

Institutt for helse og omsorgsfag

## **Sykepleieres opplevelser i arbeidet med de gamle menneskene i hjemmetjenesten.**

*En kvalitativ studie om hvordan sykepleiere opplever arbeidet med gamle mennesker i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten.*

**Harry Dahle**

Masteroppgave i helsefag, Studieretning Aldring og eldreomsorg, Mai 2018

Antall ord: 24.026





## **Forord**

Tre år med videreutdanning i aldring og eldreomsorg er over. Det har vært lærerikt. Dyktige lærere bidro til det. Selve arbeidet med masteroppgaven har vært utfordrende. Å kombinere arbeide og skriving er ikke enkelt. Selv om tidsaspektet har vært en utfordring, har analyse og skriveprosessen vært lærerik og spennende. Ved å fordype meg i sykepleieres opplevelse i arbeidet med gamle mennesker i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten, har jeg fått en bredere og større forståelse av det fantastiske arbeidet sykepleiere som arbeider i hjemmetjenesten daglig gjør. Deres tålmodige arbeidsinnsats er uvurderlig.

En stor takk til sykepleierne som stilte opp til intervju, og bidro med interessant tekstmateriale. Ved hjelp av dere har jeg klart å få til en analyse, som har gjort denne oppgaven mulig.

Det er mange som fortjener en takk for å ha hatt tålmodighet med meg under arbeidet med masteroppgaven. Jeg vil spesielt takke mine medstudenter, som har gjort tiden med skrivingen til en flott tid. Takk for gode diskusjoner og mye latter.

Mai, 2018

Harry Dahle



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Yngre brukergrupper i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten har komplekse helsefaglige utfordringer. Sykepleien som ytes i hjemmet er blitt mer omfattende og avansert. Det krever utvikling av de hjemmebaserte tjenestene, og kompetanseheving hos sykepleierne. Effektivisering og mangel på resurser er en utfordring. Det stilles spørsmål om hvor de gamle menneskene blir av i hjemmetjenesten.

**Hensikt:** Å få kunnskap om sykepleieres opplevelse i arbeidet med gamle mennesker i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten.

**Problemstilling:** Hvordan opplever sykepleiere arbeidet med gamle mennesker i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten?

**Metode:** Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming. Den bygger på semi-strukturerte intervju med fem sykepleiere i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten. Alle arbeider på ulike soner. For å finne tema som belyste problemstillingen, ble det brukt en kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultat:** Tre sentrale tema dukket opp i analysen: mangel på kompetanse, omsorgsmakt og krevende utfordringer på grunn av tidspres. Sykepleierne forteller om arbeidet med gamle mennesker som er en krevende utfordring på grunn av tidspres og mangel på resurser. Det gjør at en bryter etiske regler og krenker verdigheten til gamle mennesker. Deltakerne opplever i arbeidet med gamle mennesker i hjemmetjenesten at det hele tiden mangler sykepleiere, noe som resulterer i at sykepleierne fjernes fra de gamle menneskene. Resultatet blir at de får oftere besøk av ufaglærte assistenter som ikke har grunnlag i å se forandringer i helsetilstanden og behov for økte tjenester. Sykepleiere i hjemmetjenesten opplever at effektivisering av hjemmetjenester, og en ny brukergruppe, gjør at gamle mennesker blir borte i hjemmetjenesten, noe som får alvorlige konsekvenser når forandringer i helsetilstanden deres ikke blir oppdaget tidlig nok. Sykepleiernes mangel på tid og kompetanse gjør at de gamle mange ganger ikke får anledning til å bestemme selv hva de ønsker. Resultatet blir at pleierne bruker omsorgsmakt, og overkjører de gamles rett til selvbestemmelse. Sykepleiere forteller at de opplever at de gamles verdighet krenkes.

**Søkeord:** hjemmesykepleier, hjemmetjeneste, helse og omsorgstjenester i kommuner, sykepleiekompetanse, helsepolitikk og omsorg.

## **Abstract**

**Background:** Younger user groups in the municipal home-based care service have complex health-related challenges. Nursing at home is becoming more comprehensive and advanced. This requires further development of home-based services and amongst this a strengthening of competence among nurses. Economic efficiency combined with a lack of resources is seen as a challenge. Question has been raised if the old people are lost in the home-based care service.

**Objective:** To gain knowledge about nurses' experience in working with old people in the municipal home-based care service.

**Research question:** How do nurses experience the work of old people in the municipal home-based care service?

**Method:** This master's thesis is a qualitative study with a phenomenological approach. It is based on semi-structured interviews with five nurses in the municipal home-based care service. They all work in different zones. To find a topic as the highlighted issue, a qualitative content analysis was used.

**Result:** Three key topics appeared in the analysis: lack of competence amongst nurses, caring power and demanding challenges due to time pressure. Nurses tell about work with old people that is challenging due to time pressure and lack of resources. It violates ethical rules and violates the dignity of old people. Participants in the work with old people in the home service experience that qualified nurses are relocated to younger user groups, which means that the nurses are removed from the old people. As a result, they receive more frequent visits from unskilled assistants who do not have the basis of seeing changes in health and the need for increased services.

Nurses in the home service experience that home-based efficiency enhancements, and a new user group, results in old people getting lost in home care, a fact that may have serious consequences when changes in health condition are not detected early enough. Lack of time and competence amongst nurses makes the old people often unable to decide what they want. The result is that nurses use their caring power and overrides old peoples right to self-determination. Nurses say they experience the dignity of the old people is being violated.

**Key words:** home nursing, home care, health and care services in municipalities, nursing competence, health policy and care.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	5
Abstract .....	6
1 Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn og hensikt med studien .....	2
1.2 Oppgavens oppbygging .....	3
1.3 Begrepsavklaring .....	4
2 Aktuell forskning og teoretiske referanserammer .....	4
2.1 Forskning og litteratur .....	4
2.1.1 Bemanning og kompetanse .....	5
2.1.2 Hjemmesykepleie – hjemmetjeneste .....	8
2.1.3 Hjemmesykepleieren .....	9
2.1.4 Brukeren - pasienten .....	10
2.2 Vitenskapsteori - omsorgsfilosofi .....	11
2.3 Organisasjonsforståelse .....	13
3 Metode .....	15
3.1 Kvalitativ metode .....	15
3.2 Intervjuet .....	16
3.3 Utvalg og inklusjonskriterier – rekruttering av deltakere .....	19
3.4 Å forske i eget arbeidsfelt – min rolle .....	21
3.5 Avklaring av etiske spørsmål og validitet .....	22
3.6 Lojalitet og konfidensialitet .....	24
3.7 Transkribering og tekstanalyse .....	25
3.7.1 Transkripsjon .....	26
3.7.2 Foreløpige tema .....	26
3.7.3 Meningsbærende enheter .....	26

3.7.4 Koding av meningsbærende enheter .....	26
3.7.5 Fra sub-tema til resultat .....	27
4 Funn og diskusjon .....	30
4.1 Viktigheten av kompetanse om det gamle mennesket - stor betydning for en god og verdig hjemmetjeneste. ....	31
4.2 Om å ikke la kapasitetsproblemer resultere i omsorgsmakt overfor den gamle .....	40
4.3 Fordi det er få sykepleiere på vakt, står en ofte alene i krevende situasjoner i arbeidet med de gamle menneskene. ....	51
5 Avslutning.....	60
Veien videre .....	62
Vedlegg: .....	67
Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet .....	68
Samtykke til deltakelse i studien: .....	70
Intervjuguide .....	71



# 1 Innledning

Helsedirektoratet (2018) sier i en fersk undersøkelse at det i 2016 var 355.600 innbyggere i Norge som mottok hjemmebaserte helse og omsorgstjenester eller i institusjon. Fra 2009, er dette en vekst på åtte prosent. De som mottar helsehjelp i hjemmet har økt med atten prosent. Det er en ulik alderssammensetning i bruken av helse og omsorgstjenesten. For de over åtti år, har prosentandelen gått ned fire prosent fra 2016. Årsaken er en mindre tilvekst i befolkningen for de over åtti år. Antall som bare mottar helsehjelp er stabilt på ca. seksti prosent fra 2016, med en liten økning i små kommuner (Helsedirektoratet, 2018).

Sykepleiere møter både gamle og unge mennesker i en tidlig fase av deres sykdommer, og skal hjelpe dem til å kunne bo selvstendig med en god hverdag. Stadig alvorligere sykdommer hos hjemmeboende pasienter, krever mer avansert sykepleie som gjør hjemmetjenesten til en svært interessant og utfordrende arena for sykepleiere å arbeide i (Fjørtoft, 2016). Meld. St. 29 (2012-2013 s.85) sier at den hjemmeboende skal ha rett til en hverdag som er meningsfylt og inneholde gode opplevelser. Det gjør at sykepleiere må klare å ha en helhetlig tilnærming til både pasienten og dens pårørende.

I arbeidet som sykepleier i hjemmetjenesten så jeg at en av de store utfordringene med å få tak i ekstra bemanning hver dag fordi det alltid var noen som var syk. Statistikken viser at det er et høyt sykefravær i omsorgstjenesten. Gautun & Bratt (2014) skriver i sin rapport at det ikke alltid leies inn vikarer for å dekke opp for sykefravær. Resultatet fører til en økt belastning for de som er på jobb, og ofte leies det inn ufaglærte for å dekke opp for fraværet (Gautun & Bratt, 2014). Undersøkelsen til (Gautun & Bratt, 2014) sier at rundt femti prosent av forespurte svarer at ledere som setter opp turnus ikke gjør nok for å skaffe utdannete vikarer. Resultatet blir alltid tidspress for de som var på jobb. I mitt arbeide gjorde jeg noen refleksjoner om de gamle pasientene blir borte i hjemmetjenesten og oversett av ufaglært personale på grunn av manglende kompetanse. Vi vet at de gamle skrøpelige har sammensatte sykdommer som krever oppfølging. Ofte blir de gamle skrevet ut fra sykehus uten å være ferdig behandlet. Dagens hjemmetjeneste har brukere i alle aldre. Den eldre brukergruppen utgjør majoriteten, men det fins pasienter helt ned i barnealder. Mange av den yngre

brukergruppen har alvorlige sykdommer som krever økt kompetanse innenfor sykepleieryrket (Brevik, 2010, s. 91-93; Fjørtoft, 2016; Hamran & Moe, 2012).

Sykepleieres opplevelse i arbeidet med gamle mennesker er viktig fordi det etter mitt syn handler om å rekruttere flere sykepleiere til den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten. I dag er det vanskelig å få rekruttert nok sykepleiere til hjemmetjenesten. Gautun & Øyen (2016) skriver i første del av en NOVA-rapport, på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund, at det i 2015 var helse og omsorgstjenesten som hadde størst mangel på arbeidskraft. Det var sykepleiere som utgjorde den yrkesgruppen hvor det manglet mest arbeidskraft.

Fjørtoft (2016) skriver at hjemmetjenesten består av faglige utfordringer som gjør at sykepleiere virkelig må stå opp for faget sitt for å få tjenesten til å fungere. Jeg har i denne masteroppgaven valgt å se nærmere på de gamle menneskene som er pasienter i hjemmetjenesten i denne oppgaven. Utgangspunktet for dette er kunnskapen om at stadig flere gamle bor i sitt eget hjem til de blir så skrøpelige og syke at det ikke går å bo hjemme lengre. Eldreomsorgens mål er i dag trygghet i eget hjem, samt at det er det helsepolitiske mål (St. Meld. 29, 2012-2013).

## **1.1 Bakgrunn og hensikt med studien**

Formålet med masteroppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere som arbeider i hjemmetjenesten opplever arbeidet med de gamle hjemmeboende pasientene. Jeg vil prøve å formidle sykepleieres opplevelse for å se om eventuelle funn kan være med på å belyse utfordringer i arbeidet med det gamle mennesket i den kommunale hjemmetjenesten. Gjennom prosjektet ønsker jeg å få frem en variasjonsbredde med data som er verd å se nærmere på og som kan åpne for ny og supplerende kunnskap og større forståelse om fenomenet som jeg her velger å kalle sykepleieres opplevelser og erfaringer i arbeid med gamle mennesker i den kommunale hjemmetjenesten. Fjørtoft (2016) skriver at kompetanse i hjemmetjenesten er viktig. Tjenestekvaliteten skal være merkbar når sykepleiere utfører en tjeneste. Sykepleiere arbeider sammen med andre faggrupper, noe som gjør at sykepleiere hele tiden må være bevisst på sitt faglige ståsted. Det kan være uenigheter om hvem som skal gjøre hva i løpet av en arbeidsdag. Kunnskapen handler om riktig bruk av ressurser. For at brukerne av den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten skal få et fullverdig tilbud for best mulig helse og livskvalitet, må sykepleiere ha god kjennskap til de rammevilkårene som gjelder for tjenesten (Fjørtoft, 2016). McCance, McCormack & Dewing (2011) skriver i en

artikkel at praksisen i tjenesten må være at pasienten i hjemmetjenesten må stå i sentrum. De skriver at utgangspunktet for hjemmetjenesten er pasientens behov, ressurser og bakgrunn. Det er dermed viktig for sykepleiere å ha kompetanse om eldreomsorg for å kunne møte de gamle som selvstendige mennesker. Mye av arbeidet sykepleiere gjør i hjemmetjenesten består i å få fastlegene til å henvise til behandling og rehabilitering. Dette er bare en del av de mange oppgavene en gjør (Hamran, 1987). Derfor vil jeg prøve å synliggjøre deres opplevelser i arbeidet med det gamle mennesket, og hvilke utfordringer de møter i dette arbeidet. Problemstillingen jeg vil presentere er derfor *”Hvordan opplever sykepleiere arbeidet med gamle mennesker i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten ?”*

Forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever sykepleiere kompetansen i arbeidet med gamle mennesker i hjemmetjenesten?
- Hvordan beskriver sykepleiere de gamle menneskene i hjemmetjenesten?
- I hvor stor grad av arbeidsdagen møter sykepleiere de gamle menneskene?
- Hvilke krevende utfordringer møter sykepleiere på i arbeidet med de gamle menneskene i hjemmetjenesten?

Prosjekt er avgrenset til å handle om de gamle hjemmeboende av kommunal hjemmetjeneste i den aktuelle kommunen.

Det er ikke en oppgave om å arbeide i hjemmetjenesten generelt, men på sykepleiernes opplevelser knyttet til arbeidet med de gamle pasientene i hjemmetjenesten.

## **1.2 Oppgavens oppbygging**

- I kapittel to presenteres relevant Litteratur og tidligere forskning, samt teoretisk bakgrunn.
- Kapittel tre handler om det metodiske arbeidet, og hvordan jeg har gjennomført studien.
- Kapittel fire handler om presentasjon av funn jeg har gjort og drøftingen av dem.
- I kapittel fem skriver jeg en avslutning med konklusjon av arbeidet.

## 1.3 Begrepsavklaring

*Hjemmetjeneste* – Sorterer under kommunenes helse og omsorgstjenester eller er privat. Hjemmesykepleie hører inn i hjemmetjenesten i mange kommuner. Inkluderer også hjemmehjelp, praktisk bistand i hjemmet (helse og omsorgstjenesteloven, 2011).

*Hjemmesykepleie* – Lovpålagt tjeneste etter Helse og omsorgstjenesteloven (2011). Helsehjelp til hjemmeboende ved alderdom, sykdom, svekket helse og ved vanskelig livssituasjoner. Handler om behandling, forebygging og vedlikehold av helse (Fjørtoft, 2016).

*Hjemmesykepleier* – Offentlig godkjent sykepleier, ansatt i hjemmetjenesten.

## 2 Aktuell forskning og teoretiske referanserammer

I dette kapitlet vil jeg presentere noe av den relevante litteraturen og tidligere forskning som er utført om kommunal hjemmetjeneste. Jeg vil i tillegg i dette kapitlet gjøre rede for hva kommunal hjemmetjeneste er og hvilke rammeverk den har. Jeg vil også beskrive den filosofien jeg tenker sammen med i oppgaven.

### 2.1 Forskning og litteratur

*Søkeord:* hjemmesykepleier, hjemmetjeneste, helse og omsorgstjenester i kommuner, sykepleiekompetanse, helsepolitikk, omsorg, home based nursing care, community elderly-care.

For å kunne stille gode spørsmål til intervjudeltakerne, er det viktig med bakgrunnskunnskap. En systematisk litteraturgjennomgang skal danne grunnlaget for prosjektets innledning. Det er

den teoretiske referanserammen som skal vise sammenhengen mellom temaet og tidligere forskning innenfor temaet. Universitetsbiblioteket er en ressurs av stor betydning. Her finnes et stort antall artikler i databasene (Malterud, 2011). Det er gjort søk i ulike databaser som BIBSYS, CHINAHL og Svemed hvor jeg fant aktuelle forskningsartikler. I tillegg søkte jeg etter litteratur som andre forfattere har brukt som primærlitteratur. Jeg har vurdert om forskningslitteraturen er tidsmessig riktig. I tillegg har jeg vurdert hvem som har skrevet forskningslitteraturen, om den er fagfellevurdert, deres bakgrunn og for hvem den er skrevet for.

### **2.1.1 Bemanning og kompetanse**

Gautun, Øyen & Bratt (2016) har skrevet en artikkel hvor de avdekket at underbemanning er selvforsterkende. Studien belyser konsekvenser av mangelen på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Den er laget på oppdrag av Norsk sykepleierforbund og tar opp konsekvenser av mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmetjenesten i Norge. Registerdata og flere undersøkelser danner grunnlaget for denne undersøkelsen. Blant annet en spørreundersøkelse blant nesten fem tusen sykepleiere i sykehjem og hjemmetjenesten i Norge. Her har en først kartlagt selve mangelen på sykepleiere før en har tatt for seg konsekvensene mangelen har for tjenesten og for de ansattes arbeidsmiljø. Deretter har undersøkelsen sett på hva som må til for å klare å rekruttere sykepleiere og beholde dem i tjenesten uten at de forsvinner. Undersøkelsen sier også noe om hva en gjør for å dekke opp sykepleiermangelen når turnusen ikke går opp, eller ved langtidsfravær (Gautun, Øyen & Bratt, 2016).

