere arbeidsoppgaver. Sykepleieren koordinerer samarbeidet når hun har behov for ytterligere kunnskap enn hun selv har. Hvis hun kan ordne det selv gjør hun også det. Om hun derimot ser behov for ytterligere veiledning er hun åpen for samarbeid slik at pasienten får det han trenger Sykepleierne beskriver med egne ord hvor viktig det er å være åpen for samarbeid:

*For å prøve å skaffe og hjelpe til, da.... vi ringer jo til ergo da. Ergoterapeut, og sier nå har vi fått hjem en bruker med eh, de og de behovene, kan du ta deg en tur hjem dit, også gjør ergo det, også der jo på en måte hun eller han hvilke hjelpemidler som trengs og sånne ting, men hvis jeg ser sjøl at åj, her trenger jeg en dusjstol, så kan jeg bare ringe å si det at jeg trenger en dusjstol.» (int. B2).*

Sykepleieren beskriver i det påfølgende sitatet konsekvensene et samarbeid kan ha for den enkelte pasient. Hun beskriver ikke hvem som bestilte (koordinerte) eller satte inn hjelpemiddelet, men effekten i at pasienten kunne klare seg mye mer selv:

*«... det har jo gått på bare sånne hofteopererte som kommer hjem og som plutselig får seg en, kanskje en dostol, eller eh, noe som gjør at de faktisk kan klare seg sjøl hele dagen bortsett fra å tømme'n, nesten». (int. B1.)*

#### 4.4 Selvstendig – uselvstendig

I ulike situasjoner for samarbeid beskriver sykepleierne seg som en koordinator som er både «selvstendig» og «uselvstendig». Når de beskriver seg som «selvstendig» innebærer det beskrivelser som aktiv, uavhengig, initiativtagende og kunnskapsbærende. Som «uselvstendig» koordinator i samarbeidsdiskursen beskriver sykepleierne at de opptrer som passive, de trenger andre, er initiativløse og kunnskapssøkende. De blir instruert, mottar veiledning fra andre og mangler kontroll over samarbeidende helsepersonell. Binariteten selvstendig – uselvstendig sammenfattes under overskriftene: Jeg vil samarbeide, Jeg kan stå på egne ben, Jeg har kunnskap, men jeg søker mer.

#### 4.4.1 Jeg vil samarbeide

Direkte kontakt og å oppsøke annet helsepersonell kan være innledning til et samarbeid.

Sykepleieren beskriver at på tross av at hun ofte har lite tid tar hun selv kontakt med andre yrkesgrupper og oppsøker dem for å innlede et samarbeid. En sykepleier uttrykker seg på denne måten:

*«Så det ender jo ofte opp med at jeg drar bort, hvis jeg har fem minutter så kjører jeg bort for å se om de er der.» (int. D3).*

Sykepleieren beskriver i det påfølgende sitatet at hun innleder et samarbeid på eget initiativ, men videre brukes metaforen «hipp som happ» om hvem som gjør hva. Det språklige bildet som brukes av sykepleieren kan tolkes som at hun beskriver den innledende fasen i samarbeidet som den viktigste. I den påfølgende prosessen nedtoner hun sin posisjon som koordinator:

*«Jeg oppsøker de heller enn å ringe bort dit. Og da blir det litt sånn...Ja, vi bare tar det litt hipp som happ hvem som gjør hva.» (int. D3).*

Sykepleierne oppretter også kontakt med andre yrkesgrupper og kommuniserer oftest ved hjelp av telefon. Andre uttalelser tyder på at dette ikke alltid er det beste, men det er mangel på alternative velfungerende kommunikasjonsmetoder:

*«Vi ringer ... Så får vi ganske kjappe, greie svar.» (int B1).*

Sykepleieren beskriver at når pasienten ikke ønsker å motta hjelp kan de enten la det være med det eller ta initiativ til videre samarbeid med andre for å gjøre det de mener er best for pasienten.

*«Ja, ja, det er, noen tar nei for et nei, og andre holder på til de får gjennom noe.» (int. D3)*

Som regel følger samarbeidspartnere opp når sykepleieren tar kontakt, men ikke alltid. Da kan sykepleieren enten fortsette å presse på for å ordne opp for pasienten, eller hun kan trekke seg tilbake og si at hun har forsøkt men ikke fått respons. Et annet alternativ er å utføre handlingen selv, men det fører ikke til samarbeid med annet helsepersonell. En sykepleier beskriver at hun setter i gang samarbeidet ved hjelp av metaforen «å få ballen til å rulle»:



*«Også må vi få ballen til å rulle så fort som mulig, og daa tar vi kontakt med ergotjenesten når vi kommer inn på kontoret igjen» (int. B1).*

Noen ganger mener sykepleieren at hun kan la vær å kontakte de andre. Dette begrunnes med at hun oftest gjør «alt» selv. Ventetiden på at andre skal utføre oppgavene blir for lang, og i de to påfølgende sitatene beskriver sykepleieren at hun må være passivt ventende på at noe skal skje:

*«...man må vente-vente-vente før man får en ergoterapeut på besøk hjem.» (Int. B3), «Og si at det ikke fungerte så bra, for det tok så lang tid før det skjedde noe, ikke sant. Men når det først skjedde noe, så ble det bra. Eh, men man burde jo ikke latt det gå så langt». (int. B1).*

«Man» burde ikke latt det gå så langt kan bety at sykepleieren ikke tar initiativ, hun forventer at andre burde ta mer ansvar og er passiv selv om hun ser et behov. Transivitet i utsagnet gjør seg gjeldende ved bruk av «man», det beskrives ikke hvem, hvordan eller hvorfor det har gått så langt.

Sykepleieren venter i noen situasjoner heller enn å kontakte annet helsepersonell, eller hun finner alternative løsninger. I blant blir resultatet bra selv om sykepleieren er passiv. Allikevel kan det anes en viss frustrasjon:

*«Jo, at det noen ganger så kanskje vi når målet, men hvis fysio for eksempel hadde fortalt meg da, at jeg jobber nå med den pasienten her med å reise seg og sette seg i en stol, vi tar bare sånn enkel situasjon, hvis jeg hadde visst det, så kunne kanskje jeg også hjelpe til litt» (int A2).*

Når andre innleder samarbeid sees det ikke alltid et behov for å være aktiv selv. Sykepleieren kan trekke seg tilbake hvis det er andre som tar initiativ. Det kan være både et eget valg å forholde seg passiv, eller situasjonen kan tilsi det. En sykepleier beskriver når en annen tar initiativ til samarbeid og hun selv forholder seg passiv i situasjonen:

*«Det er hu som styrer.. har.. styrer alle møtene og kaller inn, og..» (Int. C3).*

Sykepleierne beskriver også en fast arena for samarbeid som er organisert og der samarbeidet fungerer:

«...jeg kan ikke huske at jeg noen gang har prata med fysio forutenom på de møtene. Når det gjelder noen pasienter. Samme gjelder sykehjemslegen. Asså sånn, hvis du kan tenke i ettertid av møtet.» (Int. A2).

«Noen gang» er en «*extreme case formulation*» som er med på å bygge oppunder den videre beskrivelsen av at det er vanlig ikke å ha kontakt med eller koordinere samarbeid mellom de andre som er til stede på møtet. Her er det opprettet en relasjon, de ulike yrkesgruppene har møtt hverandre og vet hvem hverandre er. De kan utveksle nødvendig informasjon på de faste møtene. Sykepleieren inntar ikke funksjonen som koordinator, men er til stede på møtet. I sitatet forteller hun at det ikke blir samarbeidet utenom de faste møtene.

En av sykepleierne etterlyser klare retningslinjer og å vite hva de andre yrkesgruppene arbeider med for selv å kunne motivere pasientene:

«Ja. Det trur jeg jo. Hvis vi ikke får den riktige retningslinjen – hvis vi hadde fått mere vite hva fysio jobber med, så kan vi motivere til det.»(int. A2).

«Hvis vi hadde fått..» kan forteller at sykepleieren ikke har kunnskap om retningslinjer som skal følges i kommunen for samarbeid. Hun bruker objektiv modalitet og distanserer seg språklig fra sitt ansvar om selv å ta initiativ til å tilegne seg denne informasjonen, det kan oppfattes som at hun mener informasjonen bør gis henne.

Sykepleieren kan stille seg passiv til situasjonen og velge ikke å sette i gang et samarbeid. Hun rettferdiggjør det med at hun ikke ser dem selv om hun vet hvordan hun kan koordinere samarbeidet:

«Men jeg ser dem jo ikke noe. Så sant – ikke jeg ber om det.» (Int. A2).

#### 4.4.2 Jeg kan stå på egne ben

Sykepleieren beskriver det som viktigst å «stå på egne ben» når hun vurderer om det er behov for samarbeid med andre. Det kan eksempelvis oppstå behov for samarbeid om pasienten har behov for ulike hjelpemidler.

«.. fordi de kommer fort hjem asså må de ha hjelp til dobesøk og sånne ting også så får man inn nødvendige hjelpemidler da, og det, men ofte så gjør jo VI vurderinga og» (Int. B1),

Det å stå på egne ben og vurdere innebærer også å være tilgjengelig. Sykepleieren gjør seg tilgjengelig for tilbakemeldinger, men det kan også sees som at hun har siste ordet.

Sykepleieren beskriver at hun enten kan «*snakke til dem [legen]*», eller «*bli enig med*». Hun inkluderer legen ved å kontakte han, og koordinerer på denne måten samarbeidet så pasienten får den oppfølgingen han har behov for:

*«.....så finner vi[sykepleierne] ut hvilken lege de[pasientene] har. Så ringer vi og snakker til dem [legen]. Eller blir enig med dem. Så får de kanskje en undersøkelse..».*

Noen ganger har sykepleieren behov for andre, hun tar en vurdering om at hun ikke skal stå på egne ben selv om hun har mulighet til det. I sitatet nedenfor kommer det frem at sykepleieren mener det er forskjell på samarbeidet med andre avhengig av hvor man arbeider i helsevesenet:

*«Som regel på sykehjem, så er det jo tilrettelagt. Ikke sant? Det er jo ikke det bestandig i hjemmesykepleien. Da føler jeg jo at det er enda viktigere at du samarbeider så ting fungerer godt i hjemmesykepleien.» (int. B2)*

Manglende kunnskap om hjelpemidler gjør at sykepleieren bør samarbeide med annet helsepersonell for å innhente informasjon om og koordinere prosesser som kan hjelpe pasienten til å få dekket sine behov. Det beskrives også som viktig for å lette den fysiske belastningen på helsepersonell som er hjemme hos pasienten daglig. Bruk av adjektivet «kjempe tungt» legger hovedfokus på at det er en fysisk krevende situasjon:

*«Som gjør atte, atte gjør at det blir kjempe tungt for oss å gå dit. Fysisk tungt, og atte vi på en måte, eh, ødelegger oss på det.» (Int. B2).*

Det beskrives at det er sykepleieren som kjenner pasienten som ser forandringene som skjer og ulike behov som oppstår:

*«MEN: At vi har de eldre hjemme, også skjer det forandringer. Og man trenger mer. Eh, tilrettelegging. Og hjelpemidler. Og så har vi ikke peiling på alle muligheter som finnes av hjelpemidler..» (Int. B3).*

Åpningstider på hjelpemiddellageret trekkes frem som spesielt utfordrende å forholde seg til og virker inn på samarbeidet. Begrenset tilgjengelighet på hjelpemidler er en stor utfordring og i sitatet kontrasteres behovet for hjelpemiddel og åpningstidene på hjelpemiddellageret. Åpningstidene skaper utfordringer men kan også brukes som unnskyldning av sykepleierne hvis det å skaffe til veie hjelpemidler ikke prioriteres:

*«Det jeg synes fungerer innmari dårlig er jo det derre med at vi trenger et hjelpemiddel. Også har hjelpemiddellageret åpent de og de dagene.» (Int. B1).*

#### 4.4.3 Jeg har kunnskap, men jeg søker mer

Samarbeidet innad i avdelingen mellom sykepleierne om pasientenes omsorg er viktig.

Kunnskap om den enkelte pasient gir sykepleierne kontroll over situasjonen og sees som avgjørende for at alt skal fungere for pasientene. Sykepleiere har mulighet til å være med kollegaer hjem til pasienter om hun ønsker:

*«Men til oss fire-fem sykepleierne da. Sånn att de, vi, alle selv om vi har fri har muligheten til å komme hjem til den pasienten og få opplæring, sånn at alle får det, sånn at på en måte alle veit hva de skal gjøre der.» (int. B2).*

At sykepleieren gir og får kunnskap kan øke muligheten for samarbeid mellom sykepleierne og andre yrkesgrupper ettersom det kan styrke eller være med på å minske de andre sin oppfatning av sykepleierne. Å være kunnskapsbærer og kunnskapssøkende kan oppfattes som at sykepleieren er uselvstendig, men også at sykepleieren er initiativrik og selvstendig. Det kan også ha positiv innvirkning på pasienten som får oppfølging fra sykepleier med engasjement og kunnskap som kan komme til nytte. Sykepleierne mener de lærer mye av hverandre innad i avdelingen og av samarbeidende helsepersonell:

*«Ja. Tenker mer rehabilitering og hjemmerehabilitering etter at jeg har hatt mye samarbeid med fysio.» (int. D3).*

Sykepleieren uttrykker subjektiv modalitet og viser høy affinitet til det positive aspektet med å være kunnskapssøkende ved å begrunne kunnskapsoverføringen med å beskrive hva hun selv har lært. En av de konkrete årsakene til å samarbeide er økt kunnskap for å forebygge og hindre skade på helsepersonell. Annet helsepersonell kan ha nyttig kunnskap og ved å bruke det ovenfor pasienten og seg selv viser sykepleieren til at samarbeidet har en positiv funksjon.