Gautun & Bratt (2014) har skrevet en forskningsartikkel ved velferdsforskningsinstituttet NOVA på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund. Det er en studie som handler om bemanningsplanlegging og kompetansesammensetning i pleie og omsorgstjenester i 215 kommuner i Norge. Studiens problemstillinger handler om hva som påvirker planleggingen og hva de tillitsvalgte mener er optimal bemanning og kompetansesammensetning i omsorgstjenesten. De spør om hva slags påvirkning dette har for kvaliteten på tjenesten og de ansattes miljø. Studien er interessant da den forteller noe om de utfordringer sykepleiere i hjemmetjenesten har. Gautun & Bratt (2014) fant ut at det var variasjoner i antall ansatte på ei vakt med forskjellig kompetansebakgrunn sammenlignet med det antallet pasienter en skulle besøke. Svar på hva som var optimal bemanning for sykepleiere var variert, og de tillitsvalgte

så både fordeler og ulemper med en fast bemanningsnorm for sykepleiere. I tillegg fant Gautun & Bratt (2014) ut at noen av årsakene til avvikene var høyt sykefravær, stort tidspress på arbeidsplassen, samt ønske om flere spesialutdannede sykepleiere (Gautun & Bratt, 2014). Disse problemstillingene går igjen i en litt eldre studie fra 2003, utarbeidet av Hofstad & Norvoll (2003) ved SINTEF Unimed. Denne studien viser at selv om antallet pasienter er økende, mente de spurte sykepleierne at kvaliteten på pleien allikevel var god. Det fantes avvik som gikk ut på at det var lav bemanning med mange ufaglærte på vaktene. Spesielt i helgene. Studien handler i tillegg om økt antall pasienter og tidspress (Hofstad & Norvoll, 2003). Denne studien er ikke av nyere dato, men jeg anser deler av den som fortsatt svært aktuell for min studie.

Torunn Hamran og Siri Moe skrev i 2012 en rapport i regi av senter for omsorgsforskning ved UiT, som handler om yngre og eldre pasienter i hjemmetjenesten. I denne rapporten spør de om det er ulikheter eller forskjellsbehandling i tjenestetilbudet knyttet til hjelperens vurderinger, faglige standarder og organisering av tjenestene. De gamle pasientene kjenner ikke alltid til sine rettigheter og stiller sjelden krav. Deres behov blir ikke alltid oppfattet på samme måte som de unges behov for hjelp. Hamran og Moe stiller spørsmål ved om hjemmetjenesten har kompetanse til å vurdere om pasienten har behov for økt bistand for å være selvhjulpne i hjemmet. Deres studie viser at det ikke blir satt i gang tiltak for å få den gamle pasienten ut fra isolasjon på lik linje som den yngre brukergruppen. Det å ha nedsatt helse i en høy alder, gir ikke grunn til særtiltak. Det blir tildelt hjelp etter grunnleggende behov, men sjelden hjelp til det psykososiale og det åndelige. Vedtak om hjelp til sosial kontakt med andre mennesker, er forskjellig om en er ung eller gammel. Årsaken kan være at de yngre har et annet behov. Denne rapporten har relevans for min studie, da den forteller at ved å reflektere over ens egen praksis kan en arbeide nærmere det som er myndighetenes mål for en likeverdig hjemmetjenesten (Hamran & Moe, 2012).

Pia Bing-Johnsson er forsker ved UiO. I en undersøkelse i 2016, fant hun ut at det ikke var forsket på å finne et verktøy for å måle kompetanse hos sykepleiere ved ansettelse. Hun erfarte at det var stor mangel på kompetente sykepleiere i arbeidet med de hjemmeboende eldre. Undersøkelsen til Bing-Jonsson et al. (2016) tar utgangspunkt i hjemmetjenestens utfordringer med gamle mennesker med flere sykdommer. Deres studie viser at den kompetansen en lærer er i konstant utvikling, og at de har forsøkt å identifisere den

kompetansen som er nødvendig for å utføre en sikker jobb med gamle pasienter (Bing-Jonsson et al., 2016). Dette er en interessant artikkel som vil danne en god forståelse for min studie da tekstmaterialet viser at sykepleiere ønsker mer kompetanse. Bing-Jonsson et al. (2016) skriver at hun erfarer at gamle mennesker ofte har flere forskjellige sykdommer som krever tettere oppfølging. Bing-Jonsson et al. (2016) skriver at etter samhandlingsreformen ble innført i 2012, er pasientene i hjemmetjenesten en stor utfordring fordi de er sykere enn tidligere. Det mangler kompetansen. Sykepleierne har en stor utfordring med å observere sykdomsforverring, og å få satt inn tiltak i rett tid. I tillegg har de en stor utfordring med tidspress, og alt for mange pasienter de skal være ansvarlig for (Bing-Jonsson et al., 2016).

Truls I. Juritzen har gjort en doktorgradsavhandling som heter *Omsorgsmakt – Foucault-inspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem og en artikkel om omsorgsmakt i sykehjem*. Juritzen skriver om maktutøvelse fra helsearbeidere gjennom paternalistiske handlinger og holdninger som ofte er med på å umyndiggjøre og krenke de gamle. Han stiller blant annet spørsmål om hvordan ansatte tenker og snakker om maktsynspunkter i omsorgsarbeidet. Hans studie belyser mer den hverdagslige samhandlingen mellom pasient og pleier, og de valgene som tas for å få til en samhandlende pleie. Den handler om maktbruk i de vanlige dagligdagse pleiesituasjoner med gamle mennesker i sykehjem (Juritzen, 2013). Selv om min masteroppgave handler om hjemmetjenesten, anser jeg denne avhandlingen som relevant for min studie. Det er begrunnet i at Juritzen & Heggen (2006) skriver at sykepleiere har stor makt over pasienten. I samhandling mellom pasienten og sykepleier, har pasienten makt til å ta del i bestemmelsene. Siden hjemmesykepleiere som regel arbeider alene hos pasientene sine, er muligheten for maktmisbruk til stede. Som hjemmesykepleier har en et moralsk ansvar for at makten ikke blir misbrukt (Juritzen & Heggen, 2006). I den hverdagslige samhandlingen mellom pasient og sykepleier er det viktig å se forholdet mellom pasientens interesser og sykepleiers handlinger (Juritzen, 2013).

Tønnessen & Nortvedt (2012) har skrevet en artikkel hvor de spør om hva faglig forsvarlig hjemmesykepleie er. Hensikten med denne artikkelen er å sette ord på hva som er faglig forsvarlig tjeneste, og at hjelpen skal være omsorgsfull. Om det er i tråd med myndighetenes Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene og om det samsvarer med de grunnleggende sykepleieteorier. I denne artikkelen fokuseres det på sykepleieteoretiker Virginia Hendersons grunnleggende teorier om sykepleie som et grunnlag for det forsvarlige.

Artikkelen konkluderer blant annet med nødvendigheten av økt bemanning, men at det vil koste (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

### **2.1.2 Hjemmesykepleie – hjemmetjeneste**

Ann-Kristin Fjørtoft, høyskolelektor ved Diakonova, skriver i sin bok at en tidligere skilte begrepene hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien. Disse to begrepene er nå mer omtalt som hjemmetjenesten i de fleste kommuner. Hjemmetjenesten spiller i dag en stor og sentral rolle i kommunene både når det gjelder antall pasienter og ressurser som settes inn. Det overordnede målet for hjemmetjenesten er at hver enkelte bruker skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem. Hjemmetjenesten tar seg ikke bare av helseaspektet ved hjelpebehovet, men også trygghetsalarmer, matombringing, praktisk bistand, dagaktiviteter og en del andre behov til både yngre og eldre med behov for hjelp. Hjemmesykepleie er inkludert i hjemmetjenesten og handler om helsehjelp som medisinerer, sårstell og personlig hygiene. Hjemmetjenesten er den tjenesten som har styrket seg mest i forhold til annen institusjonsomsorg. Den kommer til å bli ytterligere styrket da det ligger et ennå større potensiale i både kvalitet og ressurser i denne tjenesten (Fjørtoft, 2016). Fjørtoft (2016) skriver at gamle mennesker bor lengre hjemme i dag enn tidligere. De får tildelt vedtak på tjenester etter *Helse og omsorgstjenesteloven* (2011), ut fra behov som anses som nødvendig helsehjelp (Fjørtoft, 2016).

Selv om mange gamle ønsker å bo i sitt eget hjem, handler det også om at kommunen ikke har alternativ til annen hjelp enn hjemmetjenesten. Det er kun de med dårligst helse, og hvor utfordringene er for store til at de ikke kan bo i hjemmet, som får plass på sykehjem (Tønnessen & Nortvedt, 2012). Fjørtoft (2016) skriver at samhandlingsreformen gjør at gamle pasienter blir skrevet tidligere ut fra sykehus til sitt hjem. Kommunene beskriver at de gamle er sykere enn tidligere. Behovet for økte ressurser i kommunen er nødvendig fordi oppgaver og ansvar som sykepleiere i hjemmetjenesten har, er i endring. Det blir stadig flere eldre og utfordringene knyttet til de gamle med demenssykdom vil bli en utfordring i fremtiden (Fjørtoft, 2016). Dette støttes i også av forfatterne Fermann & Næss (2014) som legger til at det vil bli nødvendig med økt tidsressurs og sykepleiekompetanse for å stå rustet til å vurdere pasient og brukersituasjoner i årene som kommer.

Daatland & Solem (2011) skriver at det på åttitallet kom en kommunereform som gjorde at



kommunene skulle ha et mer fritt spillerom når det gjaldt rammetilskudd og prioriteringer. Nå ble det større kommunale satsinger på utvikling av hjemmetjenester og omsorgsboliger. Men kommunene hadde allerede da fokus på de rimeligste løsningene. Noen kommuner satte til og med de gamle pasientene ut på anbud. I dagens kommuner har tilgangen på tjenester blitt knappere, og det prioriteres hardere om hvem som skal få tildelt hjelp fra kommunene (Daatland & Solem, 2011). Helsedirektoratet (2018) sier at gamle mennesker over åtti år utgjør opp mot 45 prosent av de som mottar hjemmetjenester. Det beskrives at der er en markant økning fra 2012 til 2016 på nesten 4 prosent (Helsedirektoratet, 2018).

Hjemmetjenesten handler ikke lengre bare om eldreomsorg. Tjenesten har pasienter i alle aldre. Stadig flere yngre pasienter har behov for hjemmetjeneste relatert til alvorlige sykdommer. Med den yngre tilveksten av pasienter, øker også utfordringene. Det handler om forskjellige standarder og nivåer på hjemmetjenesten, enn det som har vært for de gamle pasientene. Hjemmesykepleie er egentlig bare et av nivåene de yngre pasienter får. Andre nivåer kan for eksempel handle om tjenester innenfor psykisk helse (Birkeland & Flovik, 2014).

### **2.1.3 Hjemmesykepleieren**

Oddvar Førland og Bjarte Folkestad har i 2016 publisert en stor studie i regi av senter for omsorgsforskning i Bergen. Denne har basert seg på data fra tidligere innbyggerundersøkelser om blant annet bruk og holdninger til den kommunale hjemmetjenesten. Undersøkelsen er sett ut i fra et bruker og et befolkningsperspektiv om hjemmetjenestens omdømme. De beskriver arbeidet som sykepleier i hjemmetjenesten er svært interessant, veldig variert og krevende. Dette gjør den til en arena hvor en har et stort lærings og erfaringsutbytte. Læringen og erfaringen blir styrket ettersom ansvar og flere oppgaver er blitt overført fra sykehus og spesialisthelsetjenesten til den hjemmebaserte omsorgstjenesten (Førland & Folkestad, 2016). De gamle ligger kortere tid på sykehus og behandlingen fortsetter i pasientens hjem. Hjemmesykepleiere arbeider mesteparten av arbeidsdagen alene. Kveld og helger har en ofte bare personalet på legevakten å støtte seg til. Den støtten gjøres over telefonen. Mange steder i vårt land kan det noen ganger være en utfordring med en ujevn mobildekningen (Førland & Folkestad, 2016).

Fjørtoft (2016) og Birkeland & Flovik (2014) skriver at hjemmesykepleie er en annerledes

måte å drive sykepleie på. Derfor krever arbeidet som hjemmesykepleier litt kunnskap om alt. Hjemmetjenestens brukere er forskjellige. Deres situasjoner og sammenhenger er forskjellige. Det er derfor vanskelig å kunne alt. Kunnskapen er viktig for at pasienten skal få en trygg tjeneste levert i hjemmet sitt. Det handler ikke bare om å få stelt sår, følge opp ernæringsstatus, eller gi rett medisin til rett tid og rett pasient. Det handler om kunnskap om holdninger til og om hvordan en møter de gamle. Det handler om å vise respekt og bevare verdigheten til det gamle mennesket. Hjemmet til den gamle er stedet hvor han skal føle seg trygg. Det er stedet der den gamle har nære relasjoner til hele sitt levde liv. Det symboliserer hvem den gamle er. Her er det lett at en går over noen grenser, spesielt soverommet som er det mest private. For mange pasienter føles det problematisk å måtte motta hjelp i hjemmet. Fjørtoft beskriver hjemmesykepleie som en type kompleks sykepleie hvor fremming av helse og forebygging av sykdommer er noe av det fine en gjør i hjemmetjenesten for at den gamle skal få en god alderdom hjemme (Birkeland & Flovik, 2014; Fjørtoft, 2016).

#### **2.1.4 Brukeren - pasienten**

Han er et menneske, gammelt eller ungt, som har behov for å motta hjelp fra den kommunale eller private hjemmebaserte omsorgstjenesten. Ikke alle har behov for en omfattende helsehjelp, men heller en avgrenset hjelp eller en helsebevarende hjelp, som for eksempel praktisk bistand i hjemmet, for å kunne takle hverdagen i egen bolig. Tidligere ble hjemmetjenesten dekket av staten, men i dag er den utført av kommunene. De fleste som er brukere av hjemmetjenesten er glad for å få hjelp, men noen av de hjemmeboende gamle opplever at ens private hjem blir invadert (Birkeland & Flovik, 2014; Fjørtoft, 2016). Fjørtoft (2016) skriver at det er viktig å ha en forståelse av begrepene bruker og pasient, og tenker gjennom hvilke ord en benytter. Det er et mer positivt å være bruker av hjemmetjenesten, hvor begrepet anvendes mest. Det handler i tillegg om at en bruker av hjemmetjenesten, på lik linje med en pasient, har rett til å bestemme selv over sin livssituasjon, og hvilke tjenester en ønsker å motta. For de som arbeider i hjemmetjenesten, er det viktig å ikke fjerne oppmerksomheten fra å se sykdomsbildet og hjelpebehovet fremover i tid hos en bruker. Både pasient og brukerbegrepene kan oppleves som krenkende, men også ivaretagende for den som trenger tjenesten. Det å være bruker gir ikke garanti for at en sikres garanti for omsorgsbehovet (Fjørtoft, 2016).

Det å være bruker av hjemmetjenesten tydeliggjør muligheten til å være en aktiv deltaker i omsorgen. Samtidig forklarer det menneskets rett til å bestemme selv for ikke å bli umyndiggjort

og krenket (Fjørtoft, 2016). Men Loven om pasient og brukerrettigheter § 3.1 av 1999, sier at mottakere av hjemmetjenester er pasienter (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Derfor velger jeg å bruke begrepet pasient i denne masteroppgaven.

## 2.2 Vitenskapsteori - omsorgsfilosofi

For å kunne forstå og analysere sykepleieres opplevelse i arbeidet med det gamle mennesket i den kommunale hjemmetjenesten, har jeg valgt å støtte meg til *Kari Martinsen*, som er sykepleier og filosof. Grunnen til jeg valgte Martinsens omsorgsfilosofi, er fordi hun selv har yrkeskompetanse innenfor omsorg. Hennes forståelse for sykepleierfaget handler om etikk, og hun har vært en pådriver for å få i gang den etiske diskusjonen innenfor sykepleien (Elstad, 2014). I tillegg skriver Martinsen (2003) om omsorg innenfor både moralsk og politisk sammenheng, noe jeg ser som er relevant for min studie. Hennes omsorgsfilosofi er utviklet gjennom et langt forfatterskap. Martinsen teorier er fenomenologisk. Jeg tolker Martinsen om at omsorg er sykepleiens fundament. Helse handler om velvære og livsmot hos den syke. Når en utøver omsorg, betyr at en må ha en holdning for å kunne se og erfare den syke ut fra den sykes situasjon. Omsorg er noe felles for oss mennesker (Martinsen, 2003, s. 71-75). Martinsen er opptatt av det etiske prinsippet om pasientens autonomi – retten til å bestemme selv. Dette problematiserer hun, og mener at når pasienten ikke vet hva som er til det beste for han selv, er en svak paternalisme mer anvendelig. En svak paternalisme skal ikke være en lettvinnt løsning, men sykepleierens faglighet skal være til det beste for pasienten. Martinsen (2005) skriver at paternalisme kan forklares med en mild overtalelse. Hun skriver i tillegg om en myk maternalisme i stedet for svak paternalisme, hvor hun mener at pasienten skal få bestemme alt selv, ut i fra et etisk synspunkt (Martinsen, 2005).

Kirkevold (1998) skriver at Martinsen har skrevet om hva god omsorg og god sykepleieutøvelse er, og at Martinsen er den i Norge som har skrevet mest om sykepleie. Hun har hatt stor innflytelse både i og utenfor Norge med sin teoretiske utvikling av sykepleiefaget. Hennes ideer skiller seg fra tradisjonelle sykepleieteorier fordi de tolkes som en fenomenologisk teori, basert på menneskers opplevelser i sin livsverden (Kirkevold, 1998). Som filosof har Martinsen i sine bøker tatt et oppgjør med flere kjente filosofer som Heidegger og teologen Løgstrup. I sitt arbeide tar hun avstand og kritiserer sterkt de filosofer hun mener preger samfunnet og sykepleievitenskapen generelt. Martinsen har tatt frem en alternativ forståelse for sykepleiefaget og dens kunnskapsgrunnlag. Som teologen Løgstrup, bygger Martinsen sine teorier på de fenomenologiske

filosofene Husserl og Lipps (Kirkevold, 1998).

I boken Omsorg, sykepleie, medisin (2003, s. 68-70), forklarer Martinsen at omsorgens moralske mål er knyttet til at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet.

Sykepleieomsorg er nødt å være basert på moralsk ansvarlig maktbruk. Det er viktig at det siste utøves i overensstemmelse etter de prinsipper som gjelder for ansvar for de svake. Her kan det trekkes en grense for mellom ansvarlig og ikke ansvarlig maktutøvelse. Og at makt kan benyttes solidarisk ut fra en moralsk handling. Moralsk ansvar gir ikke grunnlag for en ytre pliktetikk med eksakte regler for rette eller gale handlinger. Når menneskelivet verdisettes, er det uavhengighet og selvstendighet som topper skalaen. Omsorgsinstitusjonene som skal sørge for å vedlikeholde oss mennesker, har alltid kommet dårlig ut økonomisk (Martinsen, 2003, s. 48, 80-81).

Altså, vår hørsel, syn, håndlag og mimikk er med på å skape en sanselig forståelse av en situasjon (Kirkevold, 1998).

Gjennom den erfaringen jeg har som sykepleier, vil jeg i prosjektet kunne vektlegge sykepleierens opplevelse og erfaring i arbeidet med det gamle mennesket i hjemmetjenesten. Thagaard (2009) skriver at Martinsen mener nødvendigheten av fenomenologien er som et verktøy for å få frem nytenkning i sykepleierfaget. Kunnskapen som kommer frem, blir på den måten mer synlig og eksplisitt (Thagaard, 2009). Jeg har støttet meg til den tyske filosofen Gadamer (2003) gjennom hans bok Forståelsens filosofi. Den har gjort meg bevisst på det jeg hadde av kunnskap fra før, og satte meg i stand til å lytte etter det som kunne være annerledes i informasjonen fra mine deltakere. Thagaard (2009) sier at det ikke alltid er mulig å finne helt ny kunnskap i kvalitative studier. Ofte settes den nye kunnskapen i relasjon til det som allerede finnes fra før av forskningskunnskap og at ens problemstilling kan knyttes til tidligere forskning. Da kan det komme frem ny viten. Om den nye viten er helt ny, avhenger prosjektets formål. Men det er viktig at en gjennom prosjektet kan komme frem til ny forståelse som skiller seg ut fra det som var utgangspunktet for prosjektet.

## 2.3 Organisasjonsforståelse

Arne Orviks teori om den organisatoriske funksjonen en sykepleier har sett gjennom hans forskningsarbeid om profesjonskunnskap og ledelse arbeide. Orvik stiller spørsmål om en helseorganisasjon er en menneskelig institusjon eller om det er en økonomisk bedrift? Kan en kommune sammenlignes med en økonomisk bedrift? Orvik forklarer det med at en helseorganisasjon som bare er ute etter å oppnå økonomiske mål, er en bedrift. Tjenestene blir en produksjon med tilhørende produksjonsarbeidere med mål om å få best mulig økonomisk resultat uten at problemer skal redusere inntektene. Når det økonomiske tar over styringen i en helseinstitusjon, nærmer vi oss en etisk grense. Han legger til at det ikke er galt å tenke tid og materiell i en sammenheng med bedriftsøkonomi. Helsepersonell kan bli mer bevisste i sitt arbeide, men bør fortsatt skille mellom helseinstitusjon og en helsebedrift (Orvik, 2004; Orvik, 2015). Jeg valgte disse teoriene fordi de har fokus på flere elementer i arbeidet som sykepleier i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten. Som sykepleier i omsorgstjenesten, er det viktig å kunne lede arbeidet med pasientene for på den måten å gjøre forbedringer og endringer i arbeidet med gamle mennesker. Samtidig er det viktig å forstå den rollen en har som sykepleier innenfor hjemmetjenesten, og hjemmetjenestens verdier og mål. For min studie handler det om organisatorisk kompetanse hvor en skal ha kunnskap om lovbestemmelser om faglig forsvarlighet. I tillegg er organiseringskompetanse viktig for å kunne reflektere over hensynet til pasienten, min egen arbeidssituasjon og alle effektivitetskrav fra organisasjonens side.

Torunn Hamran, professor og faglig leder senter for omsorgsforskning, skriver om en flerkontekstuell kompetanse. Det betyr at for sykepleiere er det viktige å ha kunnskap til å se forandringer og sette inn tiltak som er relevant for situasjonen. Men vitenskapen betyr ikke alt for sykepleieteoriens kompleksitet og mangfold. Det kan bety at heving av kompetanse er viktig for å være i stand til å beherske avanserte instrumenter i en avansert sykepleie. Det vil si at det er viktig å inneha både teknisk kompetanse og kunnskapsmessig dyktighet for lettere å kunne møte og vurdere nye situasjoner. Det stilles krav til både faglige og moralske begrunnelser hos en sykepleier (Hamran, 1987).

I 2009 skrev regjeringen i en proposisjon til Stortinget om hva dens politikk skulle bygge på. Tjenestetilbudet skulle være likeverdig, tilgjengelig og av god kvalitet. Dette er det offentliges ansvar. En må unngå at ulike aktører i helsetjenesten fraskriver seg ansvar, men heller samarbeider seg frem til de beste løsningene. Den kommunale omsorgstjenesten skal videreutvikles slik at den gir brukerne mulighet for en bedre livskvalitet uten hensyn til alder eller diagnose (Prop.1 S (2009 – 2010) s. 155). Lovverket krever at kommunene skal drive tjenestene på et forsvarlig og sikkert nivå, både når det gjelder virksomhet og profesjonsnivå. Enhver som yter profesjonstjenester med mennesker skal rette seg etter de regler og normer som er gitt fra departementet (Helsepersonelloven, 1999, Helse og omsorgstjenesteloven, 2011).

## 3 Metode

Dette kapittelet beskriver den kvalitative metoden jeg har brukt for å komme frem til resultatene i masteroppgavens problemstilling.

### 3.1 Kvalitativ metode

Min problemstilling i mitt forskningsprosjekt er *Hvordan opplever sykepleiere jobben med gamle mennesker i den kommunale hjemmetjenesten?* I studien er det deltakerne i prosjektet som står sentralt, siden det er deres opplevelser og erfaringer av hverdagen i arbeide med det gamle mennesket i hjemmetjenesten jeg er ute etter. Derfor er dette en kvalitativt studie (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008) sier at Husserl beskriver i sine tekster at når en skal drive forskning på livsverdener, som er den konkrete virkeligheten vi erfarer og lever i, må en henvende seg til selve saken. For best å finne denne kunnskapen, bestemte jeg meg for å basere prosjektet på dybdeintervjuer med sykepleiere som alle arbeider i den kommunale hjemmetjenesten. Både Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008) og Malterud (2011) forklarer at det er selve forskningsspørsmålet som avgjør metodevalget for å belyse og fortolke fenomenet fra de opplevelser sykepleiere gjør seg i arbeide med gamle mennesker i hjemmetjenesten.

Et semistrukturert dybdeintervju gir en fin sjanse til førstehånds informasjon om noe som ikke er klart fra før, eller for å lage nye spørsmål for problemstillingen. Selv om intervjuet styres av meg som intervjuer, er det en åpen samtale hvor deltakeren kan få dele sin opplevelse og erfaring. Under intervjuet er en åpen for nye innspill og det er en kunst å være både tålmodig og nysgjerrig når deltakeren begynner å fortelle (Malterud, 2011). Intervjumetoden er en anvendbar metode på grunn av den gode kvaliteten på informasjonen en får, selv om den informasjonen en innhenter muligens kan være noe avgrenset fra virkeligheten. I tillegg kan den som deltar i prosjektet, informanten, ha en mulighet for å kunne påvirke informasjonen en skal bruke for å komme frem til et resultat. Både Malterud og Kvale et al. sier at en er ikke ute etter å løse de problemene informantene kommer med, men belyse dem (Kvale et al., 2015; Malterud, 2011).

Malterud (2011) skriver at den kvalitative intervjumetoden anvendes når en skal analysere og

beskrive et fenomen hvor en er ute etter å studere egenskaper, fellestrekk og karakteristikk. Hun forklarer videre at denne typen forskningsmetode ofte bygger på humanvitenskap, fenomenologi, som er den erfaringsbaserte kunnskapen vi mennesker innehar og hermeneutikk, den forståelsen eller fortolkningen vi har. Den kvalitative forskningsmetoden bidrar ofte til å komme frem til ulikheter og hjelper oss til å komme frem til en mer detaljert og en mer inngående beskrivelse av fenomenet en ønsker å belyse (Malterud, 2011). Gadamer (2003) forklarer at en må ta i betraktning at utgangspunktet mitt kan være både begrenset og mangle erfaringer. Det handler om at min kunnskap, som er min forståelse og fortolkning basert på forforståelsen min. Gadamer, Schaanning & Holm-Hansen (2012) skriver at fordommer er positive forutsetninger for innsikt og forståelse. Forståelse er igjen ikke mulig uten fordommer fordi vi som regel tar utgangspunkt i den forståelsen vår egen livsverden gir oss. Forståelsen handler om den sammenhengen den skal forstås med. Gadamer (2003) kaller det den hermeneutiske sirkel, som handler om at en forståelsen forutsetter at den andre forståelsen, som kalles en fordom. Forforståelse i min studie handler om de refleksjoner jeg har gjort over hvordan sykepleiere arbeider med de gamle menneskene i hjemmetjenesten. I tillegg har jeg selv arbeidet som sykepleier i hjemmetjenesten og har derigjennom en forforståelse om hvordan omsorg til gamle mennesker blir gjort, både på godt og vondt. Denne forforståelsen vil jeg ha med meg inn i spørsmålene i intervjuguiden og analysen. Samtidig må jeg sette den til side og ikke la meg påvirke av forforståelsen fra feltet hvor jeg arbeider.

## **3.2 Intervjuet**

I følge Kvale et al. (2015) og Polit & Beck (2017) var det viktig at jeg under selve intervjuet ikke konfronterte deltakerne. Men vise respekt og hensyn til emosjonelle reaksjoner. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste presiserer at det kun vil være tillatt å samle informasjon om det prosjektet handler om (NSD). Ettersom jeg hadde liten erfaring med å gjøre intervjuer, var det nødvendig å bruke en intervjuguide som et verktøy for å hjelpe meg til å strukturere selve intervjuet. Målet med prosjektet mitt var å få vite noe jeg ikke visste fra før eller noe som kunne skape nye spørsmål om fenomenet, bestemte jeg meg for ikke å gjøre intervjuguiden for detaljert. Men la deltaker få lov til å fortelle selv om sin opplevelse og erfaringer i arbeide med de gamle menneskene i hjemmetjenesten (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Kvale et al., 2015; Polit & Beck, 2017). Jeg valgte å satse på fire hovedspørsmål i intervjuet, for at det senere skulle bli lettere for meg å strukturere svarene for en analyse. Dette er i samsvar med hva de ulike



forfatterne skriver om i kvalitative metoder.

I tillegg bestemte jeg meg for å lage noen oppfølgingsspørsmål for å hjelpe deltaker i tilfelle samtalen skulle stoppe opp underveis. Kvale et al. (2015) sier at en god intervjuguide innleder ved å starte med presentasjon, fortelle om bakgrunn og formålet med undersøkelsen, samt om taushetsplikten. Dette gjorde jeg og benyttet innledningen til å forklare om lydopptakeren, at innholdet vil bli behandlet konfidensielt, anonymt og slettet etter transkribering. Det var utrolig viktig for meg å få til en god relasjon med deltakeren helt i fra starten.

Det er avgjørende for empirien at spørsmålene er forståelige, uten et akademisk språk som gjør situasjonen vanskelig og det er selve problemstillingen som skaper intervju spørsmålene (Kvale et al., 2015). For meg var det viktig å stille spørsmålene ut fra et tilnærmet fenomenologisk perspektiv for å få tak i hva deltakerne har hatt som erfaringer og opplevelser. Det vil si deltakernes egne livsverdener. Filosofen Husserl sier at vår livsverden er den konkrete virkeligheten vi erfarer i vår hverdag, noe som er en forutsetning for å finne empirien vi søker etter (Husserl, 2011). Flere forfattere av metodelitteratur anbefaler en debriefing, hvor det kanskje kommer mer informasjon som har betydning for studien. Men det hender ofte at det automatisk kommer viktig informasjon når en slår av diktafonen. En må be informanten om tillatelse til å legge til de nye informasjonene som kom til (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Kvale et al., 2015; Polit & Beck, 2017). Dette opplevde jeg ved et par av intervjuene. Jeg passet da på å notere ned det som ble sagt og ba om å få legge det til. Men ved noen tilfeller hadde deltaker det travelt, siden det var ønskelig fra deltakers side at intervjuet foregikk i arbeidstiden.

Kvale et al. forklarer at spørsmål med flere vinklinger kan gi ulike og uventede svar, samt kanskje flere forskningsspørsmål. Ved å bruke oppfølgings-spørsmål, oppmuntrer en informant til å reflektere ved å spørre om hva han mener, kan gjøre rede for og hvordan opplevde han det osv. En kan for eksempel be om eksempler. Disse oppfølgingsspørsmålene får en til å gå mer i dybden. Stillheten mellom intervjuer og informant er viktig. Den gir rom for å tenke og fundere over spørsmålene. Etter intervjuet hender det at det kommer viktig informasjon. En må be informanten om tillatelse til å legge til de nye informasjonene som kom til (2015).

En utfordring jeg opplevde, var at det ikke var alle deltakere som var like snakkesalige. Da opplevde jeg at jeg måtte trekke fram noen stikkord fra det deltakeren hadde fortalt for å få samtalen i gang igjen. Utfordringen her var at jeg måtte forsøke å ikke konfrontere deltaker. Heller ikke styre deltaker gjennom ledende spørsmål. Gadamer (2003)s.114-117 sier at det er viktig at en er bevisst på sin forforståelse men lar deltakerens informasjon blir forståelig og sannferdig. Her sier Kvale et al. (2015) at det er viktig å få med seg de eksplisitte opplevelsene som blir fortalt, og få deltaker til å bekrefte at en har forstått meningen riktig eller ikke. Gadamer (2003) skriver at, ønsker en å forstå, må en ikke overhøre eller forandre den meningsbærende informasjonen. Tolker jeg Gadamer riktig, må jeg ikke la problemstillingen bestemme det svaret jeg ønsker å høre. Teksten må få selve betydningen, og ikke min forutinntatte forforståelse. Selv om jeg brukte en godt planlagt intervjuguide, ga jeg deltakerne godt rom for spontanitet og refleksjoner. Aadland (2011), skriver at ved hjelp av den hermeneutiske sirkelspiralen, kan en klare å få ut en opplevelses og meningsutveksling. Aadland kaller den hermeneutiske sirkelen for en spiral fordi sirkelen alltid vender tilbake til start og skaper dermed ikke noen eller få meningsutvekslinger. Gadamer (2003)s.39 beskriver den hermeneutiske sirkelen som et verktøy for forståelse hvor en teksts helhet tolkes i små deler for derfra å gå tilbake til helheten igjen, til en helhetlig forståelse av teksten.

Intervjuguiden min inneholdt åpne spørsmål (vedlegg). På den måten fikk deltakerne selv engasjere seg om sine opplevelser i hverdagen i arbeidet med gamle mennesker i hjemmetjenesten. Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008) skriver at det er nyttig med en intervjuguide for ikke å gå glipp av viktig informasjon som ellers ikke ville ha kommet frem i intervjuet. Jeg fulgte intervjuguiden min som ei huskeliste. Når deltakerne stoppet opp passet jeg på å følge opp med oppfølgingsspørsmål eller inngående spørsmål, samtidig som jeg repeterte stikkord fra det de hadde sagt for å både få fordypet svarene og å få verifisert informasjonen. Noen ganger lot jeg stillheten styre samtalen. Malterud (2011) skriver at i kvalitative studier er det viktig å få deltakerne til å dele sine opplevelser og erfaringer for å få frem den rikeste kunnskapen. Samtidig er det viktig at den som intervjuer ikke styrer samtalen for mye. Da er det lett å havne innenfor forforståelsen. Det er viktig å samtidig få deltakerne til å forstå hva slags kunnskap en er ute etter.

Kvale et al. (2015) skriver at det hersker noe tvil om bruken av intervjumetode i kvalitativ forskning. Det er fordi noen forskere ikke er kritiske til om intervju er den rette metoden for det grunnleggende spørsmålet en skal forske på. Kvalitativ intervjumetode har færre standard regler enn kvantitativ metode. For mitt prosjekt så jeg at denne metoden var den rette fordi jeg stilte spørsmål om sykepleiernes opplevelser i arbeide med gamle mennesker i hjemmetjenesten. Mitt tema bestemte min metode.

### **3.3 Utvalg og inklusjonskriterier – rekruttering av deltakere**

Etter arbeidet med prosjektskissen, hadde jeg det ganske klart for meg hvordan jeg skulle gå fram for å skaffe informanter til prosjektet. Ved et tilfelle, tidlig høsten 2017, traff jeg på vedkommende som var leder for hjemmetjenestene i den aktuelle kommunen. Jeg passet da på å spørre hvem jeg skulle sende forespørselen om hjelp til å skaffe informanter til. Vedkommende ba om å få tilsendt forespørselen, samt forespørselen om deltakelse. Etter et par uker fikk jeg mail fra fem forskjellige sykepleiere som hadde sagt seg villig til å la seg intervju. Lederen for hjemmetjenesten sa seg selv villig til å sende ut brevene om forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet, samt samtykkeerklæring til de forskjellige avdelingssykepleiere, som skulle videresende det til sykepleierne som ønsket å delta. Jeg hadde egentlig et ønske om seks deltakere, men etter hvert som intervjuene ble ferdig, så jeg at det var nok med de fem fordi jeg så at det muligens fantes en metning i informasjonen. I denne prosessen var jeg litt engstelig for at jeg ikke skulle få nok deltakere. Siden lederen for hjemmetjenesten skulle finne seks deltakere selv, hadde jeg en kontroll på at det ikke ble for mange deltakere. Tidsperspektivet har hatt noe å si. Seks måneder til analyse og skriving, er ikke lang tid. Potensialet til å få nok deltakere, lå i å velge en kommune med litt størrelse, og med spredning på ulike soner med både sentralt tettsted og distrikt.

Utvalgsbias kunne være en utfordring siden det er avdelingssykepleiere som velger hvem en skal sende forespørselen om deltakelse til. Malterud (2011) sier at det ikke er meningen en skal eliminere utvalgsbias helt, men være klar over at det kan være forhold som kan gjøre at informasjonen er snevret inn eller kontrollert på forhånd. Jeg har reflektert over om kunnskapen jeg har innhentet kan ha vært påvirket av de jeg intervjuet. Deltakerne er alle sykepleiere med

gode kunnskaper om hvordan omsorg for gamle mennesker skal være. Kanskje har de pratet kritisk om sine opplevelser og erfaringer fra sin arbeidsplass, og kanskje har jeg fått fortalt bare det positive. Jeg hadde på forhånd tatt i betraktning at siden jeg selv er sykepleier, måtte jeg legge bak meg min egen forforståelse. Malterud (2011) beskriver at dette er viktig for å ikke påvirke deltakernes kunnskap og at jeg selv ikke skal preges av min egen bias gjennom min forutinntatthet.