De kan få pasienten med på endringene sammen og det begunstiger derfor sykepleieren sin posisjon som koordinator i samarbeid med andre. I sitatet nedenfor beskriver sykepleieren en læringssituasjon med en fysioterapeut:

*«På tunge brukere og sånn så kan vi be om at de er med og lærer oss, at de kan være med å lære oss i forhold til folk som har vært negative til å bruke personløftere, så har de blitt med og vi har fått vise med dem i seilet, og de forklarer hvordan de skal oppføre seg i heisen og de er med på første stellet, og det har vært.. mye bra sånn da.» (int. B1).*

I neste sitat beskriver sykepleieren hvor viktig hennes kunnskap om pasienten er for at samarbeidet skal fungere med legen:

*«..for da må vi bruke.. ofte, fastlegene, som kanskje ikke har sett pasienten på mange måneder. Og bare har en epikrise [fra sykehuset] å forholde seg til. Og de må høre på hva vi har å si (int. A2).*

Det beskrives som ikke hverdagslig at det samarbeides tverrfaglig med fysioterapeuter og ergoterapeuter i hjemmesykepleien. Sykepleieren beskriver at de fikk «hjelp» og bruker «men, det er liksom..» som hedge for å moderere at det er det vanlige. I sitatet nedenfor er et eksempel på det:

*«M-m. Ehm, og vi har hatt flere sånne, ikke sant. Som ikke vil ha heis.. Og som ikke vil ha seng, og som altså, og da blir det jo vanskelig da, og få hjelp fra fysior og ergor og sånn når de ikke vil ta imot de hjelpemidlene. Det er klart, vi fikk mye hjelp av en fysioterapeut når vi hadde en som ikke ville ha heis. Og som måtte ha heis. Og det ble jo på en måte. Det var jo noe dårlig som blei bra. Fordi vi fikk hjelp. Men.. Det er liksom, men.. ja.» (int. B1).*

«Hjelp» beskriver at det er sykepleieren som ser det som sitt ansvar å kontakte andre yrkesgrupper for oppfølging der hun ser sine begrensninger med kunnskap. Det sees heller ikke som er krav at andre yrkesgrupper skal stille opp, men heller som positivt i at de mottar hjelp. Sykepleieren har ikke kontroll over det som skjer innad på apoteket, hun kan kun fortelle hva hun ønsker å få ut av et samarbeid. Sykepleieren mener apoteket ikke har kunnskap nok og hun vet bedre hva pasienten har behov for:

*«Og det merker du på apoteket og, det er alltid offing og, og åing hver gang vi kommer for å hente medisiner, og de har det aldri klart, og innimellom er det vi som må stå og fortelle hvilke medisiner som er hva og synonympreparater og de har jeg generelt KUN dårlig erfaring med, og der er samarbeidet veldig sviktende, og det går ut over pasientene, som igjen plutselig ikke får medisiner for dem ikke har greid å bestille det, eller de er tom på lageret og bare ikke tar inn medisiner, noe som alle andre apotek gjør, men plutselig ikke de gjør. Så der fungerer samarbeidet ekstremt dårlig. Og det er jo kun pasientene det går ut over, det går jo ikke ut over meg. Personlig» (int. B2).*

## 5.0 DISKUSJON

Resultatene i studien viser at sykepleieren i hjemmesykepleien konstruerer koordinatorposisjonen i samarbeidsdiskursen. Denne posisjonen sees også som en «in-between» posisjon. «In-between» oversettes til og brukes videre i studien som «mellomposisjon». Sykepleieren står hver dag overfor ulike krav, vurderinger og valg i samarbeidsrelasjoner. Samarbeidsrelasjonene der hun er i en mellomposisjon omhandler både kollegaer, annet helsepersonell, pasienter og pårørende. Hun står mellom organisasjonsstrukturer, lover, faglig ansvar og etiske utfordringer. Hun står mellom idealet og virkeligheten. I dette arbeidet har hun ressurser å bruke, men også krav som skal møtes. Sykepleieren i koordinatorposisjonen har mer eller mindre makt i ulike situasjoner for samarbeid.

### 5.1 Koordinatorposisjonen er en mellomposisjon

I studien vises mellomposisjonen, underliggende maktstrukturer og hvilke sosiale konsekvenser det kan ha ved hjelp av binaritetene moralsk – umoralsk, selvstendig – uselvstendig, individuell – relasjonell og belyses av relevant litteratur.

### 5.2 Mellom organisasjonsstrukturen og samarbeid

Samarbeidsdiskursen er diskursen sykepleierne i studien beskriver og som analyseres frem som den dominerende diskursen i hjemmesykepleien. Kontinuitet i ulike tjenester og samarbeid tjenestene imellom er viktig for å kunne tilby en helhetlig omsorg (Carrier, 2012). Samarbeid er samtidig en av de store utfordringene i helsetjenesten (Bakken et al., 2007). Samfunnet vårt og menneskene som lever i det er avhengig av å leve i en sosial orden, og i ulike samarbeidsrelasjoner finnes ulike premisser for hva som fungerer og hvordan samarbeidet organiseres og utføres i praksis. Det språklige skaper sosiale handlinger, og samarbeid sees både som grunnleggende for å få hverdagen til å gå opp, men samtidig utfordrende for sykepleierne i hjemmesykepleien. Ulike systemer og måter å samarbeide på er med på å skape og opprettholde maktforhold, både i samarbeid med pasienter, pårørende, kollegaer og på ulike nivåer av helsetjenesten.

Hjemmesykepleien organisert etter innføringen av NPM og BUM-modellen medfører at helsepersonell arbeider selvstendig, men allikevel etter vedtak tatt av en saksbehandler (Hallandvik, 2002). Kommunen informantene i studien arbeider i er organisert etter BUM-modellen. Når hjemmesykepleien er organisert etter BUM-modellen gir det i teorien

saksbehandleren ansvar og mulighet for vurderinger av pasientsituasjonene, det er de som tar beslutningen om hjemmesykepleie innvilges pasientene og eventuelt videre fastsetter vedtak. Sykepleierne i studien forteller at i hver pasientsituasjon tar sykepleieren ulike valg basert på egen kunnskap og erfaring, med bakgrunn i egen etikk og moral. Det vises i resultatene at sykepleierne i stor grad koordinerer ulike tjenester pasientene har behov for fortløpende. Sykepleierne koordinerer der det er behov for forebygging, der pasienten har akutte behov eller det er endringer i pasientsituasjonen. Det kan sees at saksbehandler setter i gang hjemmesykepleien og sykepleieren koordinerer videre samarbeid etter behov utover det. Samarbeid mellom bestiller og utfører beskrives ikke av sykepleierne i studien.

Det er en forventning til å være selvstendig som sykepleier i hjemmetjenesten. Beslutninger vedrørende pasientens pleie- og omsorg er i hverdagen opp til sykepleieren. Kravene og forventningene fra organisasjonsstrukturen om å være selvstendig og pasientenes behov for individuell, koordinert omsorg setter sykepleieren i en mellomposisjon. Denne mellomposisjonen er både mellom selvstendige avgjørelser og koordinering av pleie- og omsorg samt at i kommuner organisert etter BUM er det saksbehandleren som i teorien skal ta avgjørelser, men i koordinatorposisjonen er det sykepleieren som gjør det i praksis.

#### 5.2.1 Mellom organisatoriske krav og individuell omsorg

Omsorg er avgjørende i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Lachman, 2012). Det krever kunnskap og erfaring med samarbeid for å få det til på en god måte og å gjøre det som er moralsk godt. Særlig når det er mange ulike situasjoner med medfølgende forskjellige maktforhold og organisatoriske strukturer sykepleierne skal forholde seg til. Omsorgsetikk grunner i en idé om at omsorg er grunnleggende for menneskelig eksistens. Lachman (2012) mener det er det som skaper relasjoner og ulike nettverk, og at omsorg kan betraktes som en etisk oppgave, eller som en forpliktelse til å ivareta og bli engasjert i pasientens behov.

Sykepleiere som arbeider etter Burtzoorg-modellen har et totalansvar for pasientene sine. Dette er en annen måte å organisere hjemmesykepleien på enn slik sykepleierne inkludert i denne studien er organisert. Sykepleierne er etter Burtzoorg-modellen tilgjengelige hele tiden, og kan ringes ved behov. Det kan føre til nye krav fra pasientene, men også et mer tilgjengelig helsepersonell som har større innflytelse over egen arbeidshverdag. Tholens (2014b) beskriver at det i praksis viser det seg at tilgjengeligheten har den effekten at de faktisk sjelden må rykke ut etter ordinær arbeidstid. Hvis de må det kan det igjen ha en forebyggende effekt.



Sykepleierne står i enkelte situasjoner mellom egne behov og pasientens behov. Å arbeide i andre sitt hjem innebærer at de ansatte ivaretar pasientenes behov for praktiske hjelp, samtidig med at de ivaretar eget fysisk arbeidsmiljø. Det må balanseres mellom de ulike kravene (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det kan oppstå omsorgsetiske dilemma i denne balansegangen, og sykepleierne i studien forteller om situasjoner der de enten må ta hensyn til seg selv og egen helse eller pasientenes ønske om for eksempel ikke å bruke et hjelpemiddel. Det sees at sykepleierne i studien gjennom å bruke egen faglig kompetanse og argumentere for at pasienten må bruke et hjelpemiddel kan avverge eventuelle egne skader. De sørger med det for å holde seg i arbeid og ivareta eget fysisk arbeidsmiljø. Foss og Wahl (2002) sier at det også kan være nødvendige for å beskytte pasienter mot fall og skader.

Andre ganger forteller sykepleierne at de velger de å gå andre veier og finne alternative løsninger for å tilby individuell omsorg. Foss og Wahl (2002) mener at det bør fremmes en hjemlig atmosfære, sosiale faktorer skal ha forrang fremfor en mer medisinsk orientert tenkning for at pasienten skal ha det best mulig. I en situasjon der sykepleierne beskriver at pasienten ikke bare kan ligge i sengen velger de å kontakte samarbeidende helsepersonell som har mer kunnskap på området. Foss og Wahl ((2002) sier at personalets oppmerksomhet bør rettes mot pasientenes individuelle behov fremfor rutinepregede gjøremål.

### 5.3 Sykepleieren mellom lover, retningslinjer og pasienter

Sykepleieren har i sin arbeidshverdag ulike lover og retningslinjer å forholde seg til. De kan brukes på ulike måter og være med på å styrke eller svekke sykepleierens makt i relasjon til pasienten. Utfordringer hjemme hos pasienter kan være ulike omgivelser, miljø og sosiale vaner, i følge Aulisio (1999). Et eksempel på dette er beskrivelsen av en pasientsituasjon der pasienten ikke ønsker å bruke hjelpemiddelet sykepleieren har behov for, for å kunne hjelpe han. Pasienten har «alltid» hatt det på sin måte, og ønsker å fortsette med det. Fra sykepleierens ståsted sier hun at hun kan vise til at pasienten ikke får hjelp av henne hvis han ikke går med på å bruke hjelpemiddelet. Hjemmesykepleien er en tjeneste med spesielle utfordringer, og særlig arbeidsmiljøutfordringene er mange (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Hun kan bruke Arbeidsmiljøloven (2005) som et argument for å få pasienten til å gjøre som hun ønsker.

Rydeman, Törnkvist, Agreus og Dahlberg (2012) bekrefter at personer noen ganger nekter sosiale tjenester i hjemmet, selv om helsepersonell anser det som nødvendig. Sykepleieren har muligheten til å ta tilbake makten i en utfordrende situasjon med bakgrunn i et generelt

lovverk, og med det rettfærdiggjør hun handlingen som går på kompromiss med individuell omsorg. Hvis hun ikke hjelper pasienten i denne situasjonen tar hun individuelt hensyn til egen helse og kan da potensielt unngå skade og holde seg i arbeid. Det kan sees som en fordel for både sykepleieren, organisasjonen og pasientene at hun følger lover og retningslinjer. Lachman (2012) mener at sykepleiere bør etterstrebe imøtekommelse av pasientens behov i hver enkelt situasjon.

Forbes, Thiessen, Blake og Forbes (2015) sier at pasienter sitt eget hjem er et sted som sykepleiere har god mulighet for å ha en etisk praksis. I pasientens hjem kan sykepleiere lettere utvikle forståelse for pasientenes situasjon og å se dem med et helhetlig blikk, og gi helsehjelp på en måte som er sensitiv ovenfor pasients egen opplevelse. Samtidig mener Aulisio (1999) at helsepersonell som er på pasientens «hjemmebane» er mindre tilbøyelig til å protestere på potensielt skadelige situasjoner. Det kan forverres av at sykepleiere i hjemmesykepleien, i motsetning til for eksempel i institusjoner, har begrenset tilgang til tryggheten i annet helsepersonell. Aulisio (1999) beskriver også at etiske utfordringer i pasienters hjem kan bli ytterligere forverret av konflikt mellom helsepersonell, pasienter og/eller pårørende.

Sykepleierne forteller at de bruker mye tid i enkeltsituasjoner for å oppklare medisinalister. De ringer rundt til andre institusjoner pasienten har vært på for å få tak i riktig person som kan oppklare spørsmål de har, eller de venter i telefonkø hos fastlegen. Ved å ordne opp i medisinaloversikten og føre den riktig sørger de for at pasienten får riktig medisin til rett tid. De følger lovverket og retningslinjene og skaper en trygg tjeneste for pasientene. Samtidig oppretter de ulike samarbeidsrelasjoner de kan få bruk for ved senere anledninger, og videre da potensielt spare tid og ressurser på. Norheim og Thoresen (2015) sier at sykepleiere i hjemmesykepleien ofte står ovenfor ulike problemstillinger som krever god vurderings- og beslutningsevne. Hun må kunne identifisere og evaluere ulike situasjoner, og iverksette tiltak for å møte pasientens behov (Norheim og Thoresen, 2015).

Sykepleierne i studien forteller at de kan stå overfor valg mellom bruk av tid på den enkelte pasient inne på kontoret (som å oppklare medisinalister) og direkte omsorg hjemme hos pasienten. De må da prioritere egne tilgjengelige ressurser, de er i en mellomposisjon mellom lover, regelverk og pasientene. Lützén, Cronquist, Magnusson og Andersson (2003) påpeker at selv om sykepleiere er moralsk følsomme for pasientenes sårbarhet opplever de eksterne faktorer som kan forhindre dem fra å gjøre det de selv mener er best for pasienten. Det er

situasjoner sykepleiere føler de ikke har kontroll over, og det er med på å stresse sykepleierne. Når sykepleieren må bruke tid på å oppklare medisinalister og å sitte inne på kontoret i telefonkø samtidig med at hun vet pasientene har behov for hennes direkte omsorg hjemme kan det være med på å skape stress. Jameton (1984) beskriver det moralske stresset som at sykepleierne vet hva som er riktig å gjøre, men ytre begrensninger problematiserer at sykepleieren gjør den gode handling. Sykepleieren kan stå mellom to situasjoner som krever like mye til samme tid.

#### 5.4 Mellom relasjonell og individuell

Hvis en gitt situasjon krever kunnskap eller erfaring som sykepleieren ikke har, kan annet helsepersonell kontaktes. Dette valget baseres i følge Drinka og Clark (2000) på tilgjengelighet, potensialet for å spare tid, den enkelte sin kunnskap og erfaring med hva den andre kan tilby. Sykepleieren må gå ut i fra at den som kontaktes er i stand til å håndtere de ulike situasjonene hun trenger hjelp til. Drinka og Clark (2000) mener at kunnskap om og tidligere erfaring er base for tillitt mellom helsepersonell. Det kan gi forutsigbarhet, men også forventninger til relasjoner. Felles for sykepleierne i hjemmesykepleien er at de må samarbeide med mange ulike aktører. Sykepleierne forteller at de ønsker mer tilgjengelig samarbeidende helsepersonell. Tilgjengelighet og mulighet for kontakt med hverandre kan påvirke ulike maktrelasjoner i et tverrfaglig samarbeid.

##### 5.4.1 Relasjonell koordinator

Som relasjonell koordinator forteller sykepleierne om aktivt samarbeid med annet helsepersonell. De er inkluderende, åpne for samarbeid, og nærhet er med på å skape relasjoner. Drinka og Clark (2000) mener helsepersonell bør ha kunnskap om ulike måter å samarbeide på for å kunne ta et aktivt valg om hva som er best i den enkelte situasjon. Sykepleierne i studien forteller om ulike måter de samarbeider på, og gjerne at de selv tar initiativ til og koordinerer prosessen. Det er fordi det er de som først oppdager behovet for samarbeid. Når sykepleierne oppdager et problem tar de et valg om enten å samarbeide, eller forsøke å løse problemet alene, det er opp til dem i den enkelte situasjon. Valget om å kontakte andre, når de skal gjøre det, og hvem som skal kontaktes avhenger av arbeidsfilosofi, erfaring og trygghet i å motta andres meninger, sier Drinka og Clark (2000).