Som inklusjonskriterier, bestemte jeg meg for at de sykepleierne som ble forespurt, måtte ha arbeidet i feltet i tre år eller mer. Det hadde vært ønskelig med deltakere som hadde arbeidet lengre enn tre år, men jeg hadde blitt fortalt at det er stor gjennomtrekk av sykepleiere i den kommunale hjemmetjenesten. Derfor valgte jeg tre år eller mer. De måtte arbeide i den kommunale hjemmetjenesten og ikke inneha noen lederstilling. Kjønn og alder skulle ikke ha noen betydning. Det viste seg at det ble en god spredning på dette. En hadde arbeidet i tre år som sykepleier i hjemmetjenesten og en hadde arbeidet i over tjue år. En utfordring jeg møtte på var at en av deltakerne arbeidet om natten. Dette hadde jeg ikke tenkt på, men bestemte meg for at intervjuet skulle finne sted. Malterud (2011) sier at det er viktig med en bredde av variasjoner for å klare å hente ut flere nyanser av fenomenet en forsker på. Det kom god informasjon ut av dette intervjuet, som fant sted like før midnatt.

Etter at jeg hadde fått tildelt deltakere til studien, ringte jeg opp hver enkelt for å avtale tid og sted for intervjuet. Intervjuene pågikk over ca. fire uker. Siden jeg var gjest på, og ikke kjente arbeidsplassene deres, ba jeg hver enkelt deltaker selv ordne med lokale. Tiden mellom intervjuene ble benyttet til transkribering. Et prøveintervju ble gjort tidlig på høsten, for å kjenne litt på det å stille spørsmål, og bruke en lydopptaker. Dette intervjuet varte rundt førtifem minutter. ”Prøvekaninen” var en tidligere kollega og hadde tidligere arbeidet i hjemmesykepleien. Selv om jeg transkriberte intervjuet, ønsket jeg ikke å inkludere det i mitt studie siden prøvedeltakeren ikke var utvalgt av lederen for hjemmetjenestene. Men det ga meg litt erfaring til å gå i gang med intervjuene.

### 3.4 Å forske i eget arbeidsfelt – min rolle

Å forske i eget arbeidsfelt, er en utfordring, skriver Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008), og forklarer at en kan løse dette ved å lete etter en forståelse gjennom den forskningslitteraturen som allerede finnes. Selve analysen av de kvalitative intervjuene blir det materialet som vil gi meg hjelp til å komme frem til en egen forståelse av fenomenet. Det kan være uheldig å ha for liten distanse, noe som kan gjøre en ukritisk. En utfordring jeg reflekterte over, var at det fantes en risiko for at jeg kunne komme til å vise sympati med både kolleger og arbeidsplass, og derigjennom ikke få utbytte av viktig materiale som både ikke er sant og er upartisk. Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008) sier at resultatet kan bli at det ikke kommer frem noen ny informasjon. Samtidig sitter en med en kunnskap om feltet ingen andre har. For ikke å komme ut for risikoen å drive selvsensur, er det ikke lurt å intervju kolleger en arbeider tett innpå. En kan heller finne andre avdelinger (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Paulgaard (1997) skriver at det å forske i sitt eget fagfelt, betyr ikke nødvendigvis at jeg forsker på min egen kultur "... men til og med der er det mulig å forske på virkeligheter, som ikke er ens egne" (ibid: s.76).

Ettersom jeg selv arbeider i praksisfeltet, kunne jeg lett av vært blind for den informasjonen som jeg hadde sett på som det selvsagte og underforståtte. Hadde jeg vært fremmed i forskningsfeltet, hadde jeg kanskje sett annerledes på informasjonens forståelsen (Paulgaard, 1997). Det finnes fordeler med å ha nært kjennskap til miljøet en skal drive forskningsarbeidet i. Allerede da vil jeg ha en adgang til feltet, med tilgang til data gjennom deltakerne. Min egen personlige forutsetning vil ha stor betydning i tilliten til de som deltar i prosjektet mitt. Jeg har støttet meg til Paulgaard (1997) og tolker henne om at det er viktig for meg å være bevisst på den rollen jeg har som intervjuer og distansen til det jeg forsker på. Hun sier også det som andre metodeforfattere sier, at en må legge forforståelsen på hylla under intervjuprosessen. Det kan få en til å ikke høre hva deltakerne sier under intervjuet (Malterud, 2011; Paulgaard, 1997).

Min rolle som student, som skal forske i mitt eget arbeidsfelt, er noe jeg har reflektert over. At det kunne bli vanskelig for deltakerne å ikke se på meg som en sykepleierkollega sidestilt med deltakeren selv, men som en kontrollør for den aktuelle kommunen (Malterud, 2011). I brevet om forespørsel (vedlegg) om deltakelse i prosjektet, hadde jeg forklart meningen med prosjektet. Noe

som jeg siktet meg inn på i starten av intervjuet. Ettersom jeg selv er sykepleier, og arbeider ved ulike avdelinger, er det en risiko for at jeg kunne komme ut for å intervju sykepleiere jeg hadde arbeidet med. Jeg har ikke vært ute etter å studere kommunen, men sykepleieres opplevelser i arbeidet med de gamle menneskene i hjemmetjenesten.

Gadamer (2003) sier at, ønsker en å søke ny forståelse, må være villig til å lytte til dens mening. En er ikke ute etter å få bekreftet det en mener og tror, eller hvordan saker er. Da kommer det ikke frem ny kunnskap. Men lytter en og er villig til å åpne seg for det som blir fortalt i intervjuene, vil en på en hermeneutisk måte få den nye kunnskapen frem. Gadamer sier i tillegg at hermeneutikken ikke bare fokuserer på metoden om å innhente den informasjonen en er ute etter, men også på forskerens forforståelse. Om jeg tolker Paulgaard (1997) riktig, sier hun at det er umulig å legge all forforståelse på hylla under studiet av fenomenet. Forforståelsen må sees på som en viktig ressurs for å forstå den nye informasjonen. Jeg støtter meg igjen til Paulgaard, fordi jeg syntes det var vanskelig å legge bort forforståelsen min. Mange ganger tenkte jeg tilbake til praksisfeltet og fikk på en måte en bekreftelse på at jeg kjente igjen situasjonene. Men samtidig ga forforståelsen meg muligheten til å forstå det som ble fortalt.

### **3.5 Avklaring av etiske spørsmål og validitet**

Helsinkideklarasjonen handler om det ansvaret en forsker har innenfor klinisk forskning og det som handler om mennesker. Det er av stor viktighet at det finnes prosedyrer og etiske retningslinjer. Informert samtykke er en slik viktig prosedyre (Polit og Beck, 2017;56-57)(NEM - De Nasjonale Forskningsetiske Komiteer). Når en skal forske på noe som har med helseopplysninger å gjøre, må en søke om godkjenning. Hos REK vurderer de etiske, helsefaglige, vitenskapelige forhold som har med personvern å gjøre i prosjektet. Men siden det er sykepleiere som skal være deltakere, er det ikke nødvendig å søke tillatelse hos dem. Det er institusjonen jeg studerer ved som er ansvarlig for selve prosjektet (REK)(Polit og Beck, 2017). Selv om Helsinkideklarasjonen handler om pasienter og brukere av omsorgstjenester, har helsepersonell det forskes på, ikke samme beskyttelse (Malterud, 2011). Ettersom tematikken skal studeres gjennom å bruke lydopptaker og transkribering på pc, samt lagre telefonnummer og navn på deltakerne, må en melde prosjektet til NSD som er et personvernombud for forskning. Meldeplikten er lovpålagt med prosedyrer som er avtalesfestet med studieinstitusjonen. Selv om prosjektets arbeid ville skje anonymt under hele

prosessen, måtte jeg melde det inn til NSD. Det tok en del uker før tillatelsen kom og jeg kunne sette i gang med intervjuprosessen. Mellomtiden ble brukt til å lete relevant litteratur. NSD tilbyr i tillegg en sikker lagring av all innsamlet informasjon etter at prosjektet er fullført (NSD)(Vedlegg.....).

Malterud (2011) skriver at for å utøve en ansvarlig forskningsetikk er det viktig å ikke sette deltaker i et dårlig lys. Og å vise deltakeren den største tilliten ved å ikke eksponere en på en negativ måte i materialet. Før intervjuprosessen diskuterte jeg dette med veileder. Det jeg var nødt å ta i betraktning og hensyn til, er den hårfine balansen mellom ønsket om informasjon og det etiske hensynet. Denne balansen har jeg tatt i betraktning gjennom hele prosjektet. Informantene må kunne stole på meg som intervjuer og føle at informasjonen de gir meg ikke blir misbrukt. Kvalitative informasjoner kan inneholde inntrykk som er både emosjonell og ladet med følelser. Som intervjuer har jeg her et ansvar i å forvalte informasjonen på en måte, at det blir en pålitelig og gyldig informasjon (Kvale et al., 2015; Malterud, 2011, s. 201-202; Polit & Beck, 2017, s. 143-147).

Kvale et al. (2015) skriver at validiteten av en kvalitativ metode er ofte liten siden den ofte anvendes på små tema og grupper. Informasjonen en får handler bare om den gruppen det forskes på. Men troverdigheten i en slik studie er stor siden data som kommer frem ofte er rikholdig og deltakerne kan kontaktes om en synes noe er uklart i informasjonen(Kvale et al., 2015). Malterud (2011) skriver at å verifisere kunnskapen er å se om den er gyldig. I tillegg at det er viktig å stille spørsmål om validiteten for å unngå systematiske feil i prosessen, som for eksempel om vi har henvendt oss til feil deltakerutvalg for å innhente informasjon. Jeg har vurdert deltakerne som voksne ansvarsfulle sykepleiere. Derfor anså jeg ikke at der var noe som skulle være utfordrende for prosjektet. Siden jeg brukte samme intervjuguide på alle fem deltakere, så jeg at informasjonen fra praksis var ganske ens. Dette selv om samtalen ble lagt opp til at deltakerne fikk prate fritt.

Overførbarheten av mitt prosjekt kan forhåpentligvis være relevant for andre innenfor samme praksis. Kanskje den vil være interessant for andre som planlegger å forske på samme

tematikk? Thagaard (2009) skriver at de som arbeider innenfor samme praksisfelt, ofte kjenner seg igjen i tolkninger som handler om ens eget felt. Siden deltakerne på forhånd visste at jeg arbeidet i samme praksisfelt, var selve perspektivet ikke så veldig ulikt. Med det mener jeg at informasjonen jeg fikk, ikke var fremmed for meg. Malterud (2011) støtter opp om dette da hun skriver at ambisjonen om overførbarhet fra prosjektet bør være tilstede slik at andre kan dra nytte av de funnene som blir gjort.

### **3.6 Lojalitet og konfidensialitet**

Forfatterne av metodelitteratur skriver at jeg som intervjuer vil ha en stor og unik mulighet til å skaffe meg mye informasjon som bygger på erfaringer fra arbeidsfeltet. Denne informasjonen vil trolig inneholde sensitive og følelsesladet informasjon om fenomenet. Derfor er tilliten og respekten til informantene av stor betydning. Deltakeren skal ikke kunne identifiseres. Det presiseres i metodelitteraturen hvor viktig det er at jeg vurderer konfidensialitets-prinsippet gjennom hele prosessen. Har jeg beskyttet deltakerne og skrevet slik at de ikke er gjenkjennbare? Når prosjektet er ferdigskrevet må jeg i tillegg vurdere om den ferdigskrevne rapporten kan komme til å ha noen slags konsekvenser for dem (Kvale et al., 2015; Polit & Beck, 2017). Det finnes mulighet for at jeg under skrivingen kan styrke personvernet ved å forandre litt på informasjonen, men det presiseres at det ikke må gå utover forståelsen av prosjektets mål. De ulike forfatterne av metodelitteratur viser en enighet om at deltakeren fort kan komme til å tro at den informasjonen han gir, kan bli ufordelaktig for seg. Lojalitet og høflighet er derfor viktig. (Kvale et al., 2015; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2017).

For meg, som intervjuer, var det viktig å redusere faren for at deltakeren skulle føle at han ble krenket. Hele tiden under prosessen, har jeg vurdert hvilke konsekvenser informasjonen kan ha hatt for informantene. Som intervjuer er det mitt ansvar å ha informert deltakeren om at han står fritt til å kunne trekke tilbake den informasjonen han har gitt eller holde tilbake ting han ikke vil snakke om. Informasjonen jeg har fått fra vedkommende bør da ikke anvendes. Intervjuet skal også ha som mål å være en oppbyggende erfaring og en positiv opplevelse for sykepleieren som deltar (Kvale et al., 2015; Malterud, 2011; Polit & Beck, 2017). Siden formålet er å levere kunnskap som er så verifisert som mulig, er det viktig å ta hensyn til hvor kritisk en skal være i selve spørsmålsstillingen. Det er intervjuerens etiske ansvar (Kvale et al., 2015).



En etisk problemstilling som intervjuer er nødt til å vurdere, er om en skal la deltakeren ta del i tolkingen av informasjonen. En annen etisk utfordring er om den som intervjuer glemmer forskjeller mellom tale og skriftspråk. Det må en ta i betraktning. Det kan hende at deltakere ber om å få tilsendt utskrift av intervjuet. Her kan en lett komme til å såre deltakerens verdighet. Derfor er tillitt og ansvar for håndtering av informasjonen viktig (Kvale et al., 2015; Malterud, 2011). Selv om Polit & Beck (2017) vektlegger en korrekt og oversiktlig transkribering, valgte jeg å transkribere intervjuene på litterært bokmål. I tilfelle noen av mine deltakere skulle komme til å be om å få lese utskrift av intervjuet. Dette gjorde jeg også for at enkelte sitater og uttrykk ikke skulle bli gjenkjent. Thagaard (2009) sier at det i tillegg er viktig å ikke sitere en tekst i fra intervjuet som kan settes i sammenheng til den enkelte deltaker. Deltakeren kan føle at forskeren har brutt tilliten.

### **3.7 Transkribering og tekstanalyse**

Malterud (2011) sier at når en skal analysere kvalitativ informasjon, vil det inkludere at flere tolkninger kan finne sted samtidig. Dette er vanlig i en teoristyrte analyse hvor analyseteksten er sortert i allerede bestemte kategorier inspirert av teorien. Malteruds systematiske tekstkondensering har inspirert meg. Malterud er selv inspirert av Georgis ”descriptive phenomenological metode”. Både Malterud og Georgis metoder har likhetstrekk og passer til beskrivende og tverrgående analyser av fenomener, for igjen å finne nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2011). Under lesing av annen relevant litteratur om analysemetoder, ble jeg i tillegg inspirert av artikkelen til forfatterne Graneheim & Lundman (2004) om kvalitativ innholdsanalyse. Graneheim og Lundman sier at materiale som er stort nok til å se en helhet og er små nok til å huskes gjennom analysearbeidet, passer i en kvalitativ analyseprosess (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har ikke fulgt noen av forfatterne av analysemetoder slavisk. De ulike forfatterne av metodelitteraturen har inspirert meg, og har fungert som et verktøy for analyseprosessen. De har hjulpet meg til en logisk og systematisk håndtering av tekstmaterialet.

### **3.7.1 Transkripsjon**

Transkripsjonen av intervjuene ble utført av meg selv. Ved å være mellomledet mellom tale og tekst, ville jeg ikke gå glipp av viktige detaljer i samtalene. Detaljer som kanskje skulle komme til å bli viktige for selve meningen i teksten. Dette gjorde jeg også for å kunne huske samtalene bedre. Under både samtalene og transkribering fikk jeg tanker og formeninger om informasjon som har vært bakgrunn for spørsmålene mine. Jeg har en forsøkt å se en helhet i både pauser og taushet for å bli bedre kjent med alle sider av materialet. Ved å transkribere intervjuene selv styrket jeg i tillegg validiteten i selve tekstmaterialet. Under transkriberingen var jeg redd for at jeg hadde lite materiale. Gjennomsnittlig varte intervjuene rundt 45 minutter. Men trettisju sider med tekstmateriale anser jeg som tilstrekkelig siden det er innholdet av det deltakerne har fortalt som er av betydning. Tiden som er avsatt til oppgaven har også vært avgjørende.

### **3.7.2 Foreløpige tema**

Etter at intervjuene var transkribert og gjennomlest flere ganger, dannet jeg meg et bilde av flere foreløpige temaer. Flere foreløpige temaer oppstod allerede under selve intervjuprosessen, hvor jeg så hva deltakerne fortalte om sine opplevelser i arbeide med de gamle menneskene i hjemmetjenesten. De foreløpige temaer jeg så var helhetsinntrykket i teksten, og det jeg tenkte var av betydning. Ut fra dette, så jeg at det i mitt tekstmateriale kom til å handle om: *Verdighet, kompetanse, tidspress, organisering, utfordringer, arbeidsglede, aldring, omsorg og økonomi.*

### **3.7.3 Meningsbærende enheter**

Det jeg ønsket å finne i materialet, var tekstbiter, meningsbærende enheter, som inneholdt kunnskap om de foreløpige temaene. Meningsbærende enheter er deler av teksten som en kan studere sammen med andre deler av teksten, som handler om det samme. For å holde orden på analyseprosessen og se en helhet, valgte jeg å lage et analyseskjema inspirert av Malterud. De meningsbærende enhetene falt ikke helt sammen med de temaene jeg hadde i intervjuguiden. Malterud (2011) skriver at det ikke er feil når det ikke gjør det.

### **3.7.4 Koding av meningsbærende enheter**

For å systematisere selve analysen, startet jeg med å lete etter tekstbiter og begrep i de

meningsbærende enhetene, som hadde noe til felles, og som inneholdt informasjon som var relevant for oppgaven. For å ha et system på disse tekstbitene, plasserte jeg dem i en kolonne for koder. Kodene utviklet seg etter de foreløpige temaene i første analysetrinn, men ikke etter temaene jeg hadde i intervjuguiden. Men jeg så etterhvert at kodene hadde startet en utvikling til temaer som handler om samme sak. Flere av kodene kunne jeg splitte opp til to eller flere sub-temaer for så å føre dem sammen til tema. Etter hvert som jeg fant nye sub-temaer, gikk jeg tilbake i materialet for å se en helhet. Dette gjorde jeg for å være sikker på at jeg ikke hadde gått glipp av noe jeg ikke hadde sett før. Ved et par tilfeller oppdaget jeg nye sub-temaer. Koder som ikke hadde noe med problemstillingen og forforståelsen å gjøre ble fjernet, selv om jeg reflekterte over hvorfor de dukket opp.

### **3.7.5 Fra sub-tema til resultat**

Det tok tid å tolke de sub-tema jeg syntes var de mest interessante, og som viste dominerende forskjeller i tekstmaterialet mitt. Jeg var interessert i å se om de kunne si noe om problemstillingen. Sub-temaene sammenfattet jeg ned til tre hovedtemaer som skulle gi selve grunnlaget for analysen. Nå hadde jeg de fire forskningsspørsmålene fra intervjuguiden i minnet, for å forsøke å forstå hva de ulike sub-tema sa om oppgavens tema:

- Hvordan opplever sykepleiere kompetansen i arbeidet med gamle mennesker i hjemmetjenesten?
- Hvordan beskriver sykepleiere de gamle menneskene i hjemmetjenesten?
- I hvor stor grad av arbeidsdagen møter sykepleiere de gamle menneskene?
- Hvilke krevende utfordringer møter sykepleiere på i arbeidet med de gamle menneskene i hjemmetjenesten?