##### 5.4.2 Individuell koordinator

Det er situasjoner der sykepleierne beskriver seg som individuell i koordinatorposisjonen, og situasjoner hvor de velger ikke å koordinere de ulike helsetjenestene. Et eksempel er at de

sier de ikke har kontaktinformasjon til annet helsepersonell, et annet at de aldri oppnår kontakt selv om de forsøker å ringe. I situasjoner hvor sykepleierne ikke koordinerer beskriver de samtidig at det kan begrense pasientenes muligheter for helhetlig omsorg.

I koordinatorposisjonen har sykepleierne et valg i hver enkelt situasjon og relasjon, en beslutningsmyndighet og et medfølgende ansvar om en gjennomtenkt etisk plattform for egne valg og handlinger. Øresland og Lützén (2014) sier at mennesket har alltid et valg mellom å handle godt eller å la vær, i tillegg til makten å krenke eller respektere andre mennesker. Kunnskap skapes gjennom diskurs, og ulike maktrelasjoner har betydning for hva som blir tatt for gitt og er selvfølgelig og hva som ikke er det (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Hvilke valg sykepleierne gjør i de enkelte situasjonene kan bero på hvilken erfaring de selv har, det kan være avhengig av hvem de skal samarbeide med, og hvordan de løser utfordringene de møter i mellomposisjonen. Det kan være selvfølgelig for en sykepleier å kontakte fastlegen hvis hun kommer hjem til en pasient og ser at han har et nytt sår. For en annen sykepleier kan det med bakgrunn i egen kunnskap om sårbehandling, tidligere erfaring med lang telefonkø hos fastlegen i tillegg til ytre utfordringer som mangel på tid denne dagen sees godt å velge å se an situasjonen eller forsøke å ordne opp selv. For den ene sykepleieren er det selvfølgelig å kontakte fastlegen, han bestemmer. Den andre sykepleieren velger å ta makten i samarbeidsrelasjonen og bestemmer med det videre forløp i behandlingen.

### 5.5 Sykepleieren i mellom profesjonelle identiteter

Makt kan oppstå der det finnes individuelle forskjeller, kjønn, utdannelse, kulturell bakgrunn, hierarkier, og sosiale strukturer i en organisasjon. Leger er ofte beskrevet som «ledere» og de som tar ulike beslutninger. Sykepleiere, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og tilsvarende profesjoner er «lagspillere», de har en holistisk tilnærming til pasienten. Baker, Egan-Lee, Martimianakis, Reeves (2011) viser til at profesjonell identitet kan skape spenninger i prosesser for tverrfaglig beslutningstaking. Annet helsepersonell kan være utilgjengelige og på denne måten kan lite kjennskap, tillitt og erfaring med dem, i tillegg til ikke tidligere eksisterende relasjoner skape barriere for kontakt. Det beskrives i teksten ulike bekymringer og manglende initiativ til samarbeid når annet helsepersonell er utilgjengelig.

Burr (1995) beskriver at det i sosial interaksjon og ulike relasjoner er en kamp om hva som er sant og hva som er falskt. Denne «kampen» har utgangspunkt i et felles grunnlag om hva som er rett i diskursen (Burr, 1995). Maktmisbruk kan vise seg i for eksempel paternalisme. Før sykepleieren tar ulike valg i hverdagen beskriver de hva hver enkelt situasjon og relasjon

krever. Etter egen vurdering imøtekommer de andre involvert i samarbeidet så godt det lar seg gjøre med de ressursene som er tilgjengelig. De argumenterer for de ulike valgene de gjør med bakgrunn i egen kunnskap og erfaring og relasjoner til andre.

Motivasjonen for samarbeid kan være delt. Helsepersonell (for eksempel leger) med høy status kan oppfatte samarbeid som en trussel mot denne statusen. Baker et. al (2011) sier posisjonen for helsepersonell med lavere status kan forbedres med samarbeid. Sykepleierne i studien vurderer om andre profesjoner skal kontaktes i situasjoner der eget kunnskapsområde er begrenset. Samarbeid og utveksling av kunnskap kan endre allerede eksisterende maktforhold og føre til endringer i ulike relasjoner mellom helsepersonell med ulik profesjonell identitet.

#### 5.5.1 Hierarkier, historie og kultur i helsevesenet

I teksten uttrykkes metaforen: «legen er på toppen og bestemmer». I helsesektoren er ulike hierarkier ofte karakterisert av ansvar, kontroll, autoritet og kunnskap. Bro Pedersen (2014) mener sykepleiere og leger er moralske vesener som søker en relasjon og praksis der de kan kommunisere og vise omsorg. En stor del av problemet når det ikke oppnås samarbeid er kulturelle og historisk forankrede normer og prosedyrer, og Bro Pedersen (2012) mener det er behov for andre måter å kommunisere på og organisere helsetjenestene for å oppnå gode samarbeid. Sykepleierne sier i teksten at det brukes faks som kommunikasjonsmiddel, og de sjekker ikke alltid mailen sin. Det uttrykkes at «gammeldags fungerer best». Uttrykket viser til at endringskompetanse kan være en utfordring, og bedre informasjonsflyt og kommunikasjonsmetoder kan medvirke til å hjelpe sykepleieren i mellomposisjonen.

Lykke Schultz (2014) sier at hierarkisk oppbygning og ulike maktforhold kan stå i veien for at sykepleieres erfaring og faglighet blir hørt i samarbeid med leger. Legen har i hjemmesykepleien beslutningsmyndighet, men samtidig viser analysen at det er sykepleieren i hjemmesykepleien som ser de ulike situasjonene og har makt til å ta avgjørelsen om legen i det hele tatt skal kontaktes. Det sier også av sykepleieren: «vi forteller legen hva han skal gjøre, også ordner han det». Lykke Schultz (2014) observerer at samtidig med at sykepleieren vet hva som skal gjøres og legen bestemmer seg for å høre på ekspertisen og erfaringen og lar sykepleieren ta beslutningen, så trekker sykepleieren seg både verbalt og fysisk i relasjonen.

Bro Pedersen (2012) mener at menneskelige feil i helsetjenesten er relatert til dårlig kommunikasjon, manglende informasjon og koordinering. De sosiale relasjonene beskrevet i

eksemplene mellom sykepleier og lege kan trekkes videre og sammenlignes med sykepleierens maktforhold til saksbehandler i situasjoner i hjemmesykepleien. Sykepleieren har en makt over saksbehandler i og med at det er de som er hjemme hos pasienten og har den mest oppdaterte informasjonen. De har et valg om å informere eller ikke informere om endringer eller behov, om de skal koordinere selv eller overlate det til saksbehandler. Det vil derfor være viktig å avklare de sosiale mønstrene som allerede eksisterer samt ulike maktforhold så de eventuelt kan endres for bedre kommunikasjon, informasjon og koordinering. Winther Jørgensen og Phillips (1999) mener det må arbeides for at sosiale mønstre legitimeres og opprettholdes.

### 5.6 Mellom selvstendig og uselvstendig

Det analyseres frem at sykepleierne i studien fremstiller seg selv som selvstendig og uselvstendig. Selvstendighet beskrives av sykepleierne som en positiv og viktig del av å være sykepleier i hjemmesykepleien. Når sykepleierne i enkelte situasjoner ikke mottar hjelp av samarbeidende helsepersonell utfører de arbeidsoppgavene selv. Drinka og Clark (2000) fremstiller å løse diverse utfordringer alene som positivt, det kan spare tid og gjøre at sykepleieren får oversikt over hele situasjonen. Sykepleieren vet at pasienten får det han har behov for og til hvilken tid. Men det sees at det ofte fører også til at hun gjør alt selv, noe som krever ressurser fra hjemmesykepleien spesielt, istedenfor at ressursene hentes fra hele hjemmetjenesten i kommunen. Sykepleieren vet heller ikke hva hun eller pasienten kan gå glipp av.

Uselvstendig dukker opp i teksten som en motsetning til det sykepleierne selv presenterer, men allikevel beskriver. Beskrivelsen kan oppfattes negativt ladet, men i samarbeidsdiskursen handler det om hvordan sykepleieren ser behovet for samarbeidende personell og hvordan hun koordinerer samarbeidet. Det er derfor ikke en negativ betegnelse.

### 5.7 Mellom ideal og virkelighet

Koordinere beskrives som å være å samordne eller å samkjøre, organisere, sette i system, inndelegge, kategorisere, systematisere og synkronisere (Gundersen, 1991). Ved å definere ordet koordinere i sammenheng med samarbeid kan det sees som det videste begrepet. Det innebærer at partene tilpasser seg for at helheten skal bli best mulig (Hallandvik, 2002). Hallandvik (2002) begrunner et problematisk samarbeid mellom for eksempel hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten i en kommune med at koordineringen er overlatt til

en frivillig innsats fra de som arbeider der. Det er ofte, i følge Hallandvik (2002) ledelsen i de ulike organisasjonene som må ta ansvar og koordinere samordningen. Samhandling, samordning, koordinering og samarbeid er ulike begreper som kan være utfordrende å skille fra hverandre.

Orvik (2004) mener samordning er på systemnivå og kan defineres som noe mindre enn samarbeid og Lauvås og Lauvås (2004) mener samordning bør være fokus der samarbeid enda ikke er mulig. Hallandvik (2002) mener det er ledelsen som bør koordinere. Samhandling skal sikre flyt i ulike arbeidsprosesser og det foregår på individnivå, men forutsetter at enkeltpersoners handlinger er koordinerte sier Orvik (2004), og Samhandlingsreformen (2009) innebærer en mer omfattende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men her også krav om et mer direkte samarbeid mellom sykepleiere i de ulike avdelingene. Samordning er det enighet om at er på systemnivå. Samhandling og koordinering kan med bakgrunn i de ulike definisjonene skilles fra samarbeid som noe som også bør utføres på systemnivå (selv om Orvik (2004) sier at samhandling foregår på individnivå forutsatt at det er koordinert), av ledere og egne koordinatorene i ulike institusjoner og avdelinger. Samarbeid er det enighet om at er noe om gjøres på sykepleierens nivå, og at det går dypere og er mer omfattende enn samordning eller koordinering. Det er da en utfordring at sykepleierne i hjemmesykepleien inntar posisjonen som koordinator i sitt daglige arbeid. De organiserer samarbeidet, som ifølge Orvik (2004); Lauvås og Lauvås (2004); Hallanvik (2002); og Samhandlingsreformen (2009) ikke er deres oppgave som sykepleiere i arbeidshverdagen med direkte individuell omsorg for pasienter. Dette er med på å sette sykepleieren i en mellomposisjon mellom idealet og virkeligheten.

### 5.8 Mellom moralske utfordringer og moralsk ansvar

Utfordringen med å ta beslutninger basert på hver enkelt situasjon kan være å skille den andre sine behov fra egne behov, i tillegg til valg mellom konkurrerende behov og ansvar, sier Øresland og Lützén (2014). Fleksibilitet, kunnskap og tidsbruk tilpasset hver unike situasjon mener Wollscheid, Eriksen og Hallvik (2013) er indikatorer på god kvalitet, men er noen ganger motstående til spesifiserte instruksjoner. Ulike situasjoner kan også bestå av valg mellom ytterligheter. Dyden er da å gå «den gylne middelvei» (Birkler, 2003). Det krever trening på gode handlinger, og med gode handlinger øker mulighetene for gode vaner som igjen kan føre til at vi blir gode mennesker (Øresland og Lützén, 2014).

Sykepleierne i studien beskriver i intervjuene ulike pasientsituasjoner og egne handlinger relatert til den enkelte situasjon. De forteller ikke om ulike vedtak eller tidsbruk satt av til gjøremål hjemme hos pasienten, selv om de forteller at det er mangel på tid. Mangel på oppmerksomhet mot pasientenes ulike vedtak kan ha ulike årsaker. En mulighet er at vedtakene er så integrert i sykepleiernes daglige arbeid og ansvar, og i så måte så vanlig for dem at de ikke beskrives i teksten. Vedtakene kan også være integrert i ulike arbeidsbeskrivelser og ikke beskrevet direkte som «vedtak», eller det kan være at det ikke er en utfordring i samarbeidsdiskursen. Det kan være problematisk at det ikke er oppmerksomhet rettet mot vedtak, da det er vedtakene som beskriver tidsbruk de kan disponere hos hver enkelt pasient og tid trekkes frem som en manglende ressurs.

Det beskrives utfordrende å koordinere samarbeid i situasjoner som ikke har vedtak eller ulike «forhåndsbestemte» tiltak. Situasjoner med behov for forebyggende arbeid og uforutsette hendelser er de mest utfordrende og situasjonene der det er størst behov for koordinering. Carrier (2012) beskriver at det er her saksbehandler svikter som koordinator, med bakgrunn i at de ikke er «føre var» og har kunnskap om behov som oppstår.

Sykepleiere i hjemmesykepleien står ovenfor ulike valg og moralsk utfordrende situasjoner i arbeidshverdagen. Det er ikke sikkert de alltid forteller om et bevisst valg som bakgrunn for hvorfor de velger som de gjør, men det sees at de i flere situasjoner tar utgangspunkt i den enkelte pasient sin situasjon og gjør det de mener er best basert på egen kunnskap og erfaring. Dette sammenlignet med å ta utgangspunkt i annen normativ etikk (pliktetikk eller konsekvensetikk), der de etiske retningslinjene er veiledende og bør handles etter eller en gjør det som er «best for flest» for å oppnå den moralsk gode handling (Øresland og Lützén, 2014).

## 5.9 Etisk stress

Sykepleieren i koordinatorposisjonen er i en mellomposisjon mellom flere tidligere nevnte faktorer. Ulike maktforhold som påvirker relasjoner i samarbeid kan være med på å skape «etisk stress». «Etisk stress» blir av Øresland og Lützén (2014) beskrevet som det mennesket opplever på reisen fra gode vaner til uvaner. Uvaner kan oppstå på grunn av ytre eller indre hindringer. Eksempler kan være ressursmangel og tidspress, eller uvilje mot å utføre ulike oppgaver. Når det blir et gap mellom hva som er forventet eller bør gjøres og hva som blir



gjort kan det oppstå etisk stress. Øresland og Lützén (2014) mener at bevissthet og forståelse av etisk stress, og å uttrykke uvanene er en måte å få dette stresset til å forsvinne på.

Drinka og Clark (2000) sier at gjensidig avhengighet og behovet for samarbeid er bakgrunn for hvilken metode som bør velges for å ta tak i et problem, enten det er relatert til en pasientsituasjon eller systemdrift. Når sykepleieren i hjemmesykepleien beskriver at de inntar koordinatorposisjonen i praksis, kan det være med på å skape etisk stress. De ulike aktørene må samarbeide, men Wollscheid et al. (2013) viser at det kan være en utfordring.

Saksbehandlerne oppdager ikke de ulike utfordringene hjemme hos pasienten, og klarer ikke ta tak i pasientsituasjoner mens det enda er mulighet for forebygging. Det sees mangel på kommunikasjon og samarbeid mellom bestiller og utfører. Monsen og deBlok (2013) presenterer Burtzoorg-modellen som en organisasjonsform som gir sykepleierne stor mulighet for og innflytelse over egen arbeidshverdag. Tholens (2014b) sier at modellen er populær og velfungerende, og mener at egen innflytelse over egen arbeidshverdag kan være noe av forklaringen. Det er en organisasjonsstruktur med tydelig definerte arbeidsoppgaver og mulighet for selvbestemmelse. Det kan være med på å redusere etisk stress at sykepleierne er i koordinatorposisjonen i både teori og praksis i de ulike samarbeidsrelasjoner. Sykepleierne har i denne modellen beslutningsmyndighet og egne valg påvirker hele teamstrukturen og de ulike samarbeidsrelasjonene på flere nivåer.

En bevisst, tydelig og konkret språkbruk, organisering av hjemmesykepleien og handling ut fra at sykepleieren er koordinator i samarbeidsrelasjoner i hjemmesykepleien kan redusere etiske stress. Det kan også medføre at de får tilgang på ulike ressurser de har behov for. Det kan være med på å øke egen og samarbeidspartnere sin forståelse for ulike forventninger og behov de har i koordinatorposisjonen.

#### 5.10 Hjelpemidler for sykepleieren i mellom

Ulike teknologiske hjelpemidler kan være med på å lette samarbeidet, gjøre annet helsepersonell mer tilgjengelig og skape færre fysiske barrierer for samarbeid i hjemmesykepleien. Bruk av «gule lapper» og kommunikasjonssvikt som følge av misforståtte beskjeder eller at beskjedene ikke kommer frem kan i følge Bossen et al. (2013) og Bakken et al. (2007) reduseres. Innføring og utvikling av nye IKT-løsninger kan i tillegg til å være med på å hjelpe sykepleieren i koordinatorposisjonen, medføre utfordringer som integrering, opplæring, ulike moralske vurderinger og behov for en mer omfattende helhetlig

koordinering. I tillegg vil bruk av nye teknologiske hjelpemidler sette økte krav til helsepersonell sin kunnskap (Melberg og Kjekshus, 2012). Ulike nye systemer og IKT-løsninger kan være både hjelpemidler som letter sykepleieren i koordinatorposisjonen sin hverdag, men også være med på å komplisere den ytterligere. Ulike IKT-verktøy kan være med på å spare tid, gjøre kunnskap og informasjon lettere tilgjengelig når det ikke alltid er tilgang på en fast kontorplass og samarbeid med annet helsepersonell enklere. Krav om økt kunnskap krever samtidig ressurser til opplæring, integrering og veiledning av samarbeidende helsepersonell, pasienter og pårørende. Dette er oppgaver sykepleieren beskriver at hun har i koordinatorposisjonen, og det kan sees at hun dermed også står i mellom innføring av nye løsninger og moralske krav om oppmerksomhet mot direkte samarbeid og omsorg. I et lengre tidsperspektiv kan det fortone seg annerledes, men sykepleieren er også «her og nå».

#### 5.11 Sosiale konsekvenser av sykepleieren i mellom

Helsepersonell er opplært til ikke å gjøre feil, men oppdager stadig problemer som står om liv og død for pasientene. Drinka og Clark (2000) sier at konsekvensene av ulike samarbeid og maktforhold kan være livsviktig for de hjemmeboende pasientene. Sykepleiere i helsevesenet har både en organisatorisk og medisinsk tilnærming (Rydeman, Törnkvist, Agreus og Dahlberg, 2012). Rydeman et al. (2012) mener at disharmoni og uenighet mellom ulike helsepersonell kan påvirke pasienter og pårørende negativt.

I en organisering av hjemmesykepleien etter BUM er det saksbehandler som er koordinator og bestiller ulike tjenester pasientene har behov for av hjemmesykepleien. Det viser seg i resultatene i denne studien at sykepleierne i stor grad koordinerer ulike tjenester videre fortløpende, og det er avhengig av både indre og ytre faktorer. Sykepleierne koordinerer der det er behov for forebygging, der pasienten har akutte behov eller det er endringer i pasientsituasjonen. Det kan sees at saksbehandler setter i gang hjemmesykepleien og sykepleieren koordinerer videre samarbeid etter behov utover det. Samarbeid mellom bestiller og utfører beskrives ikke av sykepleierne i studien. Det sees at gapet mellom teori og praksis og manglende ressurser er med på å skape etisk stress.

Sykepleieren koordinerer samarbeidet i hjemmesykepleien i praksis, hun har ansvar for at pasientene får behandling og oppfølging. Hun står i mellom ulike faktorer og det kan være med på å skape etisk stress og forvirring om hvem som skal gjøre hva, hvor og når.

Rydeman et al. (2012) sier at organisatoriske forhold og ulike strukturer i helsevesenet kan føre til uenighet, frustrasjon og komplikasjoner i et samarbeid. Et tvetydig ansvar kan forårsake problemer for pasientene som befinner seg mellom ulike tjenester (Rydeman et al., 2012).

I samarbeidsdiskursen kan det ha som konsekvens at det ikke blir et organisert samarbeid, pasienten kan gå glipp av behandling eller oppfølging han har behov for og samarbeidende helsepersonell inkluderes ikke alltid. Sykepleieren i mellom har et stort ansvar for mye forskjellig.

Tilgjengelighet og nye løsninger for å kommunisere og dokumentere arbeidshverdagen kan være med på løse noen av utfordringene med «gapet» mellom teori og praksis for sykepleieren i koordinatorposisjonen. Det fører i større grad til at sykepleiernes posisjon og handlinger blir bevisstgjort både i organisasjonsstrukturen og for dem selv. Ulike maktforhold og kompliserte samarbeidsrelasjoner kan være med på å skape etisk stress. Etisk stress kan reduseres ved å vise hva som påvirker og hvordan sykepleierne koordinerer i samarbeidsdiskursen.

## 6.0 METODEDISKUSJON

Utgangspunktet for denne studien er en interesse for tverrfaglig samarbeid. Underveis i studien er det gjort ulike endringer, både i problemstilling og forskningsspørsmål. Den tentative problemstillingen som er utgangspunkt for studien er: Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien med tverrfaglig samarbeid? Både underveis i intervjuene og i etterkant har det imidlertid kommet frem at sykepleierne ikke samarbeider tverrfaglig slik det er definert (Willumsen, 2009; Orvik, 2004). Underveis i intervjuene hadde de selv problemer med å definere og avgrense begrepet tverrfaglig, og transkripsjonen viser at de inkluderer «alle» de samarbeider med i begrepet tverrfaglig samarbeid. Det er derfor underveis i studien gjort ulike vurderinger i forbindelse med problemstillingen, men det ble tidlig klart at tverrfaglig samarbeid var inkludert i det sykepleierne beskrev som samarbeid. Derfor ble tema for studien samarbeid.

En annen endring fra utgangspunktet for studien er å bruke diskursanalytisk metode, det er i utgangspunktet formulert en fenomenologisk problemstilling og forskningsspørsmål. Bakgrunnen for denne endringen har vært et ønske om å studere selve teksten mer inngående samt å studere de ulike sosiale relasjonene sykepleierne konstruerer, akkurat slik de presenterer det selv. I tillegg har det vært en spennende utfordring å utforske et tidligere ukjent felt. Sykepleierens posisjon i samarbeidet er utgangspunktet for den tentative problemstillingen som innebærer begrepet tverrfaglig samarbeid, det er også sykepleierens posisjon i samarbeidet som står som sentral i den endelige problemstillingen. De tentative forskningsspørsmålene har endret seg i takt med problemstillingen.

### 6.1 Rekruttering

Informantene i studien er inkludert med hjelp fra en avdelingsleder for hjemmesykepleien i kommunen sykepleierne er rekruttert fra. Avdelingslederen ga forespørselen videre til de andre avdelingslederne i samme kontorlokaler som stilte med informanter fra sin personalgruppe. Noen av sykepleierne inkludert var til stede på presentasjonen av studien, og andre som møtte inklusjonskriteriene ble spurt av avdelingsleder i etterkant. Det kan stilles spørsmål ved metode for rekruttering av informanter i forbindelse med studien. På grunn av ulike uforutsette hendelser beskrevet i kapittel om rekruttering av informanter og at informantene benevnes med en bokstav og tall sees det at personvern og konfidensialitet er bevart. Avdelingsledere kan i noen tilfeller av ulike årsaker ha et ønske om å fremstille sin

avdeling i et positivt lys, og det er viktig å være bevisst dette. Det har kommet frem ulike beskrivelser fra sykepleierne som det oppleves gir et nyansert bilde av kommunens hjemmesykepleie.

Sykepleiere kan føle seg presset til å delta når de rekrutteres på denne måten. Det kan være vanskelig å si i mot en leder, og derfor er det gitt tydelig informasjon både under muntlig presentasjonen av studien før intervjuene ble gjennomført, og skriftlig informasjon om muligheten for å trekke seg fra studien underveis. Grunnen til at rekrutteringen er gjennomført på denne måten er at det ble sett som beste løsning for å få informanter til studien. Egen erfaring er at det er viktig å ha avdelingsleder med i beslutninger som har konsekvenser for disponering av sykepleiernes tid.

## 6.2 Forforståelse

I kapittelet om hermeneutikk er forforståelse tatt opp og beskrevet i detalj. Med egen bakgrunn som sykepleier i hjemmesykepleien forsøkes det best mulig å ta hensyn til ulike faktorer som kan være med å påvirke både analyse, resultat og konklusjon i studien. Det kan være vanskelig å se utenifra et system og en organisasjon som er kjent fra tidligere. Ved bruk av diskursanalyse som metode og verktøyene binariteter, retorisk og lingvistisk analyse gir det egen rolle mindre betydning. De ulike tekstene tillegges ikke noen fortolket mening utenom det informantene sier direkte. Forforståelsen kan ha påvirket utvalg av tekst til analyse, selv om det også her er gjort etter innledningsvis fastsatte kriterier. Intervjuene sees som punktet der forforståelsen kan ha hatt åpenbar betydning for studien, da to tidligere arbeidsforhold har vært som sykepleier i hjemmesykepleien. Studien er gjennomført med en gjennomgående bevissthet rundt egen forforståelse og bakgrunn, og det sees ikke at det har hatt spesiell innvirkning på resultater eller konklusjon, men som en bakgrunn og interesse for å gjennomføre studien.

## 6.3 Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonisme er kritisert for en beskrivelse av at all kunnskap og alle sosiale identiteter er flytende. Det vil da medføre at tvang og regelmessighet i det sosiale opphører. Winther Jørgensen og Phillips (1999) beskriver at selv om noen sosialkonstruksjonister muligens kan tolkes slik, er i det store og hele det det sosiale feltet oppfattet som mer regelbundet og regulerende. Selv om viten og identiteter i prinsippet alltid er kontingente er de

i konkrete situasjoner alltid fastlåst. Kritikken kan derfor oppfattes som et karikert bilde av sosialkonstruksjonismen (Winther Jørgensen og Phillips, 1999).

#### 6.4 Egen erfaring med metode

Underveis i studien har det vært innlæring av både teori og metode parallelt med at det er utført i praksis. Dette kan ha påvirket hvordan analysen er utført og med kunnskap om metoden fra tidligere er det mulig at det kunne blitt mer utfyllende resultater. Erfaring med diskursanalyse kan være nyttig, å se ulike mønstre i tekst og å ha erfaring med metoden kan ha påvirkning på effektivitet og regelmessighet. Samtidig, uten erfaring med metoden er alt sett med «nye» øyne analytisk, og uten tidligere kunnskap er analysen utført med et mest mulig åpenhet, og valg er ikke gjort på bakgrunn av tidligere erfaring. Det kan da også være enklere å forstå for en annen som er ukjent med diskursanalyse. Det har hele tiden vært svært viktig å kunne underbygge alle valg som blir gjort underveis, og teori og metode er knyttet sammen i hele denne prosessen.

#### 6.5 Kritikk av diskurspsykologi

Diskurspsykologien, med bakgrunn i Potter og Wetherell (1987) kan kritiseres for kun å være interessert i intervjuenes innhold og ikke den lingvistiske oppbyggingen. De identifiserer ulike fortolkningsrepertoarer i en rekke intervjuer og argumenterer for at de bidrar til å opprettholde en viss sosial orden. Det kan sees som at det ikke er gitt tilstrekkelig med belegg for at de ulike fortolkningsrepertoarene virkelig eksisterer (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Ved bruk av Fairclough's (1992; 2003) tekstnære lingvistiske analyse og bruk av binariteter kan det finnes mange trekk i tekstene som ikke legges merke til kun ved gjennomlesing (Winther Jørgensen og Phillips, 1999; Øresland, 2011). Fairclough sin metode gir grundig belegg for påstander som fremsettes om ulike tekster (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Det vises til en skjematisk oversikt over lingvistiske verktøy funnet i teksten som bakgrunn for analysen i denne studien (vedlegg 6). Dette for både å gi belegg for og vise til en systematisk analyse av diskursen.

#### 6.6 Holdbarhet

Det er brukt kvalitativ metode ved innhenting av data. Kvalitativ forskning bygger ofte på induktive prosesser (Olsson og Sørensen, 2003). Et induktivt forskningsarbeid har utgangspunkt i oppdagelser i virkeligheten som kan føres sammen til allmenne prinsipper og igjen videre til en teori (Olsson og Sørensen, 2003). Det er vanskelig å generalisere resultatet

i studien, og det kan være en utfordring å vurdere studien sin holdbarhet. Holdbarheten sier noe om hvorvidt en annen forsker hadde gjort de samme funnene om studien hadde blitt gjentatt. Det er utført intervjuer med et visst antall sykepleiere som arbeider på et bestemt sted i en bestemt periode, disse er ulikt historisk og kulturelt forankret og uttalelsene er subjektive (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). De beskriver verden slik de oppfatter den der og da. Det kan være problematisk for en annen forsker å gjøre de samme funnene igjen når det tas utgangspunkt i enkeltpersoner sin konstruksjon av verden. Med en sosialkonstruksjonistisk tilgang er det problematisk å skulle beskrive en objektiv virkelighet (Burr, 1995).