Det var vanskelig å ende opp med noen få temaer. I slutfasen av analysen forsøkte jeg å få til et helhetlig bilde ved å sammenfatte hva sub-temaene betyr for oppgaven. Jeg var ute etter det deltakerne formidlet, og hvorfor de sa dette. Sub-temaene ble et verktøy som gjorde at jeg kunne se materialet på en ny måte og gjøre nye tolkninger. Jeg støtter meg til Gadamer (2003) som snakker om den hermeneutiske sirkelen hvor meningen er å forstå delene ut fra helheten og helheten ut fra delene igjen. Tolket jeg Gadamer rett, betyr det at om jeg forstår en del av det som informantene har fortalt, vil det påvirke hvordan jeg har forstått selve helheten i

analysearbeidet. Setter jeg forståelsen i et nytt perspektiv, kan jeg klare å få til en ny helhetsforståelse.

For å finne tekst og utsagn jeg tidlig hadde merket meg, gikk jeg tilbake i materialet og merket av deltakernes gode sitater og utsagn. Her fikk jeg en kontroll på om jeg hadde latt deltakernes stemme komme frem. Nå sammenfattet jeg sub-temaene ned til tre hovedtemaer med relevans til meningsenhetene. For å se hvilken mening sub-temaene gir, gikk jeg grundig gjennom alt av ord og setninger Det er i tråd med hva Graneheim & Lundman (2004) skriver. Her gikk jeg flere runder med meg selv for å holde fokuset på det gamle mennesket i problemstillingen. Resultatet blir følgende tre hovedtemaer: *Kompetanse, omsorgsmakt og utfordringer*. Under analysearbeidet ble jeg klar over at noen av sub-temaene ikke hadde noen direkte relasjon med tekstmaterialet mitt. Jeg har reflektert over hva det var som gjorde at jeg dvelte med disse, men landet på de overnevnte tre hovedtemaene.

Gadamer (2003) skriver at den analytiske teksten representerer resultatene i prosjektet. Det betyr at den kunnskapen jeg vil formidle, må være en helhetlig kjerne fra det deltakere fortalte i intervjuene. Tolker jeg Gadamer rett, mener han at alle eksempler og sitater er viktig å få med i dette trinnet for å styrke innholdsformidlingen, men det er selve sammenfatningen av kunnskapen som er innhentet i intervjuene som er hoved-essensen i resultatene. Gadamer, Schaanning & Holm-Hansen (2012) skriver at det er ikke noen som forstår teksten bedre enn informanten selv, men vi kan muligens forstå teksten på en annen måte og finne noe som er nytt.

Matrise 1: 2 eksempler på analyseprosessen

Foreløpig tema	Meningsbærende enhet	Kode	Sub-tema	Tema
Mangel på kunnskap om gamle mennesker.	Og nå, fra korte tilsyn morgen og kveld, har det vist seg at de ikke har klart seg selv allikevel i lang tid. Nå er det inn fire ganger om dagen og nå har de behov for et omfattende hjelpebehov. Alle har sett det, men ikke noen har sagt noe. Plutselig kommer det en og tar tak i det og sier noe, da er alle plutselig enig. Disse gamle skulle da ha hatt hjelp for lenge siden, har det vist seg.	Mangel på det kliniske blikk, interesse for arbeidet og holdning.	Mangel på kompetanse Holdning	Kompetanse om det gamle mennesket

Opplevelse av at en lett kan komme til å bruke tvang når bruker ikke ønsker hjelp.	Jeg opplever i arbeidet med de gamle at vi ikke viser dem respekt når vi ikke ansvarlig gjør dem ved at de får lov til å ta sine egne valg. En utfordring for den som kommer for å yte tjenesten. Det kan lett bli tvang.	Den gamle ønsker å bestemme selv	Autonomi Paternalisme Verdighet	Omsorgsmakt
--	---	----------------------------------	---------------------------------------	-------------

## 4 Funn og diskusjon

### *Sykepleieres opplevelser i arbeidet med de gamle menneskene i hjemmetjenesten?*

I dette kapittelet vil jeg presentere og diskutere de empiriske funnene jeg har gjort i analysearbeidet. Resultatene presenteres ut i fra den sammenhengen deltakerne har fortalt om sine opplevelser og erfaringer i arbeidet med de gamle menneskene i hjemmetjenesten. Under diskusjon av funnene vil jeg bruke litteratur og teori som er relevant for og sier noe om de temaene jeg har presentert. Noe av denne litteraturen har jeg presentert i kapittel 2. Jeg har valgt å presentere de empiriske funnene i tre deler.

- *Kompetanse om det gamle mennesket*
- *Omsorgsmakt overfor det gamle mennesket*
- *Krevende utfordringer i arbeidet med de gamle menneskene*

Funnene gjenspeiler det som de meningsbærende enhetene forteller. Jeg har satt dem sammen med mine egne ord for å få en sammenfatning av sub-temaene. Funnene er vurdert opp mot litteraturen jeg har skaffet meg og mitt empiriske material. Det fans andre beskrivelser av et av funnene. Jeg forstod at det ville svekke relevansen. Ny analyse ble gjort for å se om der fans andre interessante funn. Hvert funn vil bli diskutert før jeg presenterer neste funn. For å forsterke den felles forståelsen av det deltakerne har fortalt i intervjuene, støtter jeg meg til Gadamer (2003, s. 34) som sier at det er hermeneutikkens oppgave å forsøke å få til denne felles forståelsen gjennom samtale som kommunikasjon. På den måten kan en se sakens tilstand ut i fra dens eksistens. Ikke forventningen om at deltakernes fortelling skal ha en bestemt og forutinntatt mening.

For å utdype og vektlegge noe deltakerne har sagt, vil jeg presentere sitater fra intervjuene i teksten. Begrepet ”den gamle pasienten” er generelt presentert i teksten som *han*, selv om det gjelder begge kjønn.

## **4.1 Viktigheten av kompetanse om det gamle mennesket - stor betydning for en god og verdig hjemmetjeneste.**

*... Så når jeg tenker på en gammel pasient, da er det det jeg ser for meg, et menneske som ikke lengre klarer å ivareta seg selv. Som har utfordringer dag, både i forhold til sykdom, men også det å klare ivaretagelse av seg selv. Personlig hygiene, ernæring, generell ADL, det er vel den beskrivelse jeg kan gi (.....) ja.*

Sitatet kom fra en av deltakerne etter at intervjuet var ferdig. Under intervjuene ble begrepet "de eldre", "de gamle" eller "den gamle brukeren" nesten ikke nevnt av deltakerne. Fokuset på det gamle mennesket ble borte og samtalen fortsatte om opplevelser med pasienter i alle aldre. Det gamle mennesket ble ikke tydeliggjort under samtalen. Men jeg tenker at mye av det deltakerne fortalte handlet generelt om det gamle mennesket i hjemmetjenesten, siden problemstillingen min handler nettopp om det gamle mennesket. Men når jeg ba deltakerne fortelle om hvem de så på som det gamle mennesket, ble det igjen fokus på de gamle. Her svarer deltakerne forskjellig. Bare en av deltakerne forklarte begrepet "den geriatriske pasienten". At alle svarene var ulike, forundret meg. Om sykepleiere i hjemmetjenesten ikke fokuserer så mye på hvem de arbeider med, og om det er det som gjør at de gamle menneskene blir borte i hjemmetjenesten, er noe jeg har reflektert over?

En deltaker sier i intervjuet: *Hva er gammelt, 70 til 90? Det er jo et vidt begrep det å være gammel. Nesten alle mine brukere er gamle.* Hun fortalte at det å være gammel er et udefinert begrep. Om en skal sette tall, så er en gammel fra sytti år og oppover. I tillegg til at mange gamle mennesker er fysisk aktive og åndsfrisk selv om de er i nittiårene og at mange syttiåringer kan ha et sammensatt sykdomsbilde, og bruke flere ulike medikamenter for å ha et bra liv.

Deltakeren forteller at det finnes brukere av hjemmetjenesten som er yngre, og ikke klarer å utføre daglige gjøremål verken med seg selv eller i hjemmet sitt. Det handler mange ganger om at en er rammet av alvorlige og kroniske sykdommer, eller at det er psykiatri inne i bildet.

*"Som student, så var ikke eldreomsorg det jeg lærte mest om"*

En deltaker sier de skulle ønske at det ble fokusert mer på eldreomsorgen under utdannelsen. Selv om hun hadde bestemt seg tidligere for at hun skulle arbeide med de gamle, hadde det kanskje bidratt til at flere hadde valgt det samme. Deltakerne sier i tillegg at mer lærdom om gamle mennesker bidrar til at det er lettere å se utfordringer med denne kategorien pasienter.

### **Diskusjon:**

Selv om deltakerne i prosjektet fortalte om sine opplevelser og erfaringer på et generelt grunnlag, kom de med flere pasienteksempler. Gjennom pasienteksemplene la de frem noen av alle opplevelser de har i arbeidet med det gamle mennesket i hjemmetjenesten. På det grunnlaget tenker jeg at samtalene handlet mye om alle brukerne av den kommunale hjemmetjenesten. Det er vanskelig å si hvorfor det gamle mennesket i hjemmetjenesten ikke blir tydeliggjort. Men jeg har reflektert over at selv om deltakerne ikke nevner direkte det gamle mennesket, handler det om de gamle. Det er både forforståelsen og problemstillingen min som bidrar til det. Jeg støtter meg til Gadamer (2003) som sier at ved å lytte til den som forteller kan en forstå tekstens mening, og om tekstens mening medfører riktighet. Gadamer (2003, s. 33-35) sier at en på den måten gir teksten en gyldighet og forsterker det deltakeren mener. Å være den som lytter, gjør at jeg deltar i en felles mening (Gadamer, 2003).

### ***Hva ser sykepleiere på som gammelt?***

En deltaker ville ikke sette tall på alder, men mente at det handler om hvilken mental innstilling den gamle har. Dette støttes av forfatterne Daatland & Solem (2011) som sier at det er vanskelig å bruke alder når en skal måle et menneskes psykiske, sosiale og fysiske ressurser. Et menneske på nitti år kan være friskere og mer oppegående enn en som er i syttiårene. Alder handler om hvor mange år et menneske har levd, og om kroppens yteevne og allmenntilstand. Det handler om hvordan mennesket føler seg og rollen det har i samfunnet. Er vedkommende pensjonist og har barnebarn og oldebarn, snakkes det om den sosiale alderen. Her handler det om begrepet *gerontologi*, som er læren om alderdommen og aldringsprosessene. Det er et medisinsk fagområde som handler om de gamles helse, og hvordan aldring kan påvirkes. Gerontologien forklarer at det å bli eldre handler om en balanse mellom vekst, nedbrytning, vinning og tap som blir mer merkbart, og oppleves mer negativt jo eldre en blir (Daatland & Solem, 2011).



Indremedisiner og geriater Torgeir B. Wyller mener at mennesker blir påvirket av aldringsprosessen på ulike måter som for eksempel måten vi lever livet på, og genetiske forhold. Det å være gammel, er ikke ensbetydende med å være syk og hjelpetrengende. Her kommer et annet begrep inn i bildet, *geriatri*, som handler om det medisinske fagområdet som handler om årsakene til aldersrelaterte sykdommer, og hvordan de kan forebygges og behandles. Å være geriatrisk pasient handler ikke om at en har høy alder. En kan være i sekstiårene og ha et komplekst sammensatt sykdomsbilde og bruke et stort antall medikamenter. Da går en under definisjonen å være en geriatrisk pasient (Wyller, 2015). Det er nettopp det en av deltakerne påpeker i intervjuet, at hun erfarer at det er flere yngre brukere som har et mer sammensatt sykdomsbilde, og som gir større utfordringer for hjemmetjenesten enn de gamle brukerne. De gamle brukerne står etter hvert over sine egne utfordringer som følger med aldringsprosessen. Dette bekreftes av Hjort (2010) som sier at det er nettopp i den fjerde alderen det gamle mennesket står overfor de største utfordringene. Da er en ikke en eldre person lengre, men et gammelt menneske. Nå handler det om ens helse og dens utfordringer mot sykdommer og motgang. Hjort forklarer videre med at denne alderen handler om veien videre, mot hjelp til å bo i sitt eget hjem, eller plass på sykehjem. Det finnes dem som fortsatt er fysisk aktive og de vil holde ut lengre (Hjort, 2010).

### ***Kompetanse – et krav for faglig forsvarlighet***

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, endret behovet for kompetanse seg betraktelig for sykepleiere i hjemmetjenesten. Vår politiske myndighet overførte ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til landets kommuner (Fjørtoft, 2016). Deltakerne forteller i intervjuene at de erfarer at det er for lite kompetanse om gamle mennesker blant de som arbeider i hjemmetjenesten. De skulle ønske at en fikk anledning til å lære mer om eldreomsorg. Ønsket er at alle kan få delta på dette, også de som arbeider som ufaglærte. Alle deltakerne nevner at det handler mye om at fagarbeideren mangler, og at det er alt for mange ufaglærte assistenter på hver vakt. Sykepleier må mange ganger prioritere arbeidet med de yngre brukere med alvorligere sykdommer. Det gjør at det som regel blir sendt ut ufaglærte assistenter til de gamle menneskene. Både Brevik (2010) og Hamran & Moe (2012) bekrefter det deltakerne sier. Dagens hjemmebaserte omsorg handler ikke lengre bare om gamle brukere som mottar hjelp for å klare seg i sitt eget hjem. Hjemmetjenesten har brukere i alle aldre. Antall yngre brukere har økt og en stadig mindre del av omsorgsbudsjettet brukes på de over 80 år (Brevik, 2010; Hamran & Moe, 2012). Helsedirektoratet (2018) har lagt fram ny data som er interessant og viser at av rundt

224000 personer som mottar helsehjelp i hjemmet i Norge, er 39% under 67 år. Dette er et tall større enn selve befolkningsveksten. Tallene er tydeligst i store kommuner. Fra 2009 har det vært en økning på 4%. Dataen er målt med antall pr. tusen innbyggere.

*”Det er ikke avgjørende hvem som arbeider med den gamle om omsorgen blir god. Vi er veldig avhengig av assistenter, og mange av dem er kjempeflinke.”* sier en av deltakerne. Hun forteller at hun opplever at det konstant mangler fagarbeidere og sykepleiere på vaktene. Da er det de ufaglærte assistentene som besøker de gamle brukerne. Hun forteller videre at som regel er mange av de gamle brukerne uten sykdommer og trenger normalt ikke tilsyn av sykepleier. Men selv om en erfarer at mange av assistentene er veldig flinke i sitt arbeide, er det vanskelig for dem å fange opp forandringer i de gamles allmenntilstand fordi de ikke har fagutdanning innenfor helse. Som en av deltakerne sier: *”Det holder ikke med å observere at brukeren var veldig trøtt i dag og ville bare sove. Her handler det enten om noe som er på gang med den gamles allmenntilstand, eller om det er en del av den normale aldringen til den gamle.”* Undersøkelsen til Hofstad & Norvoll (2003) er med på å bekrefte det deltakeren sier hun opplever. Observasjoner og rapporteringer er en mangelvare for en optimal tjeneste. Det grunnleggende stellet er godt ivaretatt i hjemmetjenesten. Mange ganger er det mangel på kompetanse som gjør det vanskeligere å ivareta behovene innenfor for eksempel smertelindring, det psykososiale, psykiatriske og det ernæringsmessige. Vurdert ut fra Fermann & Næss (2014) sier de at hjemmetjenesten i dag er en enhetlig tjeneste som tar for seg det aller mest grunnleggende behov til de gamle. Det består aller mest i å oppbevare det gamle mennesket, og behandle symptomer på sykdom i stedet for å hjelpe til en bedre helse og selvstendighet. De sier i tillegg at hjemmetjenesten mange ganger overser endringer i allmenntilstanden og setter i gang tiltak for sent.

Dette er i tråd med hva Bing-Jonsson et al. (2016) skriver i sin undersøkelse. Kompetansekravene for å arbeide i eldreomsorgen har forandret seg de siste årene. Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, ligger de gamle på sykehus kortere tid enn før. De gamle skrives ut fra sykehusene i stadig dårligere tilstand, og med et mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere. Derfor er det viktig at kompetansen hos sykepleiere som arbeider i eldreomsorgen økes. Sykepleiefaget er et ferskvareprodukt som hele tiden må fornyes. Kravet til hva en skal inneha som kunnskap, forandres hele tiden. Bing-Jonsson et al. (2016) sier at noen av kravene ekspertgruppen kom frem til, handler om viktig kunnskap som for eksempel: ansvar og holdninger til de gamle, fremme helse og forebygge sykdom og etiske og juridiske lovgivninger med mer. De sier at behovet for

kompetanse må sees sammen med hjemmetjenestens organisering og ansvarsfordeling (Bing-Jonsson et al., 2016). Det handler om at hjemmesykepleieren som i løpet av sin arbeidsdag skal besøke et antall pasienter, i tillegg har ansvarsvakt. Hun må kanskje bruke en del av sin tid til å ringe etter ekstravakter, på grunn av sykefravær.

Undersøkelsen til (Bing-Jonsson et al., 2016) har vært med på å belyse at det er en stor mangel på kompetanse blant sykepleiere i eldreomsorgen. Det ligger til grunn at hjemmesykepleierne ikke har fått anledningen til å utvikle seg i takt med det økende kompetansekravet. En annen ting er at det i hjemmetjenesten er små forskjeller i arbeidsoppgavene til sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Dette til tross for, forskjellen i utdannelsen. Deltakerne sier i intervjuene at de erfarer at ressursfordelingen kan være ulik fra dag til dag. Noen ganger gjør sykepleiere for eksempel miljøtiltak og renhold, mens assistenter og helsefagarbeidere utfører sårprosedyrer.

At det er en svært liten forskjell i ansvarsrollene mellom yrkestitlene, er noe Bing-Jonsson et al. (2016) har sett i sin undersøkelse. Undersøkelsen sier at eldreomsorgen ser ikke de farer som truer kvaliteten på pleien ved å bruke ufaglært arbeidskraft. Så mye som tretti prosent av de som arbeider innenfor eldreomsorgen er ufaglærte assistenter. Rapporten sier videre, at selv om en forsøker å høyne nivået på kompetansen, er helsehjelpen fortsatt utilstrekkelig i eldreomsorgen. For eksempel, blir ikke bivirkninger av medikamenter observert. Bing-Jonsson et al. (2016) sier at det foreløpig ikke finnes noen undersøkelser om kompetansen til sykepleierne i eldreomsorgen i Norge. De mener at det er helt nødvendig med en kunnskap om hva slags kompetanse som finnes hos sykepleierne for å være i stand til å yte den helsehjelp som er nødvendig i eldreomsorgen.