### 6.7 Kriterier for validering av diskursanalyse

Validitet gjennomsyrrer hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2012). Kvale og Brinkmann (2012) mener det kan være problematisk å vurdere validiteten i kvalitative studier. Det finnes noen analytiske verktøy som kan bli brukt for å validere de ulike funnene i diskursanalyse (Potter og Wetherell, 1987). Hovedteknikkene er: å vise til en sammenheng og konsekvenser for menneskers sosiale liv, resultatet skal være med på å skape nye problemer og utfordringer brukt når det blir sett i ulike sammenhenger, samt den kanskje mest viktige teknikken for validering: fruktbarhet og betydning for praksis (Potter og Wetherell, 1987). Det vises hvordan diskursen passer sammen med resten av kategoriene og hvordan de ulike strukturene i diskursen har ulike effekter og fyller ulike funksjoner for sykepleierne i praksis i resultat-kapittelet. Ved å bruke både retorisk og lingvistisk analyse dekkes både det «brede» mønsteret og de små mikro-sekvensene (Potter og Wetherell, 1987). Det skal gjøre analysen komplett og til å stole på. Et mål med diskursanalyse er å vise klarhet i de lingvistiske ressursene som er brukt for å få ting til å skje (Potter og Wetherell, 1987). Ved å bruke utdrag som baseres på «*accounts*» og sekvenser der sykepleierne sier at de «gjør» noe oppleves det dekkende for validering (Winther Jørgensen og Phillips, 1999). Det demonstrerer hvordan sykepleierne bruker språket for å beskrive at de får noe til å skje. Det skapes en helhet uten løse tråder ved bruk av binariteter som hjelpemiddel. Her sees sammenhenger og kategoriene som brukes er dekkende for helheten og teksten som analyseres. Fenomener som interesserer diskursanalytikere har genuine konsekvenser for menneskers sosiale liv. I praksis kan studien brukes for å se hvordan sykepleierne beskriver samarbeidet i hjemmesykepleien. Det kan for sykepleierne i selve prosessen med intervjuer være fruktbart å reflektere over dette. I tillegg kan det i en organisasjonsstruktur føre med seg ulike konsekvenser når det fremstilles konkret hvordan deltakere i organisasjonen beskriver

sitt arbeid og måter samarbeidet foregår i praksis. Hvis forklaringer og teorier kan bli brukt til å generere nye løsninger for problemer på et område, vil de sannsynligvis få mer respekt (Potter og Wetherell, 1987). Denne studien er mer enn en presentasjon av funn, den konstituerer deler av bekreftelse og validerings-prosedyrer selv. Målet for dokumentasjonen og presentasjonen av studien er å gi leseren en forståelse av forskerens tolkning av analyse, resultat og konklusjon, noe som anbefales av Potter og Wetherell (1987).



## 7.0 KONKLUSJON

Problemstillingen for denne studien er: «Hvordan konstruerer sykepleiere sin posisjon i samarbeid med annet helsepersonell i hjemmesykepleien?» I denne studien er 8 sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien intervjuet. Intervjuene er kodet og transkribert og så videre analysert. Det er brukt diskursanalytisk metode, som er en «pakkeløsning» av både teori og praktiske verktøy. I analysen er det hentet inspirasjon fra Potter og Wetherell (1987) sin retoriske analyse, Fairclough (1992;2003) sin lingvistiske analyse, og Øresland (2011) sine binariteter i ekvivalenskjeder.

### 7.1 Koordinator

Resultatet av studien viser at sykepleieren i hjemmesykepleien er i «koordinatorposisjon» i samarbeidsdiskursen. Utfordringene som kan nevnes for «koordinatorposisjonen» er å organisere samarbeidet, både å innlede, utføre og opprettholde ulike relasjoner.

«Koordinatorposisjonen» bygges opp av moralsk-umoralsk, relasjonell – individuell, selvstendig – uselvstendig. Forholdet mellom binaritetene påvirkes av både indre og ytre forhold, og sykepleieren i hjemmesykepleien er i en utfordrende mellomposisjon.

### 7.2 Studiens betydning

Det er lite forskning som omhandler sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien i Norge og hvordan de konstruerer sitt samarbeid med andre. Ikke heller hvordan sykepleiere posisjonerer seg i dette samarbeidet er tidligere undersøkt. Fairclough (2003) påpeker betydning av at kunnskapen som produseres skal ha sosiale konsekvenser. Kunnskapen som produseres i denne studien har betydning for og viser at samarbeidet i hjemmesykepleien er svært komplekst og omfattende.

De eldre lever lenger enn før, og det vil bli flere eldre i fremtiden. Det er behov for samarbeid for å kunne ivareta de eldre som har behov for hjemmesykepleie. Den mest brukte måten å organisere hjemmesykepleie i Norge i dag er med bakgrunn i NPM og BUM. Organisering av helsetjenestene er i stor grad lagt opp til at er et fritt valg i hver enkelt kommune. Det kan sees at NPM og BUM medfører ulike utfordringer for sykepleierne i hverdagen, da særlig samarbeid med tjenestetildelingskontor og presisering og tydeliggjøring av sykepleierens ansvar og posisjon i samarbeidsdiskursen.

### 7.3 Konstruksjon av identitet

En undersøkelse av hvordan sykepleieren konstruerer sin identitet i samarbeidet kan ha betydning for utvikling av samarbeidsrelasjoner og bevissthet rundt hvordan samarbeid organiseres og hvilke språklige virkemidler som brukes. Ved å presentere sykepleiernes beskrivelse av samarbeidet i hjemmesykepleien kan det her hentes informasjon og informasjonen kan nyttiggjøres, for det sees et gap mellom teori og praksis. Ulike definisjoner av samordning, samhandling, koordinering og samarbeid er med på å forvirre, den konkrete språkbruken skaper utfordringer.

Ulike måter å organisere helsetjenester på og metoder for samarbeid finnes det mange av. Noe av det viktigste denne studien beskriver er sykepleierens egen konstruksjon, det vil si hvordan det egentlig er for sykepleierne som jobber i hjemmesykepleien, deres egen hverdag.

Hjemmesykepleien er organisert slik at sykepleierne har mye ansvar og arbeider selvstendig. Det er et komplekst arbeidssted og det finnes mange å samarbeide med. Samarbeid og erfaringer med og beskrivelser av samarbeid i hjemmesykepleien kan trekkes videre og tilpasses andre typer institusjoner og arbeidssteder der det jobber sykepleiere. Sykepleierne kan bli mer bevisst sin posisjon i samarbeidsdiskursen ved å se til resultater fra hjemmesykepleien og trekke paralleller.

### 7.4 Mellomposisjon

Hver enkelt situasjon har utgangspunkt i egen moral. Kunnskap om omsorgsetikk og erfaring med ulike relasjoner og valg som er moralsk gode, er viktige verktøy i hverdagen for koordinatoren i samarbeidsdiskursen for å kunne tilby en helhetlig og god hjemmesykepleie til pasientene

Det sees at sykepleieren i hjemmesykepleien er i en mellomposisjon. Hun står ofte overfor ulike krav, vurderinger og valg i samarbeidsrelasjoner. Hun står mellom organisasjonsstrukturer, lover, faglig ansvar og etiske utfordringer, idealet og virkeligheten. Valgmulighetene medfører etiske utfordringer for sykepleieren og kan være med på å skape etisk stress. Binaritetene belyser normer og verdier som uttrykkes i sykepleiernes valg mellom hvordan de skal være, handle og oppføre seg i «mellomposisjonen» i samarbeidsdiskursen.

## 7.5 Videre forskning

I lys av denne studien sees det nyttig å undersøke organiseringen av samarbeidet mellom saksbehandler som innvilger tjenester og sykepleiere i hjemmesykepleien. Det kan sees at deres arbeidsoppgaver overlapper og det ikke er en tydelig forståelse av de ulike partene sine ansvarsområder. Både arbeidsoppgavene til saksbehandler og sykepleier sees diffust i samarbeidsdiskursen. Det oppfattes at det i stor grad kan være egen vurdering i de enkelte situasjonene, noe som stiller store krav til den enkelte ansatte.

Det kan være spennende videre å undersøke hvilken posisjon sykepleiere inntar i samarbeidsdiskursen innad i egen avdeling, eller med pårørende og/eller pasienter.

## LITTERATURLISTE

- Abrahamsen, D. R., Svalund, J. (2005). Pleie- og omsorgstjenester. Flere eldre mottar hjemmesykepleie. *Samfunnsspeilet*, 2005, (4). Statistisk sentralbyrå
- Allertsen, L.M. & Jensen, A. (2014, 9.desember). Folkehelse i samhandlingens tegn. *Samfunnsspeilet*, 2014, (5). Statistisk sentralbyrå
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. av 17. juni 2005 nr. 8.*
- Aulisio, M. P. (1999). Community ethics. *The Newsletter of the University of Pittsburgh Consortium Ethics Program*, 1999, (6), 1-16
- Austin, J. L. (1956). A Plea for Excuses: The Presidential Address. *Proceedings of the Aristotelian Society, New Series* (57), 1-30.
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M, A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power; implications of interprofessional education. *Journal of interprofessional Care*, 2011 (25), 98-104.
- Bakken, K., Larsen, E., Lindberg, P. C., Rygh, E., & Hjortdahl, P. (2007). Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for den norske legeforening* (13), 1766-1769
- Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla C.A. (1996). *Expertise in Nursing Practice*. Springer: New York
- Birkler, J. (2003). *Filosofi og sygepleje*. København: Munksgaard Danmark
- Bjornsdottir, K. (2009). The ethics and politics of home care. *International Journal of Nursing Studies* (46), 732-739.

- Bossen, C., Christensen, L. R., Grönvall, E., & Vestergaard, L. S. (2013). CareCoor: Augumenting the coordination of cooperative home care work. *International journal of medical informatics* (82), 189-199
- Bro Pedersen, S. (2012). Interactivity in health care: bodies, values and dynamics. *Language Sciences* (34), 532-542
- Burr, V. (1995). *An introduction to Social constructionism*. London: Sage
- Carrier, S. (2012). Service Coordination for frail elderly Individuals: an analysis of case management practices In Quèbec. *Journal of Gerontological social work* (55), 392-408
- Christensen, T., & Læg Reid, P. (2007). *NPM and Beyond - Leadership, Culture, and Demography*. Working Paper 3. Bergen: The Rokkan Centre
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*. (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget
- Drinka, T., & Clark, P.G. (2000). *Health Care Teamwork. Interdisciplinary Practice and Teaching*. Westport: Greenwood Publishing Group
- Eide, S. B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I., & Aasland, D.G. (2003). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press
- Fairclough, N. (2003). *Analyzing Discourse, textual analysis for social research*. New York & Canada: Routledge

- Fjørtoft, A-K. (2006). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget
- Foss, B., & Wahl, A, K. (2002). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*, 2002, (18), 35-39
- Forbes, D., Thiessen, E., Blake, C., Forbes, S. (2015). Update on literature review: exercise programs for people with dementia. *Nursing research in Alberta*, 2015 (71), 1-3
- Fry, P. G., & Phillips, K. (1996, mars). Halliday's functions of language: A framework to integrate elementary-level social studies and language arts. *Social studies* (87), 78
- Gautun, H., & Syse, A. (2013, august). *Samhandlingsreformen – hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Oslo: NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring).
- Goodman, C., Drennan, V., Scheibl, F., Shah, D., Manthorpe, J., Gage, H., & Iliffe, S. (2011). Models of interprofessional working for older people living at home: a survey and review of the local strategies of english health and social care statutory organizations. *BioMed Central, Health Services Research* (11)
- Gundersen, D. (1991). *Norske synonymer. Blå ordbok (2. utg)*. Oslo/Gjøvik: Nordboks AS
- Hallandvik, J-E. (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hamran, T. (1992). *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal
- Hamran, T., & Moe, S. (2014). Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten* (9), 48-52
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. St. meld. nr. 25 (2005-2006). Oslo Helse- og

omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* St. meld. nr. 47 (2008-2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Arbeid for helse, sykefravær og utstøtning i helse- og omsorgssektoren.* NOU, 2010: 13. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan.* St. meld. nr. 16 (2010-2011) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg.* St meld. nr. 29 (2012-2013) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. av 24. juni 2011 nr 30. Helse- og omsorgsdepartementet (2011).

Hovik, S., & Stigen, I. M. (2008). *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase.* NIBR-rapport 2008:20. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Humphrey, C., & Milone-Nuzzo, P. (1995). *Home-Care Nursing. In Orientation to Practice.* Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange

Jacobsen, R. (2006). *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse (2. utg.).* Oslo: Gyldendal Akademisk

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Johns, C. (1999). Unravelling the dilemmas within everyday nursing practice. *Nursing Ethics* (6), 287–298

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.).* Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kversøy, K. S. (2005). *Etikk – en praktisk vinkling*. Bergen: Fagbokforlaget
- Laake, K. (2008). *Geriatrici i praksis* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lachman, D. V. (2012). Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. *Medsurg Nursing* (21), 112-116
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Liveng, A. (2011). The vulnerable elderly's need for recognizing relationships – a challenge to Danish home-based care. *Journal of Social Work Practice* (3), 271-283
- Lütznén, K., Cronquist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics* (2), 1-12
- Lykke Schultz, M. (2015, 20. april). Hierarki trumfer erfaring. *Sykepleien Nyheter*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/04/hierarki-trumfer-erfaring>
- Melberg, H. O., & L.E. Kjekshus (red.). (2012). *Fremtidens Helse-Norge*. Bergen: Fagbokforlaget
- Monsen, K., & deBlok, J. (2013). Burtzoorg, Nederland. In our community. *American Journal of Nursing* (8), 55-59
- Neuman, I. B. (2001). *Mening, materialitet og makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nordheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning nr. 1, 2015* (10), 14-22



- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig sammenheng*. Oslo: Cappelen Forlag as
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63., endret ved lov 5. april 2013 nr. 12*
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behavior*. London, California, New Delhi, Singapore: SAGE Publications Ltd
- Regjeringen. (2008, 25. januar). Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet
- Regjeringen. (2014, 25. november). Et velferdsloft for eldre og syke. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/nb/om\\_regjeringa/solberg/Regjeringens-satsingsomrader/Regjeringens-satsingsomrader/Et-velferdsloft-for-eldre-og-syke/id752894/](https://www.regjeringen.no/nb/om_regjeringa/solberg/Regjeringens-satsingsomrader/Regjeringens-satsingsomrader/Et-velferdsloft-for-eldre-og-syke/id752894/)
- Riksrevisjonen. (2010, 24. mars). *Riksrevisjonens melding om virksomheten i 2009. Dokument 2 (2009-2010)*. Oslo: Fagbokforlaget
- Rostgaard, T. (2012). Quality Reforms in Danish home care. Balancing between standardization and individualization. *Centre for Comparative Welfare Studies*. Denmark, Aalborg: Department of Political Science
- Rydeman, I., Törnkvist, L., Agreus, L., Dahlberg, K. (2012). Being in-between and lost in the discharge process – An excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals experience. *International journal of Qualitative studies on health and well-being*, 2012 (7)
- Scott, M. B., & Lyman, S., M. (1968, februar). Accounts. *American Sociological Review* (33), 46-62