Intervjumaterialet viser ikke at deltakerne savner kompetanseheving. Det blir ikke nevnt i intervjuene at sykepleiere selv kan være ansvarlig for egen kompetanseheving. Det finnes videreutdanning innenfor eldreomsorg. Jeg kan ikke finne noen undersøkelser som sier noe direkte om hvorfor det er så få som søker denne videreutdanningen. Undersøkelsen til Gautun, Øyen & Bratt (2016, s. 69-80) sier at nesten halvparten av sykepleierne uten videreutdanning ønsker seg bort fra eldreomsorgen. Det viser seg at videreutdanning har en sammenheng med ansiennitet, alder og om en har lederstilling. På den måten forsvinner ønsket om videreutdanning.

Undersøkelsen til Bing-Jonsson et al. (2016) legger til at kompetanse er et felles anliggende. Når alle bidrar med sin kompetanse styrkes den felles kompetansen. Dette er ikke som deltakerne forteller. De opplever at de ofte står alene som sykepleier i hjemmetjenesten, spesielt på

kveldsvakter og i helgene, sammen med, for det meste ufaglærte assistenter. Deltakerne sier at de mange ganger savner en sykepleierkollega for å diskutere med. Tønnessen & Nortvedt (2012) skriver at det finnes kriterier for faglig forsvarlighet i det å arbeide som sykepleier. Hun skal ha kunnskap om å ivareta pasienten når funksjoner svikter, og vite meningen med tid og rom for vanskelige samtaler. I det hele tatt, omsorg når pasienten ikke klarer det selv. Sykepleiere bør selv ta ansvar for å heve kompetansen. Omsorgsfull hjelp til gamle mennesker i hjemmetjenesten er viktig i sykepleie, og er et krav innenfor en faglig forsvarlig tjeneste (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

Artikkelen til Bing-Jonsson et al. (2016) viser til en undersøkelse hvor en tok i bruk et spørreskjema ved ansettelse av sykepleiere, for å kartlegge deres kompetanse. Resultatet viste at få hadde den nødvendige kompetansen til å arbeide med gamle mennesker. En ny rapport om innføringen av samhandlingsreformen viser at kommunene ikke har lagt til rette for etterutdanning og kompetanseheving, ettersom utfordringen i eldreomsorgen er større etter samhandlingsreformen ble innført i 2012. Kommunene står overfor en stor utfordring med å oppfylle kravene til eldreomsorg ettersom de er pålagt til dette gjennom loven om kommunale helsetjenester (Bing-Jonsson et al., 2016)(Helse og omsorgstjenesteloven, 2011).

Deltakerne sier at en skal ikke undervurdere assistentene. Deres erfaring er at mange av dem er veldig flinke omsorgspersoner. De er kommet for å bli og vi har god bruk for dem i arbeid med de gamle i hjemmetjenesten. Bing-Jonsson et al. (2016) sier at det er nødvendig å skille hvilke kunnskaper de ulike ansatte i eldreomsorgen har for å sette inn rett kompetanse på rett plass. På den måten kan en tilby en trygg tjeneste til de gamle. Om en anvender et vurderingsskjema ved ansettelse, er en i stand til å se kompetansen den enkelte sykepleier har. Undersøkelsen til Bing-Jonsson et al. (2016) viste noen punkter hvor assistentene var flinkere enn sykepleierne. Det er i tråd med hva deltakerne forteller i intervjuene. En nyutdannet sykepleier kan ha mindre erfaring enn assistentene og helsefagarbeiderne. Da er det viktig å ikke utøve faglig autoritet, men ha respekt og være ydmyk for dem, og arbeide på lag med dem. På den måten kan en få med seg viktig kunnskap om brukerne.

Kari Martinsen sier at for å kunne utøve omsorgsarbeidet, er det ikke sikkert at det en har

studert gjennom litteratur gjør en til en god omsorgsarbeider. Det en teoretisk har lært, må også praktiseres. Teori og praksis skal fungere sammen med den medmenneskelige erfaringsbaserte kunnskapen. På den måten kan en få en forståelse for pasientens situasjon, og samtidig klare å kommunisere med hverandre. I tillegg har en mulighet til å se en helhetlig sammenheng med hva formålet med omsorgen er (Martinsen, 2003, s. 75-73).

Deltakerne sier i samtalene at assistentene skal utføre en viktig jobb hos pasientene, som ikke bare er gamle mennesker, men også veldig syke mennesker. Deltakerne forteller at de bruker mye tid på å prøve å gi assistentene en liten kompetanse for å utføre jobben før de kjører ut. De sier at mange av assistentene gjør en flott jobb, men alle kan jo gjøre en enda bedre jobb. Spesielt dette med å observere og se etter endringer i helsetilstanden hos de gamle menneskene. De sier de forsøker å få dem til å forstå hvilken betydning det har for pasientene. Å arbeide som hjemmesykepleier i hjemmetjenesten betyr at en har et ansvar for at de gamle får den hjelpen de har vedtak på. Sykepleiere har også ansvar for at assistentene skal ha en grei arbeidsdag. Martinsen (2003, s. 21-34) sier at sykepleieres kunnskap er sykepleieres ansvar. Jeg tolker henne med at sykepleiere har fått sin kunnskap gjennom studiet, er den som innehar erfaring og kan bruke skjønn. Den som ikke har kunnskap må lytte og lære. Benner (1995) skriver at det er viktig for tilegnelse av kompetanse at teori og praksis må gå hånd i hånd. Og at det er den erfaringsbaserte kunnskapen som har betydning for kvaliteten på pleien. Av erfaringer kan en stadig gjøre nye vurderinger og tolkninger av situasjoner og reflektere over nødvendige tiltak (Benner, 1995).

### ***Det mangler sykepleiere***

Deltakerne sier i intervjuene at de opplever at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til hjemmetjenesten. De forteller at de opplever at mange vakter kveldstid og i helger ikke er dekt med sykepleier. Erfaringen deres er da at ufaglærte kjører rundt med vakttelefonen og må basere seg på kontakt med en sykepleier som har bakvakt hjemme. At det er vanskelig å rekruttere sykepleiere er i tråd med en rapport utarbeidet av Gautun, Øyen & Bratt (2016), som bygger på en bedriftsundersøkelse gjort i regi av SSB i 2015. Den viser at sykepleiere er den yrkesandelen hvor det er størst mangel på arbeidskraft. Selv om en har forsøkt å engasjere sykepleiere til å ta jobb i den kommunale helse og omsorgstjenesten, har en ikke hatt hellet med seg. Det er alarmerende fordi behovet for sykepleiere vil øke i de neste årene. Når en i tillegg leser at statistikken sier at over 11% av sykepleierne i den kommunale helse og

omsorgssektoren ønsker å forlate sine stillinger, er det ikke vanskelig å tenke seg hvordan situasjonen blir fremover i tid (Gautun, Øyen & Bratt, 2016). Problemet med å rekruttere sykepleiere til hjemmetjenesten har ifølge Gautun, Øyen & Bratt (2016) ikke bare med lønn å gjøre. Det handler mye om fagmiljøet og arbeidsforholdene, samt at det er viktig at sykepleiere i hjemmetjenesten får arbeide med det de er utdannet til.

Noen av deltakerne sier i samtalene at de opplever arbeidsglede i arbeide med gamle mennesker i hjemmetjenesten. Allerede før de var ferdig med utdannelsen hadde de bestemt seg for å arbeide i eldreomsorgen. Halvorsrud, Kuburović & Andenæs (2017) har gjort en undersøkelse angående jobbtilfredshet og livskvalitet blant hjemmesykepleiere i den kommunale omsorgstjenesten, som støtter opp om det. Den forteller at sykepleierne er fornøyde med å klare og ha kontakt med kolleger til tross for at de arbeider mye alene. Undersøkelsen viser at hjemmesykepleierne finner metoder for å ha en faglig kontakt seg i mellom. Et av punktene som gjør at de trives i hjemmetjenesten er muligheten til selv å bestemme arbeidsutførelsen av pleien (Halvorsrud, Kuburović & Andenæs, 2017). En deltaker sier at hun erfarer arbeidet som sykepleier i hjemmetjenesten som monotont. Hun lærer ikke noe nytt, og det mangler interessante utfordringer. Det er i tråd med hva Gautun, Øyen & Bratt (2016) har sett i sin undersøkelse. Der ser en at hjemmesykepleiere ikke har den friheten de ønsker til å utføre god sykepleie. Sykepleierne får ikke utnyttet sin kunnskap fullt ut, samt at den medisinske faglige forsvarligheten ikke blir ivaretatt. Dette bidrar til misnøye med arbeidsplassen. Å være glad i arbeidet sitt handler ikke bare om lønn. Det handler også om den anerkjennelsen en ikke får som sykepleier, og mangel på støtte fra ledelsen. Fjørtoft (2016) sier at jobbtilfredsstillelsen handler om at hjemmesykepleierne har en unik mulighet til å følge opp pasientene over en lengre tid, og dermed få brukt sin kunnskap ved for eksempel observasjon og iverksetting av tiltak. Orvik (2015) støtter opp om organisasjonsmodellen. Han sier at om den fungerer bra, gir det grunnlag for god samhandling i organisasjonen.

Orvik (2004, s. 208-211) sier at arbeidsglede og organisasjonskompetanse henger sammen. Det handler om en økt forståelse for sammenheng i tjenesten. Sykepleiere må kunne se sitt behov for lærdom, samt få lov til å ta egne avgjørelser. De må i tillegg få lov til å se at det arbeidet de gjør er virksomt og få anerkjennelse. Men når hjemmetjenesten baseres på standardisering, og rasjonalisering av tid, svekkes opplevelsen av sammenheng hos sykepleierne. Orvik (2004) påpeker at selve omsorgsarbeidet skaper arbeidsglede, men når

endringer i arbeidsrutinene oppstår for å hjelpe på ressursmangelen, skapes det mistillit på arbeidsplassen. Dette vises i intervjumaterialet hvor deltakerne sier at det er stor gjennomtrekk av assistenter. Det gjør at kontinuitet for pasientene ikke fungerer. Pasientene får stadig besøk av nye helsearbeidere som ikke kjenner pasientenes rutiner. Det er i samhold med hva Gjevjon et al. (2013, s. 187-188) sier i en undersøkelse. Gamle får stadig nytt personale å forholde seg til. Selv om det er de samme sykepleierne som er på jobb, får en allikevel ikke kontinuiteten til å fungere. Undersøkelsen deres sier at dagen blir uforutsigbar for de gamle pasientene fordi personalet kommer til ulike tider, og at pasientene har problemer med å forholde seg til personalet når en ikke kjenner dem igjen (Gjevjon et al., 2013). Dette viser tydelig at hjemmetjenesten må organisere arbeidsdagen slik at de gamle får en mulighet til gjenkjennelse og opplevelse av anerkjennelse. Det kan tyde på at kommunen er opptatt av å måle kvaliteten på tjenesten og øke kravet til økonomisk inntjening, isteden for å tilby en helhetlig omsorg for gamle mennesker.

Deltakerne forteller at de erfarer at sammensettingen av personale ikke er optimalt på kvelds og helgevakter. En sykepleier og resten ufaglærte assistenter på ei vakt, gjør at sykepleier får et stort ansvar for at tjenesten blir faglig forsvarlig. Jamfør en undersøkelse gjort av Gautun & Bratt (2014), hvor 124 tillitsvalgte sykepleiere i hjemmetjenesten er spurt, viser det seg at tilgjengeligheten på helsepersonell er en av de store utfordringene med en vaktplan. Denne undersøkelsen viser at nesten halvparten av de tillitsvalgte sykepleierne sier at turnusplanen blir satt opp i samarbeid mellom leder og de ansatte. Svarene til de tillitsvalgte sykepleierne i undersøkelsen viser at det er flere faktorer som påvirker planleggingen av arbeidsplanen. Eksempel på det er pleietyngde og arbeidsforhold. Det tas ikke høyde for sykefravær. Nesten alle sykepleierne i undersøkelsen er enig i at det er vanskelig å skaffe vikarer med kompetanse når sykepleiere er borte fra jobben. Nesten halvparten av de spurte i undersøkelsen svarer at sykepleierne på vakt gjør ikke nok for å skaffe utdannete vikarer ved sykefravær av sykepleiere (Gautun & Bratt, 2014, s. 23-36).

## 4.2 Om å ikke la kapasitetsproblemer resultere i omsorgsmakt overfor den gamle

*”Jeg har vært sykepleier noen år og ser at tiden med pasientene blir bare mindre og mindre. Dette føler jeg er ei stor utfordring i det å være sykepleier som skal arbeide med de gamle i hjemmetjenesten. Det er så mye som skal dokumenteres, fylles ut og skrives.*

*”Jeg opplever hele tiden at jeg konstant har dårlig tid til den gamle. Tidspress setter ei grense for eldreomsorgen....Gamle mennesker trenger mer tid.”*

Dette er et sitat fra to deltakere relatert til hvordan sykepleiere opplever og erfarer arbeidet med de gamle menneskene i den kommunale hjemmetjenesten. Begrepet *tid* ble nevnt av alle sykepleierne jeg intervjuet i prosjektet. Begrepet *tidspress* var det første deltakerne snakket om. Det å hele tiden være forsinket på ruten og å ikke få gjort alt det en skulle gjøre hos hver enkelt, relatert til at mange brukere skal ha hjelp på samme tid. Dette funnet handler om deltakernes opplevelse av at *tidspress* skaper en dårlig omsorg for det gamle mennesket, og at deres engstelse for å komme i situasjoner hvor de på grunn av *tidspress* vil komme til å måtte bruke makt i omsorgssituasjoner.

*”Jeg opplever det slik at de synes at det hadde vært bra om vi hadde vært der litt lengre når vi kommer. At vi hadde litt bedre tid til å ivareta dem. For mange av de gamle er det et høydepunkt når vi kommer. Jeg føler at jeg får ikke gitt nok hjelp til de som trenger det. Det blir på en måte litt trist å måtte gå igjen når det er sånn. Da tenker jeg mye på det psykososiale, de sitter mye alene hjemme med seg selv”,* sier en av deltakerne og legger til at det er mye fokus på velferdsteknologi, men at det er ikke noe som kan erstatte det kliniske blikket til oss sykepleiere. I løpet av de få minuttene en skal gi et gammelt menneske sine medisiner, kan det hende at en observerer alvorlige forandringer ved deres almenntilstand, eller om de har behov for økt hjelp.

### **Diskusjon:**

#### ***Sykepleieres opplevelse av tid***

Deltakerne sier at erfaringen de har i arbeidet med de gamle i hjemmetjenesten, handler hele tiden om de ressursmessige rammefaktorene i hjemmetjenesten. Alt i hjemmetjenesten i dag er



vedtaksstyrt og tidsstyrt. De erfarer at alt handler om økonomi. En pasient kan få vedtak på hjelp ti minutter i uka, mens vi i realiteten bruker mer enn ti minutter hver dag. Noe av det deltakerne sier de opplever, er en bekymring over at tiden ikke strekker til for at alle pasientene skal få den hjelpen de har krav på. Orvik (2004) sier at tid er et verdifullt grunnlag for relasjoner mellom sykepleiere og brukere. Samtale i omsorgen for de gamle tar tid og tiden må aksepteres som en verdi. Dette støttes av Chan, Jones & Wong (2013, s. 2023-2024) som sier at deres studie viser at har en ikke tid nok, kan en heller ikke få til det gode relasjonsarbeidet med pasient og pårørende. I helse og omsorgstjenesteloven (2011), leser en at hjemmetjenesten, som en kommunal helsetjeneste, er styrt og organisert etter en del lover og forskrifter.

Helse og omsorgstjenesteloven (2011) sier noe om hvem som har ansvaret og hva tjenesten skal inneholde. Her står det om de plikter personalet har og de rettigheter pasienten har. Kravet til kvalitet har økt betydelig etter at denne loven trådte i kraft. Fjørtoft (2016) viser at det er ikke definert noen norm i denne loven om omfanget eller organiseringen av hjemmetjenesten. Ikke annet enn at det skal finnes fagkompetanse. Helsepersonelloven (1999) sier at den tjenesten en leverer skal være faglig forsvarlig. Det kan en ikke se i tekstmaterialet. Deltakerne sier at de som er ansvarlig for å organisere tjenesten setter opp tidsskjema etter et bestemt antall minutter. De ser sjelden hvordan det gamle mennesket er fysisk. Når hjemmesykepleier søker om økt tidsbruk, tar det for lang tid før vedtaket er økt.

Fjørtoft (2016) sier at det som skal veie tyngst er det faglige perspektivet ved brukerens behov. Når kommunen har bestemt at bruker får vedtak på hjelp, er det hjemmetjenesten som blir tjenesteutføreren. Mange ganger forandrer pasientens behov for hjelp seg og tjenesten må følge opp. Selv om sykepleiere arbeider etter vedtaksstyrt tid, må en ofte bruke ekstra tid for oppfølging. Det er i tråd med hva både Gautun & Hermansen (2011, s. 83-89, 90-92) og (Tønnessen & Nortvedt, 2012) sier. For sykepleiere i omsorgstjenesten er det krevende å både ivareta og følge opp behov hos de gamle i løpet av få minutter. Den korte tiden påvirker kvaliteten på tjenesten og brukernes rett til selvbestemmelse. Selv om en normalt har tretti minutter til rådighet hos pasientene, hender det at det blir tidspress og en opplever at pasientens autonomi og verdighet blir krenket. Resultatet blir at pasienten ikke får den tjenesten han har krav på. Det er bare et fåtall som synes at tjenesten de leverer er god (Gautun & Hermansen, 2011, s. 100-102).

Det er i tråd med hva deltakerne sier. Det er mange ganger slik at en ikke oppdager sykdomsforverring på grunn av tidspress, spesielt på morgenen. Resultatet ender med at tiltak for å hindre sykdomsforverring starter for sent.