- Scott, P.A. (2000). Emotion, moral perception, and nursing practice. *Nursing Philosophy* (1) 123–133
- Smith K.V. & Godfrey N.S. (2002). Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. *Nursing Ethics* (9), 301–322
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten – en veileder*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Stolt, R., & Winblad, U. (2009). *Mechanism behind privatization: a case study of private growth in Swedish elderly care*. Uppsala, Sweden: Department of Public Health and Caring Science
- Tholens, B. (2014, 10. november (a)). Nå styrer sykepleierne seg selv. *Sykepleien Nyheter*, 2014. Hentet fra <https://sykepleien.no/2014/11/na-styrer-sykepleierne-seg-selv>
- Tholens, B. (2014, 10. november (b)). Hvordan fungerer Burtzoorg? *Sykepleien Nyheter*, 2014. Hentet fra <https://sykepleien.no/2014/11/hvordan-fungerer-buurtzorg>
- Tønnessen, S., Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning nr 3, 2012* (7), 280-285
- Vaags, R. H. (2003). *Etikk* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Varcoe, C., Doane, G., Pauly, B., Rodney, P., Storch, J. L., Mahoney, K., McPherson, G., Brown, H., Starzomski, R. (2004). Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of advanced nursing*, 45 (3), 316-325
- Voss, S. M. (1977). Claude Levi-Strauss: The man and his works. *Nebraska Antropologist* (145), 1-19
- Widdicombe, S., Woffitt, R. (1995). *The Language of Youth Subcultures: social identity in action*. New York: Harvester Wheatsheaf
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Wollscheid, S., Eriksen, J., & Hallvik, J. (2013). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Services* (27), 414-421
- Woods M. (1999). A nursing ethic: the moral voice of experienced nurses. *Nursing Ethics* (6), 423–433
- Øresland, S., & Lützén, K. (2014). Etiska stigar och moraliska vandringar. F. Friberg, & J. Öhlén (red.), (2014) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 419-434). Lund: Studentlitteratur
- Øresland, S. (2011). *Nurses go visiting. Ethics and gender in home-based nursing care (Thesis)*. Umeå: Umeå University
- Øresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Jørgensen, M. W., & Lützen, K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing Ethics* (3), 371-383
- Øresland, S. (1999). *Vanor och ovanor, om etik och moral i sjukvården*. Rapport, 1-43. Göteborg

## Vedlegg 1, Oppsummering av søkeord

Ved hjelp av en oversikt velges det ut MeSH (medical subject headings) som brukes i litteratursøkene etter artikler som inkluderes i studien. Oversikten er et hjelpemiddel for å sortere ulike MeSH og å se hva som er MeSH og hva som er «keyword», for å se hva de enkelte databasene bruker og gir som forslag. Den er nyttig ved gjentagende litteratursøk med samme grunnlag for søk, og søk etter artikler som gjentar seg over en lengre periode og oppdateres. Et gjennomført søk kan gi treff i artikler som best mulig kan belyse problemstillingen i studien.

For å presentere MeSH i litteratursøket i studien velges det å lage en skjematisk oversikt. Det er utført litteratursøk i mars 2013, mars 2015 og juli 2015. Det er et stort antall MeSH som omhandler sykepleier, hjemmesykepleie og helsepersonell i hjemmesykepleien i databasene SveMed, Cinahl, PubMed/MedLine. MeSH og «keyword» finnes om hverandre og med ulik betydning eller treff i artikler i de forskjellige databasene. Dette kan ha bakgrunn i språklig forvirring ved oversettelse fra engelsk til norsk med en meningsendring eller mangelfull presisering av de ulike begrepene, det kan være ulikheter i organisering av helsetjenester i forskjellige land, eller for eksempel ulikt helsepersonell sin utdannelse og navn på denne utdannelsen. Et eksempel på språkproblematikk og oversettelse fra engelsk til norsk er: Søk på «home nursing» i databasen Cinahl gir forslag på MeSH som «home nursing» og «nursing home». Ordene har ulik betydning og oversettes ulikt, men kan være lett å forveksle i et enkelt søk.

Ved søk på «home nursing» i databasene MedLine er både «home care services» og «nurses, community health» alternative MeSH. I PubMed brukes «index list» for å finne MeSH. Et eksempel på mange ulike kombinasjoner av MeSH og treff er at «home health care» og «home nursing» begge tilbys som tilgjengelige MeSH ved enkelt ordsøk på «home nursing» i databasen Cinahl. Det velges å bruke MeSH som gjentas i flere av databasene for å få et mest mulig helhetlig og presist søk. Etter hvert i søkeprosessen satureres søkene på ulike MeSH og resultatet presenteres skjematisk videre.

<b>MeSH</b>	<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>
<b>Hjemmesykepleie</b>	<b>SveMed</b>	<b>Cinahl</b>	<b>PubMed / MedLine</b>
Treff →	Home care services	Home health services	Home care services
Treff →	Home health nursing	Home health agencies	Home health aides
Treff →	Community health	Home health nursing	Homemaker services

	nursing		Home care agencies Nurses, community health Nurses, public health Public health nursing Community health workers Community health services
--	---------	--	---

<b>MeSH</b>	Database	Database	Database
<b>Hjemmetjenester</b>	<b>SveMed</b>	<b>Cinahl</b>	<b>PubMed / Medline</b>
Treff →	Homemaker services	Homemaker services	Homemaker services
Treff →	Home care services	Shared services, health care	Home nursing
Treff →	Home nursing	Home health care information systems	Home health nursing
Treff →	Home health aides	Home health aides	Nurses, communitiy health
Treff →		Home health aide service	Community health wokers

<b>MeSH</b>	<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>
<b>Sykepleier</b>	<b>SveMed</b>	<b>Cinahl</b>	<b>PubMed / Medline</b>
Treff →	Nursing care	Practical nurses	Nursing care
Treff →	Nurse-patient relations	Nurse practitioners	Primary care nursing
Treff →	Cinical competence	Professional competence	Models, nursing
Treff →			Home, nursing
Treff →			Patient care
Treff →			Clinical nursing research

<b>MeSH</b>	<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>
<b>Sykepleier i hjemmesykepleien</b>	<b>SveMed</b>	<b>Cinahl</b>	<b>PubMed / Medline</b>

Treff →	Homemaker services	Community health nursing	Homemaker services
Treff →	Geriatric nursing	Impairment, health professional	Nurse-patient relations
Treff →	Nursing staff	Nursing home patients	Travel nursing
Treff →	Home care services	Shared services, Health Care	Public health nursing
Treff →	Community health nursing	Home services for the aged	Nurses, public health
Treff →	Home health nursing	Nursing home personnel	Community health nursing
Treff →		Staff nurses (nursing staff, hospital)	Nurses, community health
Treff →		Community health nursing	Nurses, public health

## **Databaser**

Databasene det er gjort søk i er utvalgt med bakgrunn i og erfaring fra tidligere søk. Det er gjort søk fra nettsidene til Høyskolen i Buskerud og Vestfold, med tilgang til de ulike databasene via biblioteket. Databaser inkludert er SveMed, Cinahl, PubMed / MedLine. PubMed er gratisversjonen av MedLine, og det er flere artikler som manuelt lukes ut i PubMed da de allerede er funnet i MedLine. Helsebiblioteket er brukt til manuelle søk med enkeltord eller enklere kombinasjoner enn i de utenlandske databasene.

Det er gjort flere separate litteratursøk gjennom hele prosessen med studien for å være så oppdatert som mulig på temaet: samarbeid i hjemmesykepleien. De søkene som har gitt treff på artikler inkludert i studien er utført i mars 2013, mars 2015 og juli 2015. Søkeord og funn fra 2013 er brukt som utgangspunkt og bakgrunn for valg av tema og problemstilling, men med en stadig utvikling i studien har det vært nødvendig å oppdatere søket underveis. Søket fra mars 2015 har gitt funn på artikler som beskrives i kapittel 1.9, Tidligere forskning på samarbeid i hjemmesykepleien. Søket fra 2015, som i utgangspunktet er brukt for å finne artikler som skal belyse resultatet av studien i diskusjonen, er i tillegg med på å dokumentere behovet for denne studien. I litteratursøket fra juni 2015 er det treff på én artikkel som har undersøkt hvordan sykepleiere konstruerer egen posisjon i hjemmesykepleien.

## **MeSH og «keyword»**

Det er et forvirrende antall søkeord og treff når det kommer til hjemmesykepleie og sykepleiere i hjemmesykepleien i de ulike databasene (vedlegg 1, oppsummering av søkeord). Det er derfor valgt å bruke de som sees har omtrent samme betydning og treff på innhold i alle databasene. Det tas utgangspunkt i norske ord i SveMed som da tilbyr alternative MeSH (medical subject headings) oversatt til engelsk. De engelske forslagene brukes som bakgrunn for søk på MeSH i databasene Cinahl og PubMed / Medline. Det ble i søket utført i mars 2013 sett et behov for å systematisere MeSH i de påfølgende søkene. Ut i fra en oversikt (vedlegg 1, oppsummering av søkeord) velges og ekskluderes grunnleggende søkeord til de to siste litteratursøkene i denne studien, fra mars og juli 2015.

For å utføre de ulike søkene er det valgt ut MeSH og eventuelle «keyword» som er skjematisk fremstilt i tre ulike oversikter, et for hvert hovedsøk (vedlegg 3). Eksempler på MeSH brukt i

2013 er «aged», «nurse», «interdisciplinary communication» og «home care services». MeSH er endret til 2015, og eksempler er: «Administration and organization», «Nursing administration», «Organizational culture» og «public relations». Søket fra juli 2015 inkluderer MeSH som «discourse analysis», og «social construction». Det er inkludert artikler som omhandler alle som arbeider med hjemmeboende pasienter i hjemmesykepleien.

**2013, mars:** En stor del av litteraturen omhandler pasientens overgang fra institusjon som sykehus eller sykehjem til eget hjem. Det er også en del artikler som omhandler palliativ omsorg og tverrfaglig samarbeid for denne pasientgruppen, samt kreft og hjerte - karsykdommer. Mange av artiklene funnet er fra 1990-tallet i databasen Cinahl. I databasen PubMed avgrenses det til siste 5 år på grunn av mange upresise treff og et ønske om nyeste litteratur tilgjengelig. Etter å ha vurdert funnene er det brukt flere nye søkeord, samt ulike kombinasjoner av disse søkeordene i de oppdaterte søkene.

**2015, mars:** Kombinasjoner av søkeord er utført med bakgrunn i et «basis»-søk som senere kombineres med de ulike andre søkeordene. I «basis»-søket er «OR» brukt for å få et bredt søk og å inkludere flest mulig relevante artikler. For å avgrense søket og gjøre det mer spesifikt rettet mot denne studien er det valgt videre å bruke AND for å kombinere de utvalgte søkeordene med «basis»-søket. Funnene er avgrenset og hvert enkelt søk gjennomgått manuelt. Det er i databasene med flest treff valgt årstall (2010-2015) som avgrensning for å finne artikler som er mest mulig oppdatert på temaet. Dette er ikke gjort i alle databasene grunnet få treff på søkeordene i noen. Det er utfordrende å finne artikler med studier som retter fokus mot sykepleiere i hjemmetjenesten. Det er derfor gjort ulike forsøk på søk i databasene for å se om det er valgt feil søkeord, men det kan sees at det er forsket lite på de ansatte i hjemmesykepleien og relasjoner dem i mellom.

**2015, juli:** Det utføres et søk for å finne studier rettet mot sykepleierens posisjonering i hjemmesykepleien. Det er noen ord som ikke er MeSH i de enkelte databasene, og de inkluderes derfor som «keyword» i søket. Dette gjelder «discourse analysis», og «social construction». «Social construction» gir i databasen MedLine forslag til treff på «social identification» som MeSH og brukes derfor som det i søket som utføres i denne databasen. Det er få treff på de ulike kombinasjonene i dette søket. Det oppdages heller ingen studier som beskriver hvordan sykepleieren konstruerer sin posisjon i samarbeidet med annet helsepersonell i hjemmesykepleien. Det er flest artikler rettet mot sykepleierens posisjonering



i pasientbehandling ved ulike diagnoser og posisjoneringen i relasjoner mellom sykepleier, pasient og pårørende.

### **Utvalg av artikler**

For å velge ut artikler er det gjort et søk i hver enkelt database for videre å se på antall treff. Ved et stort antall treff har tidsperioden for utgivelse av artiklene blitt brukt som avgrensning (2010-2015). Ellers har overskriftene blitt lest igjennom, og artikler som har da har blitt sett som aktuelle for å inkluderes i studien er «abstract» lest, og så er artikkelen videre vurdert for gjennomlesning ettersom de ser aktuelle ut eller ikke. Det brukes flere ulike eksklusjonskriterier i litteratursøket. Det er ikke et ønske å inkludere artikler spesielt tilnærmet spesielle diagnosegrupper eller behandlinger, derfor gjøres heller ikke det. Artikler skrevet på annet språk enn engelsk eller skandinavisk er heller ikke inkludert. Det er ønskelig med den nyeste litteraturen tilgjengelig, derfor prioriteres artikler fra de siste fem år, selv om det med begrunnelse i relevans for tema i de ulike artiklene også inkluderes eldre artikler. Det gjøres da en vurdering og et bevisst valg om å inkludere disse. Overføring av kunnskap og erfaringer fra land med andre helsesystemer og måter å organisere helsetjenester på enn i Norge kan være i utfordring. Det innhentes en artikkel fra Nederland, en fra Canada og en fra Danmark som tas med videre i litteraturgjennomgangen. En artikkel inkludert fra Nederland beskriver et helt nytt system for organisering av hjemmetjenester til eldre, og det beskrives i litteraturgjennomgangen at dette systemet kan implementeres i det norske helsevesenet. Helsesystemet i Canada og Norge er relativt likt, i artikkelen som er valgt ut kan likheter sees i at pasientene i Quèbec (Canada) får offentlig dekket de ulike helsetjenestene med en helseforsikring som kalles «Quèbec Health Insurance Plan». Dette er generelt for Canada, de fleste behandlinger blir dekket av det offentlige (Health Canada, 2014). Case-management (saksbehandling) er i følge artikkelen en internasjonalt anerkjent modell for organisering og koordinering av helsetjenester til eldre hjemmeboende (Carrier, 2012). Artikkelen som inkluderes fra Danmark beskriver et system for koordinering. Hjemmetjenestene i Danmark i Norge er utformet relativt likt som i Norge, men Danmark har noe større dekningsgrad på kommunale tjenester (Godager, Hagen og Iversen, 2011). Derfor kan også studier gjort i Danmark kan være et nyttig bidrag i denne studien.

### Vedlegg 3, søkematrise

Søkematrisen viser en tabell over søkene som er gjort i databasene SveMed, Cinahl, PubMed og Medline i forbindelse med studien. MeSH som er brukt i de enkelte databasene er nummerert (til venstre i tabellen), og kombinasjoner av MeSH er satt inn i tabellen (nederst i hver tabell) og da betegnet med dette nummeret og kombinasjoner av nummere. AND og OR forteller om det er brukt AND eller OR når MeSH er kombinert i databasen. AND for å inkludere kun kombinasjoner av søkeordene, OR for å få treff på alle enkelte søkeord inkludert i søket. Utvalget av MeSH er gjort for å få flest mulig relevante treff på artikler som kan belyse studiens problemstilling.

Det er gjort tre ulike søk. Søkeordene har endret seg i takt med studiens tentative problemstilling, det er derfor ulike søkeord og kombinasjoner av disse i søkene.

Søk nummer en, utført i 2013, er mest rettet mot tverrfaglig samarbeid. Artikler inkludert i studien fra dette søket er med på å begrunne studiens bakgrunn og hensikt og fungerer som et utgangspunkt for de videre søkene.

Søk nummer to utføres i mars 2015 og er rettet mot organisering av hjemmesykepleie. Artikler inkludert fra dette søket beskriver ulike måter å organisere hjemmesykepleie på i ulike land, kommunikasjon mellom de ansatte og mellom de ansatte og pårørende. Artikkene viser også eksempler på IKT-løsninger som kan bidra til å lette kommunikasjonen mellom de ansatte i hjemmesykepleien.

Søk nummer tre, fra juli 2015, er gjort for å finne artikler som kan være med på å belyse den ferdigstilte problemstillingen. Det er kun én artikkel som beskriver sykepleierens posisjon i hjemmesykepleien, men den er rettet mot relasjonen mellom sykepleier og pasient. Den er derfor ikke inkludert i studien. Matrisene vises skjematisk.

<b>Søkematrise mars 2013</b>					
		<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>
	<i>MeSH</i>	<b>SveMed</b>	<b>Cinahl</b>	<b>PubMed</b>	<b>Medline</b>
1	Home care services, home nursing professional	118	34678	55380	13953
2	Nurse (s) (nursing home personnel)	196	2755	161523	6321
3	Collaboration/ cooperation (cooperative behavior)	27	24961	46053	20996
4	Interdisciplinary communication/ interprofessional relations	183	21730	47826	7281
5	Aged	1669	508208	4072093	1873579
6	Multidisciplinary / multiprofessional	13	39278	62207	31138
1 AND 2 AND 3		0	0	19	0
1 AND 2		7	29	866	76
1 AND 2 AND 4		1	1	31	0
1 AND 2 AND 5 AND 6		0	1	22	7
1 AND 6		1	1350	288	785
1 AND 4 AND 5		3	65	115	32
1 AND 4 AND 6		0	74	73	35

<b>Søkematrise mars 2015</b>						
			<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>
	<i>MeSH</i>		<b>SveMed</b>	<b>Cinahl</b>	<b>PubMed</b>	<b>Medline</b>
1	Administration and organization	OR	17712	786265	401968	415226
2	Nursing administration	OR	1	4958	3170	4617
3	Organizational Culture	OR	172	12746	13816	13961
4	Organizational development	OR	86	1668	196254	0
5	Organizational efficiency	OR	2	7055	20531	18480
6	Organizational policies	OR	13	9195	23766	12987
7	Organizational structure	OR	21	5091	1642	1947
8	Public relations	AND	1713	3898	7785	7993
9	Coordinating care	AND	130	5954	31214	31436
10	Cooperative behavior	AND		1	230	
11	Home nursing, home health care services	AND	370	3089	41935	32709
1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 (basis)			56	786265	570042	437227
basis AND 11			1713	450	10719	8813
basis AND 8			6	3898	1622	1587
basis AND 11+8			49	0	18	15
basis AND 9				2827	13340	12214
basis AND 11+9				2	247	208
basis AND 11+9+10					0	4629
9+11				9	397	3
9+11 (2010-2015)					138	

<b>Søkematrise juli 2015</b>						
			<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>	<i>Database</i>
	<i>MeSH</i>		<b>SveMed</b>	<b>Cinahl</b>	<b>PubMed</b>	<b>Medline</b>
1	Home nursing, home health care services		21	3124	8987	21233
2	Nurse		4115	4641	188622	6359
3	Social construction/social identification		8	25	666	5739
4	Nurse position		1	0	43	32
5	Professional relations		86	0	65878	0
6	Cooperative behaviour		1065	6142	273	20996
7	Discourse analysis		1	0	1106	1097
Alle (AND)			0	0	0	0
1 AND 2 AND 3				0	1	0
2 AND 3				0	26	14
3 AND 6				0	0	
3 AND 5					30	194
1 AND 4					0	0
1 AND 2 AND 4					1	0
1 AND 7					6	14

## Vedlegg 4, Litteraturmatrise

Litteraturmatrisen viser en skjematisk oversikt over artikler inkludert i kapittel 1.9 tidligere forskning på samarbeid i hjemmesykepleien. Grunnen til at det kun er artikler fra litteratursøk utført i mars 2015 som presenteres her er at artikler fra 2013 er brukt som bakgrunn for valg av tema til studien, og da når den tentative problemstillingen tidligere omhandlet tverrfaglig samarbeid. De inkluderes derfor ikke i denne oversikten. Det er kun artikler som er inkludert i litteraturgjennomgangen i studien som er beskrevet i denne litteraturmatrisen. Det er også brukt andre artikler funnet ved de ulike søkene som ikke er presentert her, men de er integrert gjennomgående i hele studien. Utvalget av artikler er gjort med bakgrunn i at de skal belyse problemstillingen og være med å diskutere resultatene opp i mot nyeste faglitteratur i diskusjonskapittelet. Det har vært en utvikling i den tentative problemstillingen, men temaet har hele tiden vært: samarbeid i hjemmesykepleien. Problemstillingen har gått fra å innebære tverrfaglig samarbeid til å rettes mot kun samarbeid. Dette valget er begrunnet i selve studien.

I litteratursøket fra mars 2015 som er søket som har ført til funn av artiklene vist nedenfor, var målet å finne artikler som kunne belyse organisering av hjemmesykepleien. Det kan også sees i tabellen som beskriver litteratursøket (vedlegg 3). Artikler som er funnet her og som inkluderes i studien har i hovedsak fokus på hvordan hjemmesykepleien er organisert, ulike måter å organisere pleie- og omsorg til eldre og koordinasjon og kommunikasjon mellom de ansatte i hjemmesykepleien, pårørende og pasienter. Noen av artiklene er også funnet via en litteraturliste i en annen artikkel. Søket fra juli 2015 er rettet mot den endelige problemstillingen i studien: Hvilke posisjoner konstruerer sykepleierne i samarbeidet med annet helsepersonell i hjemmesykepleien?

Referanse	Hensikt/mål	Utvalg	Metode	Hovedfunn
<i>Wollscheid, S., Eriksen, J., Hallvik, J.(2013) Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. Scandinavian Journal of Caring Services (27), 414-421</i>  Funnet i SveMed	Studien undersøker bruk av bestiller-utførermodellen til eldre i norske kommuner. Studien bygger på en forutsetning om at fleksibilitet i å justere tjenester etter omsorgsmottakernes behov og samarbeid mellom bestiller-utfører er indikatorer på god kvalitet i pleien.	Utvalg er 22 teamledere i bestillerenheter i ni kommuner i Norge. Data ble samlet inn i 2008-2009.	Data er samlet inn gjennom semistrukturerte telefonintervjuer med teamledere i kommunen.	Det er i studien identifiserte ulike måter å organisere hjemmebaserte tjenester i henhold til en bestiller-utførermodell. Høy fleksibilitet med vedtak og tjenesteutførers egen vurdering av omsorgsbehov, samarbeid og god kommunikasjon mellom bestillerenhet og utfører enhet ble av teamlederne identifisert som kjennetegn på god omsorg. Funn tyder på at helsepersonell bruker individuelle strategier som gir fleksibilitet og samarbeid snarere enn å forholde seg strengt til regelverket som bestiller-utførermodellen tilsier. I enhetene der reglene for modellen ikke følges, er der informantene syntes å være mest fornøyd med kvaliteten på gitte hjemmetjenester. Studien er

				eksplorativ og funn er ikke representative for utføreheter i Norske kommuner med bestiller-utførermodell. Studien er begrenset til enheter med offentlig organisert kommunal aldersomsorg i Norge.	
Referanse	Hensikt/mål	Utvalg	Metode	Hovedfunn	
Carrier, S. (2012). Service Coordination for frail elderly Individuals: an analysis of case management practices I Québec. <i>Journal of Gerontological social work</i> , (55), 392-408.  Funnet i PubMed	Målet med artikkelen er å forstå koordinasjon slik det fremkommer i saksbehandling (vurdering, planlegging, koordinering og vurdering av pasientens behov for tjenester) i en sammenheng med integrert pleie for «frail» eldre. Mer spesifikt er hensikten med artikkelen å beskrive en praktisk koordineringsprosess.	Tre ulike helse- og sosial sentere i Québec, Canada er inkludert i studien. Alle senterne tilbyr ulike hjemmetjenester ; ergoterapi, fysioterapi, sykepleie og sosialhjelp i tillegg til langtidsplasser på institusjon. Saksbehandlern e er ansatt på senterne for å arbeide med hjemme-programmet for de eldre pasientene. Saksbehandlern e er alle utdannede sosionomer (social worker).	Det er utført en kvalitativ eksplorativ studie med hjelp av et case-study design. Det er brukt tre ulike metoder for innsamling av data; dokumentasjonsanalyse, intervjuer med saksbehandlere og observasjon.	Det er i studien observert at saksbehandling hyppigere gjennomføres når behovet for hjemmebaserte tjenester er prekært enn med begrunnelse i intensiteten og flerdimensjonaliteten i en gitt situasjon. Saksbehandlingen er oftest intervert gjennom et slags «standby-mode», de (saksbehandlerne) ventet på at noe skulle skje før de handlet. Det vil i praksis si at det har liten forebyggende effekt når fokuset er «standby» og det ikke handles før det oppstår en akutt situasjon. Implementasjon av et mer organisert «standby-mode» mellom de ulike institusjonene vil i følge forfatteren kunne gi et udiskutabelt gjennombrudd for måten hjemmebaserte tjenester blir koordinert. Det må integreres en bredere og mer inkluderende kontinuitet fra det lokale service-nettverket.	
Referanse	Hensikt/mål	Utvalg	Metode	Hovedfunn	
Monsen, K., deBlok, J., (2013). <i>Burtzoorg Nederland – a nurse-led model of care has revolutionized home-care in the Netherlands. American</i>	Artikkelen beskriver Burtzoorg-modellen som ble utviklet i Nederland og startet opp i 1999.	Det arbeider ca. 6000 sykepleiere i 500 ulike Burtzoorg-team i Nederland, og modellen har fått oppmerksomhet internasjonalt. Sykepleierne i de ulike teamene er selvstyrte. Det er maks 12 sykepleiere i hvert team. Det er en non-profit	Artikkelen beskriver funn i forbindelse med denne modellen gjennom tiden den har fungert i Nederland. Jos deBlok, som er en av forfatterne av denne artikkelen er administrerende direktør for Burtzoorg Nederland, Almeo. Karen Monsen er førsteamanuensis	Det er gjort ulike vurderinger og undersøkelser av modellen som viser til resultater om at både sykepleiere og pasienter er svært fornøyd med tjenestene. Kostnader og produktivitet har også vist seg å være høyere enn i andre hjemmetjenester. I 2008 ble effektiviteten målt å være 6.4% høyere. Totale kostnader og sykefravær var under halvparten og turnover blant de ansatte var 50% mindre enn ved sammenligning med andre hjemmetjenester. Pasientene	

<i>Journal of Nursing</i> (8), 55-59		organisasjon som ikke er en del av det offentlige helsesystemet.	ved universitetet i Minnesota.	ble bedre dobbelt så fort på halve tiden brukt. Modellen ønsker sykepleiere med bachelorgrad for å tilby best mulig kvalitet på pleien, og de har egne program for utdanning og kurs.	
Funnet ved søk i Google via litteraturliste fra en annen artikkel.					
Referanse	Hensikt/mål	Utvalg	Metode	Hovedfunn	
Bossen, C., Christensen, L. R., Grönvall, E., Vestergaard, L. S. (2013). CareCoor: Augumenting the coordination of cooperative home care work. <i>International journal of medical informatics</i> (82), 189-199.	Hensikten med studien er å styrke nettverket rundt de hjemmeboende eldre. Det undersøkes forholdet og samarbeidet mellom familie og hjemmetjenester. I tillegg er målet å finne ulike faktorer som kan ha betydning for utformingen av et nytt IT-system, Care Coor. Systemet skal støtte oppunder samarbeidet mellom familien og de som arbeider med den eldre hjemme.	Det er utført to pilottester med CareCoor. Den første testen varte i en uke og inkluderte tre eldre personer, deres pårørende og personell som arbeidet i de eldres hjem. Den andre testen varte i seks uker og inkluderte fem eldre personer, deres pårørende og relevant personell som arbeidet hjemme hos dem.	Det er brukt deltagende observasjon, intervjuer og workshops for å belyse hvordan samarbeidet fungerer for eldre hjemmeboende pasienter. Det er utført to pilottester med IT-systemet CareCoor. Studien er utført i kommunen Aarhus i Danmark over en periode på ni måneder.	Resultatene kan oppsummeres i tre ulike deler: 1) Hjemmetjenestens arbeid er naturlig svært innrettet mot samarbeid og innebærer en substansiell koordinerende innsats fra de involverte., 2) Arbeidet for de eldre hjemmeboende kan bli supplemetert av ny teknologi som inkluderer alle som er en del av den eldre personen sitt nettverket og kan påvirke og delta i omsorgen., 3) CareCoor, prototypen som er inkludert i denne studien, viser lovende tendenser og ble godt mottatt under både testing og evaluering. CareCoor skal videreutvikles og evalueres i en ny og større test.	
Funnet via litteraturlisten til en annen artikkel.					
Referanse	Hensikt/mål	Utvalg	Metode	Hovedfunn	
Bakken, K., Larsen, E., Lindberg, P.C., Rygh, E., og Hjortdahl, P. (2007). Mangelfull	Hensikten med studien er å studere sider ved feilmedisinering som er knyttet til mangelfull kommunikasjon mellom ulike behandlere, pleiepersonell og pasienter.	Et tilfeldig utvalg leger og legesekretærer ved ni fastlegekontor i Tromsø kommune og et strategisk utvalg av helsepersonell er intervjuet. Det er gjort	Det er brukt både intervju og observasjon som metode i studien.	Hovedfunn i studien beskriver at den nødvendige informasjonen om pasientenes legemiddelbruk er vanskelig tilgjengelig. Den er tidkrevende å få tak i for personalet som er involvert i oppfølging av pasienten. Kvaliteten på informasjonen oppleves som varierende og upålitelig. Legen signerer nesten aldri	

kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjen esten. <i>Tidsskrift for den norske legeforening (13), 1766- 1769.</i>  Funnet i SveMed		observasjoner ved et utvalg sykehjem og enheter i hjemmesykeplei en.		forskrivninger i hjemmetjenestens journal. Manglende tilgang til informasjon medfører at nattjenestepersonell ofte ikke vet hvilke legemidler som gis pasientene. Sykehusepikrisen fungerer dårlig som informasjonskilde.	
--	--	---	--	--	--

## Vedlegg 5, binariteter

### Subjektposisjon: KOORDINATOR

Moralsk	Umoralsk
<div>Jeg tar ansvar Jeg må vite mer Jeg ser deg Jeg bryr meg Meg eller dem Jeg er fleksibel</div>	
Relasjonell	Individuell
<div>Vi samarbeider og det er bra Jeg kan velge Relasjoner skaper trygghet Hvor er du? Jeg trenger deg</div>	
Selvstendig	Uselvstendig
<div>Jeg vil samarbeide Jeg kan stå på egne ben Jeg har kunnskap, men jeg søker mer</div>	

Subjektposisjonen «koordinator» bygges opp av binaritetene Moralsk – Umoralsk, Relasjonell – Individuell, Selvstendig – uselvstendig. I resultat-kapittelet i studien er sitater og tekst som bygger opp binaritetene presentert under overskriftene som vises i boksene under hver av binaritetene.