Deltakerne opplever at det er alt for liten tid til arbeidet med de gamle menneskene. De mener de gamle blir satt til siden og ikke ansett som de viktigste på arbeidsplanen. Selv om de gamle ikke vil være til bry, ønsker de likevel å prate. Deltakerne opplever at de gamle er på en måte tatt for gitt og erfarer at mange ikke tar seg tid til en kort samtale med dem, for på den måten observere og kartlegge eventuelle økte behov. Det blir til at en gir de gamle medisinene sine og haster videre ut døra igjen. Men deltakeren sier erfaringen er at det ikke bare er fra den organisatoriske siden at det ikke er avsatt tid til å ta seg av det gamle mennesket. Det handler ikke bare om at det ikke blir satt av tid. Deltakerne sier at de opplever noen ganger fravær av ansvarsfølelsen i pleier-gruppen. Det kan også hende at det handler om mangel på kompetanse hos hver enkelt. Deres opplevelse er at det handler om interessen for arbeidet til hver enkelt. De etterlyser faglig forsvarlighet. Det er ofte at det ikke blir tatt ansvar hjemme hos den gamle. En av deltakerne sier: *Alle har sett det, men ikke noen har sagt noe. Plutselig kommer det en og tar tak i det og sier noe, da er alle plutselig enig. Disse gamle skulle da ha hatt hjelp for lenge siden, har det vist seg.* Studien til (Gautun & Bratt, 2014) bekrefter bare noe av det deltakerne forteller om faglig forsvarlighet og kvaliteten på hjemmetjenesten. I deres undersøkelse har ikke begrepet tidspress hatt noen sterk betydning for kvaliteten. Det er et mindretall som har svart at den faglige forsvarligheten i tjenesten er godt ivaretatt, 18 prosent. En ennå mindre andel sier seg uenig i at kvaliteten på tjenesten er god. Det var 86 prosent av de spurte som sa at de var uenig i at pleien i hjemmetjenesten var dårlig. 45 prosent var delvis eller helt uenig i at de hadde for liten tid til å registrere om det var nødvendig med økt behov hos de gamle brukerne for å hindre forverrelsestilstand.

Martinsen (2003, s. 47-59) skriver om etikk og omsorgsmoral. Jeg tolker det som at hun mener moral ikke bare handler om hvert enkelt menneskes liv, men at det er et felles ansvar for oss mennesker. Det handler om å se mennesket som er avhengig av hjelp og dens situasjon. Det er moralsk ansvarlighet ut fra et universalt menneskesyn, og er derfor et forhold mellom oss mennesker. Det vi daglig gjør av handlinger, handler om det vi gjør av fornuft og intelligens. Den syke som er avhengig av hjelp, får omsorg. Sykepleieren gir omsorg. På den måten tar en ansvar

for de svakeste og viser solidaritet med dem gjennom omsorgen. Men det er ikke alltid at sykepleier rekker å utøve sykepleie til alle, men må utelukke noen, selv om omsorg gjelder for alle hjelpetrengende. Deltakerne sier i intervjuene at erfaringen er at omsorgen er utilstrekkelig fordi en mange ganger tvinger den gamle til å måtte legge seg og stå opp, spise og gå på toalettet, når det passer hjemmetjenesten. Resultatet blir at brukeren går glipp av å selv få bestemme om han for eksempel ønsker å ligge litt lengre i senga, se på fjernsyn eller motta besøk. Martinsen (2003, s. 43-46) sier her at det eksisterer et forhold som bruker og sykepleier er avhengig av. Dette forholdet blir for bruker negativt og gagnar sykepleier som på den måten har makt over brukeren. Samfunnets syn på de gamle er negativt. Det handler om avhengighet. Samfunnet glemmer at mennesker eldes og blir sårbare. En mener at det normale er å klare seg selv og være uavhengig. Avhengighet står i nær tilknytning til omsorg. Redselen for å være til bryderi for samfunnet får de gamle til å akseptere hjemmetjenestens befalinger. Det er i tråd med hva deltakerne i min studie forteller. De erfarer at de gamle vil ikke være til bryderi for hjemmetjenesten. Derfor er aksepten stor for å måtte tåle mange forskjellige assistenter og sykepleiere. Brukernes fritid styres av hjemmetjenesten. Det stemmer med det Martinsen (2003, s. 46-47) sier. Brukere blir passivisert og resignert når de blir avhengig av omsorgshjelp.

### *Å se den gamles verdighet, er å se mennesket*

En deltaker sier at erfaringen i hjemmetjenesten handler ofte om situasjoner som er krevende. Man må danne seg et faglig bilde av den gamle med bakgrunn i den kunnskapen vi har om sykdommer, for deretter å se hva vi egentlig burde ha hjulpet dem med. Mange ganger får en ikke lov til å hjelpe dem, enten for at de selv ikke vil eller at systemet setter begrensninger for at en kan gi hjelp. Som sykepleier i hjemmetjenesten opplever en at gamle ikke ønsker hjelp og jager bort den som skal yte hjelp, selv om en vet at hjelpebehovet er stort. Deltakeren sier de ofte får bekymringsmelding fra enten pårørende eller naboer. Å komme i en situasjon av å være hjelpetrengende kan for mange virke nedverdiggende. Det er i tråd med hva Fjørtoft (2016, s. 131-138) skriver om verdighet og integritet. Moral og etikk er felles for alt sykepleiere gjør i praksis. Det handler om verdighet og integritet. Det er verdier som sykepleier har tilegnet seg gjennom utdannelsen. Uten nevnte verdier kan en lett komme til å overkjøre, krenke og såre det gamle mennesket. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer forklarer grunnlaget for respekten for hvert menneskes liv og verdighet, og at en som menneske har noen grunnleggende rettigheter (NSF, 2011). Tranvåg (2015, s. 12-15,63-66)

skriver at verdighet er et fenomen som lar seg vanskelig forklare. Begrepet verdighet er en subjektiv opplevelse, og har forskjellig mening for mennesker. Verdigheten er noen ganger påvirket av det personlige samspillet vi har med andre mennesker. Han skriver at selv om verdighet i omsorgstjenesten står svakt, handler verdighet om en medmenneskelig kvalitet. Denne kvaliteten har forankring i den personlige erfaringen vi har i arbeidet med andre mennesker, og ikke i moralske kvaliteter. Derfor handler verdighet om de gamle menneskers aksept og autonomi. Hos gamle mennesker kan verdighet handle om ulike forholdsaspekter og personlig kompetanse. Det handler om respekt for andres, og ens egen verdighet (Tranvåg, 2015).

Undersøkelsen til Walsh & Kowanko (2002) støtter også opp om ivaretagelse av pasientenes verdighet i hjemmetjenesten. Selv om sykepleiernes utdanning fokuserer mye på verdighet og menneskelige verdier gjennom faglitteraturen, mener sykepleiere at litteraturen sier lite om hvordan pasientverdighet kan oppnås i praksisinnstillingen. Det er derfor viktig for sykepleiere å få en klarere forståelse av hvordan en best bevarer verdigheten til brukeren. Det støttes av Tranvåg (2015, s. 12-18), som skriver at det er viktig at sykepleiere innehar kompetanse i å se de gamle menneskenes behov for å ivareta verdigheten. For å kunne utøve en verdig sykepleie i hjemmet til de gamle menneskene, ser han nødvendigheten av at verdibevarende sykepleie må handle om å ivareta den personlige autonomien, integriteten og den gamles helhetstilstand. Kompetanse i verdig sykepleie handler om hvordan en forstår de personlige elementene i hvert enkelt av de gamle menneskene (Tranvåg, 2015).

Deltakerne sier at de opplever at noen av personalet ikke tar seg tid til å utføre en god tjeneste hos de gamle i hjemmetjenesten. På grunn av at det er mange som skal ha hjelp på samme tid på morgenen, skaper tidspress en dårlig omsorg. Det resulterer i at en noen ganger må bruke press for å få med den gamle inn på badet for at morgenstellet skal gå fort unna. Deltakerne sier at de opplever mangel på ansvarsfølelse. På grunn av dårlig tid unnlater en ofte å utføre tjeneste fordi brukeren ikke vil ha hjelp. De gamle behøver mer tid, sier deltakerne. Undersøkelsen til Walsh & Kowanko (2002) støtter opp om det deltakerne sier. De beskriver tid som essensielt og viktig for pasientens verdighet. En må ha tid for å kunne forklare for den gamle om hva en skal gjøre, prosedyrer og ikke stresse pasienten. Resultatet kan bli en lite verdig og stressende opplevelse for den gamle. Å bli behandlet på en verdig måte handler om å at det må finnes tid for god omsorg. Jamfør Fjørtoft (2016, s. 63-70) handler den siste delen av alderdommen ofte om skrøpeligheit,

fysiske svekkelser og avhengighet av andres hjelp. Det fører til at de gamle behøver mer tid. Tid til å bevege seg. Å forflytte seg er ikke alltid gjort i en håndvending. Hun sier at det derfor er viktig med kompetanse om gamle menneskers liv og livsvilkår, og hva som er viktig for den gamles livskvalitet (Fjørtoft, 2016). Dette kan tyde på at tidspress er med på unnlåte å gjøre en tjeneste. Artikkelen til Hagesæther, Siggerud & Granås (2016) er med på å støtte opp om det. De sier at mye av feil i for eksempel legemiddelhåndteringen skyldes tidspress. En glemmer å lese meldinger og beskjeder. Når samme sykepleier har vært hos samme bruker flere ganger i løpet av en periode, leser en ofte ikke arbeidslisten lengre. En tror en vet hva som står der. Artikkelen sier at det er fullt mulig å arbeide seg gjennom dagen uten å lese arbeidslisten. Årsaken fører til at det oppstår feil og avvik som kan få store konsekvenser for brukeren. En fanger ikke opp endringer i medisiner, og en kan glemme å få med seg ny medisin til brukeren (Hagesæther, Siggerud & Granås, 2016). Dette er i tråd med hva deltakerne sier i intervjuene. Det er mange ganger mangel på ansvarsfølelse og holdning for de gamle brukerne. I tillegg sier de at mangel på kompetanse fører til avvikene. Undersøkelsen til Hagesæther, Siggerud & Granås (2016) sier at det er ønskelig med mer undervisning i håndtering av legemidler. De sier at mange gjør feil i håndteringen av for eksempel øyendråper, inhalatorer og depotplaster. Resultatet kan bli liten eller ingen effekt. Her er det leders ansvar å sikre seg at alle de som håndterer dette, blir opplært (Hagesæther, Siggerud & Granås, 2016). Dette viser viktigheten av samspillet mellom de ulike gruppene som arbeider i hjemmetjenesten.

Deltakerne forteller at de opplever at det er vanskelig når en har dårlig tid, å måtte veie opp hva som er makt og ikke makt for å få til omsorg for brukerne. Selv om brukeren kanskje ikke vill ha hjelp og en ser at hjelpen er nødvendig, har brukeren rett til å bestemme selv. Noen ganger opplever en at det er nødvendig å bruke makt for å gjøre pårørende fornøyd. De forteller at noen ganger er en med på å umyndiggjøre den gamle. Deltakerne opplever tidspress som nedbrytende av verdigheten og respekten for det gamle mennesket. Det samsvarer med hva (Rønning, 2004, s. 88-94) skriver. Han mener at hjemmetjenesten ikke har mulighet til å bruke paternalisme i sitt arbeid. Selv om de statlige retningslinjer har lagt føring for at pasienten skal få bestemme selv. Tiden må ikke ta fra pasientene sine egne resurser. Da fjerner en også omsorgen. Martinsen (2005) skriver at det er en stor fare for å krenke brukeren når en ønsker at tjenesten skal bli bra for den gamle. Og når en som sykepleier ser nødvendigheten for helsehjelpen og brukerens verdighet, sier hun at for at brukeren skal få den omsorgen som en har krav på, er det noen ganger nødvendig å bruke en svak paternalisme. Paternalisme handler om at en tar hensyn til det som er til det beste for brukeren. Målet er å hindre smerte og skade uten å skade brukeren. Det handler om å benytte

sin kompetanse for å se hva som er nødvendige behov, og en kan betegne det som en rettfærdiggjørelse av sykepleiers handling når egenomsorgen ikke forstås eller ivaretas. Siden brukeren har rett til å bestemme selv, er det nødvendig for sykepleier å bruke det Martinsen kaller skjønn for at brukeren skal få omsorg til sitt eget beste. Jamfør Grimen (2001) kan tillit være et resultat av makt. Ved å skape en relasjon til brukeren åpner en for tillitt. Samtidig sier Grimen at lovlig autoritet skaper tillit. Det handler om lover og regler, og noen ganger menneskelige evner. Det er snakk om bruker skal få viljen sin eller ikke.

Når pasienten ikke ønsker, men pårørende vil at han skal, er sykepleiere i en vanskelig situasjon. En etisk utfordring. Pasient og brukerrettighetsloven (1999), sier at pårørende er de pasienten har oppgitt som pårørende. Ofte barn eller søsken, men noen ganger andre enn familien. Fjørtoft (2016, s. 101-115) sier at de pårørende inngår i den helhetlige omsorgen som en ressurs i pleien. Selv om pårørende har egne behov i dagliglivet, betyr de mye og skaper trygghet for pasienten. De er en gruppe som er vel verd å inkludere i omsorgen. De er dem som oftest kjenner den gamle og deres behov best. Pårørende har rettigheter gjennom Pasient og brukerrettighetsloven (1999), men begrenses av pasientens selvbestemmelsesrett og taushetsplikten. De pårørende skal inkluderes i omsorgen og det skal tilrettelegges for det. Her handler det om toveis informasjon og veiledning. En av årsaken til at en noen ganger er i diskusjon med pårørende om omsorgen, handler om at de pårørende er veldig berørt av situasjonen brukeren er i. Det kan være fordi pårørende lever tett opp i sykdommen og dens symptomer som kan være plagsom. I tillegg kan det handle om uenigheter om hva slags tjenester pasienten har eller ikke har fått.

Både Fjørtoft (2016) og Hjort (2010) sier at det er mange pårørende som er slitne av situasjonen i hjemmet fordi de yter en uformell omsorg i stor grad samtidig som pasienten også får omsorg fra hjemmetjenesten. Det er av stor betydning at sykepleiere er tydelig på at den uformelle hjelpen er et tillegg til hjemmetjenesten. Pårørende skal ha forståelse for at de ikke skal ha ansvaret for den gamle alene. Mange pårørende mener at de får for liten hjelp fra hjemmetjenesten. Da kan det lett oppstå små konflikter. Det handler om at pårørende ofte har andre forpliktelser som jobb og egne barn og at de ofte er slitne. De pårørende er pårørende, ikke den som skal yte helsehjelpen. Det er de som står i det som et utholdenhetsløp og fortjener å bli hørt. Problemet er å ivareta begge parter uten at det blir et dilemma for sykepleier, spesielt når pasientens ønsker går på tvers av pårørendes behov (Fjørtoft, 2016; Hjort, 2010).

Innbyggerundersøkelsen til Førland & Folkestad (2016) støtter opp om det Fjørtoft (2016) og Hjort (2010) sier. Misfornøyde pårørende har sjeldnere kontakt med hjemmetjenesten enn pasienten, som ofte er fornøyde på grunn av relasjoner relatert til besøk flere ganger i løpet av en dag over lengre tid. Noen pårørende mener at det de gjør for sine nære, mange ganger er en oppgave for sykepleiere.

### ***Sykepleiers dilemma***

Når pasienten ikke forstår at hjelpen han mottar er til hans eget beste og motsetter seg det, er sykepleieren i en vanskelig etisk situasjon. En kan kun bruke makt når liv og helse står i fare. Det er kun *Pasient og brukerrettighetslovens* (1999) § 4A som kan sikre skade når pasienten ikke er samtykkekompetent. Her handler det om autonomiprinsippet, at pasienten har sin medbestemmelsesrett. Både Fjørtoft (2016, s. 138-143) og Martinsen (2005) forklarer at paternalisme er en form for makt vi bruker når en ser hva som er til det beste for pasienten. Det er en mild overtalelsesform uten å bruke tvang, og handler om å være kompetent til å se helheten i brukerens verdier og omsorgens praktiske handlinger. Jeg tolker det Martinsen (2003) sier om omsorgsmoral. Sykepleieren må hele tiden reflektere gjennom det en gjør, skader det pasienten eller hva slags konsekvenser handlingen får. Men Martinsen (2005) fremhever at i balansen mellom retten til å bestemme selv og paternalisme, er en myk form for paternalisme å foretrekke. Som sykepleier havner en ofte i utfordrende situasjoner. En kan lett komme til å overkjøre den sårbare pasienten som ikke blir sett. Sykepleiers handling er da begrenset til det sykepleier anser som er det beste. En paternalistisk handling, hvor hensynet til den sårbare pasienten blir borte. Dette forsterker forståelsen min om at en som sykepleier har et ansvar i å bruke kompetansen til å avgjøre hva som er det beste for det gamle mennesket, når han ikke er i stand til å håndtere eller å ta stilling til det selv. Som sykepleier er det viktig at en lar pasienten være delaktig i omsorgen og at en er tilstedeværende for han.

Jamfør Fjørtoft (2016) er god omsorg helsefremmende tiltak. Et fint eksempel på det er bevaring av den gamles verdighet og opplevelse av mening med hjelp fra hjemmetjenesten. Dette støttes av Wagner, Baadsgaard & Steinson (2011, s. 105-118) som forklarer at verdigheten blir ikke ivaretatt om en ikke bruker sin kompetanse i arbeidet med de gamle ved å snakke til dem før en handler.

Hvis en tar tak i den gamle uten å forklare hvorfor, mister opplevelsen sin mening. Den gamle gjør bare hva som blir sagt, han behøver ikke høre etter. Om dette tolker jeg Martinsen (2014) at når pleieren ikke er tilstedeværende for pasientens sårbarhet og ser sårbarheten, får en heller ikke pasienten med på å forstå sitt behov for hjelp. Det er ikke alltid en ser sårbarheten fordi det finnes de som klarer å stenge ute sine følelser og ikke imøtekommer pasientens behov. På den måten er en med på å ikke ta sitt ansvar for det sårbare medmennesket. En deltaker sier nettopp det i samtalen at mange ganger har en i utgangspunktet dårlig tid, en har så mange som trenger hjelp på lik linje. Det er slik at det er viktig å være til stede der en kommer. En må gi seg tid og være der med hele seg. En kan som hjemmesykepleier være hos en bruker lenge uten å ha gitt inntrykk av å ha vært der, og en kan være få minutter og gi inntrykk av å ha vært lenge.

Synnes et al. (2017) støtter det deltakerne sier, og stiller spørsmål om hva slags praksis og strukturelle forhold som er med på å bevare begrepet verdighet og når kan verdigheten bli brutt, ignorert eller utelatt hos den gamle? Synnes et al. (2017) skriver at selv om vi har mye kunnskap om verdighet, har våre myndigheter mye å forske på for å sette problemet ”tap av verdighet” tilbake på dagsorden igjen. Begrepet verdighet har stor betydning i eldreomsorgen generelt. Spesielt siden vi bor i en velferdsstat. Verdighet er ikke noe som kan garanteres i velferdsstaten vår, men det er et begrep som helsearbeidere må tilstrebe seg for å få til i omsorgsarbeidet med gamle mennesker. Dette til tross for at vi alle forstår begrepet verdighet forskjellig, handler verdighet om vår identitet. Enten vi er sykepleier eller den som mottar omsorg (Synnes et al., 2017).