## Vedlegg 6

Lingvistisk analyse inspirert av Fairclough (1992; 2003) – subjektposisjon: «koordinator» i samarbeidsdiskursen

<u>Lingvistisk evidens</u>	<u>Funksjon</u>	<u>Sitat</u>
<b>Subjektiv modalitet</b>	Sykepleieren beskriver at hun inntar rollen som koordinator ved å gjøre en vurdering av pasientens behov.	«..ofte så gjør jo VI vurderinga..» (int. B1)
<b>Objektiv modalitet</b>	Sykepleieren beskriver at pasienten er avhengig av at hun bestiller hjelpemidler for at han skal få det.	..hvis noen skal ha hjelpemidler så må dere gjøre det i tillegg?» « Mm. Ellers så må vi få tak i de mellom ni og ti, på telefonen. Sette oss ned og ta oss tid til å ringe bort dit.» (int. D3)
<b>Transivitet</b>	Det beskrives at det oppstod et møte hjemme hos en pasient, men ikke hvordan eller hvem som tok initiativet til det. Møtet var viktig fordi pasienten ble dårligere.	«Også blei han dårligere. Og da, når det blei et tema så, da, hadde vi flere samtaler og møter der hjemme, også med legen.» (int. C3)
<b>Nominalisering</b>	Sykepleieren unnskylder at hun ikke får koordinert samarbeidet med at legen ikke tar kontakt tilbake igjen når hun ringer.	«Og vi prøvde å få fatt i legen, som aldri tok kontakt tilbake.» (int. D3)
<b>Hedge</b>	Modererer utsagnet med «likksom» som for å beskrive at dette ikke er dagligdags.	«Men så fikk vi liksom gått inn sammen, altså ergoterapeut, MU og hjemmetjenesten, og blitt enig om hvordan det skulle være» (int. B1)
<b>Metafor</b>	Metaforen «få ballen til å rulle» brukes beskrivende som at det er sykepleieren som setter i gang og koordinerer samarbeidet etter pasientens behov.	«Også må vi få ballen til å rulle så fort som mulig, og da tar vi kontakt med ergotjenesten når vi kommer inn på kontoret igjen». (int. B1)
<b>Ordvalg</b>	Sykepleieren beskriver hvordan koordinatorrollen kan fungere i praksis, og bruker ord som tilsier at hun koordinerer prosessen på en enkel måte.	«Åsså bestiller vi det bare, også jobber de litt kjapt med å få det på plass.» (Int. B1)
<b>Extreme case formulations</b>	Sykepleieren unnskylder manglende koordinering av samarbeid med at det også er svikt andre steder.	«Det er alltid, alltid et sted hvor det er svikt. Ikke sant, det er ikke perfekt noen steder.» (Int. B2)
<b>Kontraster</b>	Det er sykepleieren som koordinerer samarbeidet, da det er sykepleieren som må arbeide med for eksempel hjelpemidlene ergoterapeuten setter inn hos pasienten. Dette gir også sykepleieren siste ordet.	«Ja, og det er derfor vi må møtes før vettø. For ergo må hjem før. Og da må ergo vita hva jeg krever, for å gå inn. Fordi atte vi kan jo ikke gå inn på hvilke som helst premisser heller» (int. A2)

## Vedlegg 7

Retorisk analyse inspirert av Potter og Wetherell (1987) og Austin (1961) – subjektposisjon: «koordinator» i samarbeidsdiskursen

Binariteter	Analyseverktøy	Funksjon	Sitat
Moralsk < > Umoralsk	«Gjør»	Sykepleieren er den som kommer først hjem til pasienten og oppdager udekt behov, dette kan være bakgrunn for at hun koordinerer samarbeid.	«Nei, vi kommer jo gjerne hjem til dem og ser at, å, her mangler det noe.» (int. B1).
Moralsk < > Umoralsk	«Unnskylder»	Sykepleieren unnskylder at det ikke er direkte samarbeid med mangel på tid. Hun er umoralsk i koordinatorposisjonen ved ikke å undersøke og ta tak i utfordringen og isteden bruke tidspress som unnskyldning.	«Hvis det er sånn direkte så kan det kanskje bli bedre tenker jeg.» I: «M-m. Ja. Og hv, hvorfor tror du det ikke blir direkte, hva det?» «Sikkert tidspress, jeg vet ikke. Jeg tenker på tidspress, at de ikke har tid.» (Int. A3).
Moralsk < > Umoralsk	«Rettferdiggjør»	Sykepleieren rettferdiggjør handlingen som er motstridende til pasientens ønske med bakgrunn i gjeldende retningslinjer.	«I: Ville han (pasienten) ikke ha med flere da, eller..?» «Nei, vi var alltid to stykker uansett, da. Vi klarte ikke å løfte han aleine, men vi skal jo ikke løfte heller» (int. C3).
Relasjonell < > Individuell	«Gjør»	Sykepleierne snakker sammen og forsøker i praksis å ha et funksjonelt samarbeid med annet helsepersonell, handlingene hennes beskriver at hun er relasjonell.	«I: Dere snakker mye sammen?» «Ja, og at vi sørger for at vi til enhver tid, prøver hvertfall, å ha det vi trenger av hjelpemidler hjemme hos pasienter og, god dialog med fastlege og..» (int. B2).
Relasjonell < > Individuell	«Unnskylder»	Mangel på informasjon om og lite kunnskap om aktuelle samarbeidspartnere brukes som unnskyldning for ikke å koordinere samarbeid.	«Hvis behovet går utenom det. Så asså, det er mye vi kan få til, men du må vite hvilke kanaler du skal bruke, og det er det ikke alle sykepleierne som veit.» (int. B1).
Relasjonell < > Individuell	«Rettferdiggjør»	Å unngå å samarbeide utenfor egen avdeling rettferdiggjøres med at det finnes kompetanse innad i avdeling og dermed ikke er behov for tilsyn av annen «spesialist».	«For i hjemmesykepleien så har man kanskje litt sånn, generell kunnskap om alt, også, er det da sånn at man kaller inn spesielle.. Hvis det er et sår, snakker dere med noen som har ekstra peiling på sår?» «Vi har en som har ekstra peiling på sår.» (Int. B3).
Selvstendig < > Uselvstendig	«Gjør»	Det skjer endringer i en pasient sin situasjon, sykepleieren beskriver at hun som oppdager endringen tar et selvstendig valg ut i fra egen vurdering.	«Mm, ja, vi ser det i dagliglivet, at åja, nå kanskje vi må gå over fra en vanlig rullator til en prekestol, eller.. du må få inn..» (int. B1.)
Selvstendig < > Uselvstendig	«Unnskylder»	Mangelfull oppfølging unnskyldes med at annet helsepersonell ikke tar kontakt med sykepleieren.	«..for da må vi bruke.. ofte, fastlegene, som kanskje ikke har sett pasienten på mange måneder. Og bare har en epikrise [fra sykehuset] å forholde seg til. Og de må høre på hva vi har å si (int. A2).
Selvstendig < > Uselvstendig	«Rettferdiggjør»	Sykepleieren i hjemmesykepleien kan være den med mest kunnskap om pasientsituasjonen og hun rettferdiggjør hvordan hun inntar koordinatorposisjonen som medfører at legen må høre på henne og hva hun forklarer og mener.	«Jo, at det noen ganger så kanskje vi når målet, men hvis fysio for eksempel hadde fortalt meg da, at jeg jobber nå med den pasienten her med å reise seg og sette seg i en stol, vi tar bare sånn enkel situasjon, hvis jeg hadde visst det, så kunne kanskje jeg også hjulpa til litt» (int A2).

Hei,

Jeg er student ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold. Masterstudiet jeg tar heter «Klinisk Helsearbeid, Aldring og eldreomsorg». Jeg holder nå på med masterstudien min som omhandler tverrfaglig samarbeid i hjemmesykepleien. Til vanlig jobber jeg full stilling som sykepleier i hjemmesykepleien.

I den planlagte studien vil jeg intervju sykepleiere i hjemmesykepleien om tverrfaglig samarbeid. Jeg tenker å ha fem-ti intervjuer med ulike sykepleiere. Intervjuene skal være semi-strukturerte, det vil si at det blir som en samtale mellom oss der jeg stiller ulike spørsmål fra en intervjuguide underveis. Som bakgrunn for mine spørsmål vil jeg be deltagerne om å beskrive en egenvalgt situasjon der deltageren har vært med på et tverrfaglig samarbeid i hjemmesykepleien. Spørsmålene vil omhandle beskrivelser av denne situasjonen.

Hensikten med studien er å undersøke hva sykepleiere i hjemmetjenesten har av erfaringer med tverrfaglig samarbeid for eldre hjemmeboende pasienter. Jeg vil gjerne ha sykepleieres erfaringer da sykepleiere jobber nær pasienter i hjemmetjenesten og det ofte er sykepleieren som har ansvar for den daglige oppfølgingen (tiltaksplaner) og kontakt med andre yrkesgrupper.

Intervjuet vil tas opp på bånd og analyseres i ettertid. Både opplysninger og båndopptak vil bli oppbevart på en måte som sikrer full konfidensialitet og anonymisering. Jeg har selv taushetsplikt.

Dersom det er noe du lurer på kan jeg kontaktes på mail: [siv.skaar.lehne@gmail.com](mailto:siv.skaar.lehne@gmail.com), eller telefon: 97640092.

Med vennlig hilsen

Siv Skaar Lehne

*Masterstudent i klinisk helsearbeid, aldring og eldreomsorg  
Høyskolen i Buskerud og Vestfold*

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

### **”Tverrfaglig samarbeid for eldre hjemmeboende pasienter”**

#### Bakgrunn og formål

Denne studien er en mastergrads-studie ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold (HBV). Formålet med studien er å kunne beskrive hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med tverrfaglig samarbeid for eldre hjemmeboende pasienter. Problemstillingen er: *Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten med tverrfaglig samarbeid?*

Studien skal utforske sykepleieres erfaringer om tverrfaglig samarbeid for de eldre hjemmeboende pasientene. Ettersom sykepleierne ofte er de som jobber nærmest de hjemmeboende pasientene, det og er de som har daglig kontakt og ansvar for utarbeidelse og oppfølging av tiltaksplaner og samarbeid med og involvering av andre yrkesgrupper ønsker jeg å intervju sykepleiere i hjemmesykepleien.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Det skal utføres 5-10 intervjuer. Deltagere er sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien. Intervjuene vil ha varighet på inntil 1 time. Spørsmålene vil omhandle beskrivelser av en egenvalgt situasjon der sykepleierne har vært deltagende i et tverrfaglig samarbeid. Data registres med en båndopptaker og transkriberes inn på pc.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Student (Siv Lehne) og veileder (Stina Øresland) vil ha tilgang til personopplysningene. Data vil bli oppbevart i henhold til HBV sine retningslinjer. Informasjonen som lagres skal kun brukes slik det som er beskrevet i hensikten med studien. Personopplysninger vil bli avidentifisert, det vil si at de kun er gjenkjennbare av studenten og alle personopplysninger vil dermed bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2015. Ved avslutning av prosjektet vil personopplysninger og opptak slettes. Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Siv S. Lehne

Tlf: 97640092

e-mail: [siv.skaar.lehne@gmail.com](mailto:siv.skaar.lehne@gmail.com)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

*Jeg har mottatt informasjon om studien «Tverrfaglig samarbeid for eldre hjemmeboende pasienter», og er villig til å delta*

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

*Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmesykepleien med tverrfaglig samarbeid?*

*Briefing:*

- *Definere situasjonen, fortelle om formålet, hva lydopptaker skal brukes til, spørre om det er spørsmål.*
- *Minne spl. på taushetsplikt, navn og identifiserbare bakgrunnsopplysninger må utelates*

Kan du beskrive en situasjon der du har vært med på et tverrfaglig samarbeid i hjemmesykepleien og du mener det fungerte bra?

*Samarbeid:*

- Hva gjorde at det ble et samarbeid?
- Skjedde det hjemme hos en pasient?
  - o Hvor skjedde det da?
  - o Hvordan endte dere opp hjemme hos pasienten?
- Hvem samarbeidet?
- Hvorfor var de som var der med?

*Tverrfaglig samarbeid:*

- Var samarbeidet tverrfaglig?
- Hva mener du gjør et samarbeid tverrfaglig?
- Hva kan være bra med tverrfaglig samarbeid?
  - o Hvorfor samarbeide tverrfaglig? For hvem?

*Pasient:*

- Hvem var pasienten?
- Hvor gammel var han?
- Tror du det har noe å si for samarbeidet hvor gammel han var?
- Hva med pasienten sitt funksjonsnivå?

*Sted:*

- Har du arbeidet andre steder enn i hjemmesykepleien?
- Hvordan synes du samarbeidet er i hjemmesykepleien i forhold til andre steder?
  - o Evt: Hva tror du er forskjellig/spesielt med samarbeidet i hjemmesykepleien?

Kan du beskrive en situasjon der du synes det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerte?

- Hvorfor tror du det ikke fungerte?
- Hva kan være vanskelig?
- Kan det ha noe å si at det var hjemme hos pasienten/hjemmeboende pasient?
- Hvordan synes du det burde det ha vært?

Hva synes du er viktig for at et tverrfaglig samarbeid skal fungere (generelt)?

- *Er det noe mer du vil si?*
- *Oppsummere intervju – hovedpunkter, Jeg har ikke flere spørsmål, har du noe mer du vil si før vi avslutter?*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



NSD Informasjonssenter  
P.O. Box 1047 Blindern  
N-0316 Oslo  
Tlf: +47 22 82 21 17  
Fax: +47 22 82 50 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr. 969 321 884

Stina Öresland  
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Postboks 7053  
3007 DRAMMEN

Vår dato: 23.05.2014

Vår ref: 38695 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38695	<i>Tverrfaglig samarbeid for eldre hjemmeboende pasienter</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Stina Öresland</i>
Student	<i>Siv Lehne</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Siv Lehne [siv.skaar.lehne@gmail.com](mailto:siv.skaar.lehne@gmail.com)

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingsleder / Ansvarlig Offis

OMD / NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 82 21 17, [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)

NSD/NSD/ NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 4001 Torshovm. Tlf: +47 48 93 08 00, [kjell.sandaker@ntnu.no](mailto:kjell.sandaker@ntnu.no)

NSD/NSD / NSD, Sykkle Universitetet, Trondheim, 7007 Trondheim. Tlf: +47 72 21 42 00, [nsd@stath.no](mailto:nsd@stath.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 38695

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Vi minner om at sykepleiere ikke kan omtale pasienter på en personidentifiserende måte av hensyn til taushetsplikten. Student må derfor stille spørsmålene på en slik måte at taushetsplikten ivaretas, og kan med fordel minne den ansatte om at navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates ved omtale av pasienter.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Buskerud og Vestfold sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

- å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- og slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- samt slette lydopptak