Deltakerne forteller at de opplever det som en krevende utfordring at de alltid har dårlig tid til de gamle. De sier at det er vanskelig å imøtekomme alle behovene pasientene har. Det blir ikke noen god omsorg når en har dårlig tid. Ofte er helsen til gamle mennesker varierende. Ikke lik dag for dag. Deltakerne fokuserer mye på tidsbegrepet. Jamfør Orvik (2015, s. 90-96) er begrepet tid helt avgjørende for en god omsorg hos de gamle. Selv om tid hos ledere i omsorgstjenesten handler om kostnadseffektivisering, handler tid om riktig bemanning og kompetanse for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Orvik sier at tid handler om den tiden pleierne har til rådighet og på hvilken måte de anvender den. Tid til dokumentasjoner, forebyggingstiltak, opplæring av andre og pauser. Han stiller spørsmål om hvor mye tid går til selve brukeren av tjenesten, pasienttiden.



Jeg støtter meg til Martinsen (2012, s. 131-140) som sier at mellom den vonde og den gode travelheten, handler den gode om den profesjonelle sykepleieren som er sitt ansvar bevisst til tross for dårlig tid. Det må finnes tid for å gi omsorg til den sårbare, ellers blir det en etisk utfordring for sykepleiere. En kan bli nødt til å gå imot sin oppsatte tid og kanskje være illojal både mot ledelse og kolleger for å få gitt pasienten omsorg. Dette er i tråd med hva deltakerne forteller. De erfarer at de gjør flere nødvendige tjenester som bruker ikke har vedtak på, for at den gamle skal få en fungerende hverdag. Det er tjenester som sykepleierne ser som helt nødvendige. Det kan være en tjeneste som bruker ikke har søkt vedtak om fordi han kanskje ikke har hatt behovet for tjenesten til nå, eller han har hatt vedtak på tjenesten, men at den er fjernet på grunn av redusert vedtakstid. Martinsen (2000, s. 18-42) beskriver Løgstrups teori om samspillet mellom sansing og forståelse. Begge begrepene er hverandres motsetninger, men angår oss mennesker i alt vi gjør i vår profesjon. Samtidig virker begge begrepene ”sansing og forståelse” tett sammen ved at uten å forstå sanser vi hele tiden. Samspillet handler om vår måte å være menneskelig på og den kunnskapen vi innehar. Men er en nødt å se bort fra fagligheten for å forstå medmenneskeligheten? For den sårbare handler det om en tilstedeværende oppmerksom sykepleier som ser og er tilstede for den sårbare. Som registrerer og forstår forandringer og ser behov.

Jamfør Kirchhoff (2010, s. 170) bekreftes det i hans studie at det i den hjemmebaserte omsorgstjenesten utføres flere skjulte tjenester. I hjemmetjenesten er dette uønskede tjenester siden de ikke registreres. Tjenestene utføres i tillegg til de tjenester en har vedtak på. Sykepleierne er en av yrkesgruppene som har størst sjølråderett og kompetanse. De arbeider som regel alene i feltet og har en større mulighet til å se behovene hos hver enkelt pasient. På den måten kontrollerer de sitt arbeide og affektertes ikke så mye av at hjemmetjenesten tok mer kontroll over vedtaksstyringen. Dermed ble det satt fokus på de skjulte tjenestene, noe som resulterte i at tjenesten til pasientene ble redusert. Sykepleierne mister kontroll over det de ser som et nødvendig behov av hjemmetjeneste. Tildeler av tjenesten ønsker kontroll over hjemmetjenesten for å oppfylle sine økonomiske mål, og for å hindre en overproduksjon av hjemmetjeneste. Selv om sykepleierne brukte sin kompetanse for å få økt eller endret tjenesten hos de pasientene som hadde behov for det, tok det tid før vedtakene ble effektuert. Resultatet ble at en i mellomtiden utførte skjulte tjenester for å oppfylle den lovpålagte målsettingen for hjemmetjenesten (Kirchhoff, 2010, s. 170-173).

Deltagerne forteller at de opplever tidspress som en årsak til at den faglige forsvarligheten blir dårlig. De opplever at tidspress utgjør noen konsekvenser i omsorgen som at pasientenes autonomi blir borte. Her handler det om at en på grunn av dårlig tid overkjører pasientenes normale vaner han har hatt før han ble hjelpetrengende. En overtar pasientenes egeninnsats fordi en ikke har tid til å vente på at han skal bli ferdig. Det er delvis i tråd med hva Gautun & Bratt (2014, s. 57-62) sier i sin forskning. Det er et stort flertall generelt som sier at de opplever tidspress i omsorgsarbeidet. Men undersøkelsen viser at tidspresset ikke har noen innvirkning på faglig forsvarlighet, i deres omsorgsbehov, ernærings og pleiebehov. Årsaken til dette har vist seg å være mangel på kompetanse og høyt fravær av ansatte. Det undersøkelsen sier, er at tidspress kan være med på å hindre sykepleierne i å gjøre observasjoner som er viktig for de gamles allmenntilstand. Den sier ikke at tidspresset gjør det konkret. Dette er ikke noe jeg finner i mitt materiale, utenom at deltakerne jeg har intervjuet sier at de opplever tidspress på grunn av for liten bemanning på vekten. Dette kan vise at sykepleiere opplever det krevende ved at de balanserer på en etisk knivegg når det gjelder å ta hensyn til pasientenes omsorg og de rammevilkårene som er fastsatt for hjemmetjenestene. Chan, Jones & Wong (2013) sier at ofte har en skapt avhengighetsrelasjoner mellom pasient og sykepleier. Disse relasjonene er mange ganger et resultat av den omsorgen pasienten har mottatt. Det gjør at aksepten for prioriteringer i omsorgen er tilstede. Pasienten forstår og har toleranse for at noe av omsorgen blir utsatt til neste dag. Men resultatet kan bli konflikt mellom kolleger fordi en har prioritert den korte tiden med en samtale med pasienten. Kommunikasjon med kolleger er avgjørende når en velger å prioritere tiden. På den måten kan en mestre tidspresset (Chan, Jones & Wong, 2013, s. 2023-2024). Min oppfatning er at dette samsvarer med det deltakerne i min studie forteller. At de opplever det som en krevende situasjon i arbeidet med de gamle, når de hele tiden må tilfredsstillende ledelsen isteden for å kunne utføre en helhetlig omsorg hos det gamle mennesket.

### **4.3 Fordi det er få sykepleiere på vakt, står en ofte alene i krevende situasjoner i arbeidet med de gamle menneskene.**

Deltakerne ble spurt om det var noe de så som spesielt utfordrende eller krevende i arbeidet med de gamle menneskene i hjemmetjenesten. Svarene var at de så ikke det som en krevende utfordring å arbeide med det gamle mennesket. Utfordringene handlet om rammene rundt selve tjenesten for de gamle. Spesielt når det er få sykepleiere på vakt eller når en er alene sykepleier sammen med mange ufaglærte. Det er vakter hvor det mangler personale på grunn av sykefravær. Resultatet blir større arbeidspress på de andre og mangel på tid. I samtalene nevnes de som sykepleierne arbeider sammen med, generelt som ufaglærte. Det nevnes i liten grad helsefagarbeidere.

En deltaker forteller: *”Jeg er ofte alene sykepleier på vakt i hele nattjenesten, og det betyr at en er alene sykepleier til alle brukerne i hele kommunen. Det er snakk om ca. 900 trygghetsalarmer. Nå har vi jo i denne samtalen fokus på den eldre brukergruppen, men vi har også veldig mange utfordrende og kompliserte brukertilfeller med flere sykdommer som er veldig utfordrende. Nå kan vi jo få alt, virker det nesten som, hjem. Dette var ikke før.”*

Deltakerne forteller at noe av det som er krevende handler om trygghet. Det er tryggheten for at viktige gjøremål i omsorgen blir gjort. Det er alt fra små detaljer innenfor de ulike behovene hos de gamle menneskene og observasjoner av medikamenter. Den gamle kan fortsatt være smertepåvirket. Det de betegner som en krevende utfordring, er å sjekke at alt som skal gjøres er blitt gjort i løpet av vakta. Det handler om ansvarsfølelsen og hvem det er som har kompetansen.

*”Men jeg tenker at spesielt i distriktet, der står en alene som sykepleier ofte, du har ikke en lege eller et team i ryggen. Du har ofte ansvarsvakt alene. Du har ansvar for å observere. Du kjenner pasientene best. Du skal kunne kommunisere med en lege. Fortelle dine observasjoner og ofte spør legen hva du tror. Du skal kunne iverksette tiltak og sammen med lege starte den beste egnede behandlingen. Dette krever mye av en som sykepleier. Det høres enkelt ut, men det er det ikke.”*

Dette funnet handler om at deltakerne forteller at de opplever og erfarer at det er alt for få sykepleiere i hjemmetjenesten. Det gjør at de erfarer arbeidet som krevende i mange situasjoner med alvorlig syke mennesker. De sier at det handler ikke bare om de gamle i hjemmetjenesten, men alle alvorlig syke som er skrevet ut fra sykehus for å fortsette behandling i hjemmet eller med avsluttet behandling for å motta palliativ omsorg fra hjemmetjenesten.

### **Diskusjon:**

#### ***Ansvarsrolle***

I samtalene dukker begrepet *sykepleierrelaterte oppgaver* opp. Omsorgen ute i feltet med de gamle menneskene, som morgenstell og tilrettelegging for ernæring, ble ikke nevnt av noen som sykepleierrelatert. Deltakerne opplever at det er satt av liten tid til de sykepleierrelaterte oppgavene. Ønsket deres er å ha mer tid inne på vaktrommet til de sykepleierrelaterte oppgavene. Undersøkelsen til Hofstad & Norvoll (2003, s. 76-77) viser det motsatte. De som deltok i deres undersøkelse sier at sykepleierne er mindre ute i feltet enn tidligere.

Undersøkelsen sier at sykepleiere hadde delte meninger. Flere av sykepleierne ønsket å være ute i stell hos de gamle for å kunne benytte seg av sin kompetanse. De mente at det var under stell en observerte mest og hvor en skapte den beste relasjonen til brukeren. Sykepleierne forsvarte det med at kontinuitet er viktig for å kunne ivareta brukeren på best mulig måte, samt å kvalitetssikre selve pleien (Hofstad & Norvoll, 2003). Intervjumaterialet mitt viser at det er en splittelse i meningen rundt ansvarsoppgavene til sykepleiere i hjemmetjenesten. En deltaker nevner at arbeidet ute i feltet ikke er utfordrende nok, mens noen deltakere mener at selve den grunnleggende sykepleierrollen handler om å delta i morgenstellet. Det kan kanskje tyde på at sykepleiere ikke har forståelse for hvilke sykepleierrelaterte oppgaver som ligger under sykepleierrollen i hjemmetjenesten, eller at ledelsen ikke har definert hva vedtakene hos den enkelte pasient går ut på. Jamfør (Brodtkorb, 2014) må stell av pasienten være målrettet og kartlagt slik at en vet om stell av pasient i hjemmetjenesten skal gjøres under tilsyn og veiledning, eller som et fullt stell. Det er et av de grunnleggende behovene i kravene til faglig forsvarlighet i hjemmetjenesten. Det ligger under de grunnleggende prinsippene til sykepleieteoretiker Virginia Henderson. Det er sykepleierne som best kan se om omsorgen ute i feltet er kvalitetsmessig tilfredsstillende og faglig forsvarlig uten at de er avstand mellom det de får og et de har behov for av tjenester (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

### ***Sykepleieres opplevelse av tid som ressurs***

Orvik (2015) skriver at når det ikke blir gitt tid til dette arbeidet er det en diskusjon om ledelse og organisering. Han sier at tid er en nøkkilverdi i hele omsorgssammenhengen og at tidspress handler om å forstå prioritering og bemanning. Nordtvedt (2013) støtter opp om det deltakerne sier. Organisasjonen som bestemmer over tjenesten sykepleierne skal utføre har en helt annen tid enn det sykepleierne har i sitt arbeide med de gamle. Denne tiden er økonomisk styrt og handler om effektivitet. Sykepleierne er en subjektiv tid som er den tiden sykepleier og bruker opplever. Deltakerne sier i intervjuene at de opplever det som en krevende utfordring, at tiden ikke strekker til for en anstendig omsorg. Jmfør Nordtvedt (2013) brytes hjemmesykepleiers etiske forpliktelser når en setter effektivitet og økonomi foran omsorgen. Spesielt når sykepleier må gjøre kun de pålagte oppgavene i omsorgen til den gamle, etter de vedtatte minuttene som på forhånd er bestemt av ledelsen. I tillegg etter en forhåndsbestemt kvalitet, uten å få lov til å sette den gamles behov foran (Nordtvedt, 2013). Dette er beskrevet i intervjumaterialet, hvor deltakerne sier at kommunenes økonomiske omstillinger i omsorgstjenesten kommer foran en helhetlig omsorgspleie til de gamle menneskene. Jeg tolker Martinsen (2000, s. 74-75) som om hun stiller spørsmål om ikke lovgivning som bygger på universelle plikter om et verdig liv, kan bidra til at økonomisk styring får førsteprioritet foran den gamles liv og verdighet. De økonomiske forpliktelser verner ikke om de gamle, syke og sårbare, men fremhever mest de friske. Det behøves en bedre lovgivning enn dagens, for å beskytte de gamle og sårbare.

Nordtvedt (2013) sier at en lett kan måtte overse de gamle menneskenes hensyn når en må følge ledelsens nytte-tid hvor målet er å effektivisere og omorganisere pleien til de gamle. Han setter spørsmålsteget ved ledelsens mål om å spare penger ved å hele tiden ha lav bemanning. Det skyldes på mangel på personale. Martinsen (2012, s. 114-117) stiller spørsmål om teoretikerne har en anelse om tiden enn den faktiske tidsbruken som de bruker til å kontrollere en virksomhet. Jeg tolker det som at teoretikerne ikke forstår hva en målstyrt tid gjør med menneskers opplevelse og erfaring av tid. Klokketidens målinger fjerner oss mennesker bort fra tiden og en opplever ikke å være til stede med tiden. Mangel på tid skader menneskeheten fordi vi ikke tar oss tid. Opplevelser og erfaringer en gjør sammen blir borte og samfunnets tidspress ødelegger helsevesenets tid. I eldreomsorgen handler en med bruk av tid på flere måter. Tiden er en ressurs som en skal ha kontroll over. Med denne ressursen skal

sykepleier skape tillit og omsorg for pasienten. Når livet er satt på vent ved sykdom og alderdom, behøver det gamle mennesket tid for å eksistere (Martinsen, 2012). Det er i tråd med hva deltakerne har sagt i materialet. De opplever at mangel på tid setter dem i krevende arbeidssituasjoner, som gjør det vanskelig å få til en helhetlig omsorg, samt verne om verdigheten. Resultat blir at en, på grunn av tidspress, medvirker til å gjøre brukeren unødvendig avhengig av hjelp. Det støttes av Brodtkorb (2014) som mener det er uheldig med en overflødig fokus på selvstendighet. De gamle føler at verdigheten blir borte når en ikke mestrer og må be om ei håndsrekning. Deltakerne opplever det som en utfordrende del av omsorgen når en hele tiden må balansere uavhengighet og avhengighet relatert til tidspress. Det er i samhold med hva Brodtkorb (2014) beskriver. Det er ikke uvanlig i hjemmetjenesten, å ikke ha kartlagt mestring og funksjonstilstanden til den gamle før en skal bistå ved et pasientstell (Brodtkorb, 2014).

Jamfør Orvik (2004) glemmer en forskjellen på ulike tidsbegreper. Disse henger tett sammen i forholdet mellom pasient og ledelse. Pasienttiden, profesjonstiden og produksjonstiden skaper konflikt mellom ledelse og sykepleier, og utgjør mange unødvendige krevende utfordringer. Pasienttiden er viktig for den gamle. I dette tidsbegrepet må en gi rom for tid. Den gamle må få tidsrom for den tiden han trenger. Besøk av venner, familie og egentid. Det betyr at sykepleier må se den gamles forhold til tid. Det handler om den gamles levde liv, slik han er vant til. Skal en individualisere tidsbruken i hjemmetjenesten, blir det problematisk (Orvik, 2004). Deltakerne sier at når arbeidslisten blir tildelt, viser det seg at det er mange som skal ha hjelp på samme tid. Problemet er å finne ut hvem en må prioritere først. Orvik (2004) sier at å individualisere tiden betyr at en må være fleksibel i tidsbruken. Det betyr at noen må få stell og morgenmedisiner tidlig, andre litt senere. Profesjonstiden, sykepleiernes tid til å utføre sitt arbeide og egen fagutvikling, blir sjelden nevnt (Orvik, 2004).

### ***Det meste handler om økonomi***

Deltakerne sier at alt i hjemmetjenesten i dag, handler om økonomi. Det skal spares overalt. Orvik (2004, s. 153-157) sier at alt av målinger om tidsbruk, handler om produksjonstiden. Det handler om tiden som går med til å utøve en tjeneste. Tiden kan kortes ned ved å utnytte sykepleier og kapasitet bedre, samt øke inntektene. Chan, Jones & Wong (2013, s. 2024-2027) viser at skal kvaliteten på sykepleie bli bra må en se på tid som en viktig ressurs. Gjør

en ikke det, vil resultatet gå ut over den faglige forsvarligheten. Tidsaspektet er en betingelse for faglig forsvarlighet. De sier i sin artikkel at det er av stor betydning å ha en god relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier for å danne seg et helhetsinntrykk av pasienten og hans behov. I tillegg vil pasient og pårørende ha en forståelse for at sykepleier virkelig viser en tilstedeværelse for pasienten. Tilstedeværelsen mellom pasienten og sykepleieren er viktigere enn den tilmålte fysiske tiden gitt fra ledelsen (Chan, Jones & Wong, 2013). Dette kan være med på å vise at det i hjemmetjenesten finnes uenigheter i ressursfordelingen mellom sykepleiere ute i feltet, og ledelsen som har økonomiske prioriteringer å forholde seg til. Jamfør Orvik (2004 s. 96-97) er det lagt opp til at de fleste kommunene benytter en tjenestemodell kalt bestiller-utfører-modellen, som skal skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteyting, og bidra til større effektivitet, rettssikkerhet, bedre sakssaksbehandling og mer likhet i tildeling av tjenester til brukerne.

Deltakerne sier det er krevende å forholde seg til den korte, avsatte vedtakstiden pasienten har fått tildelt. For å beholde pasientens verdighet sier deltakerne at en må ha mer tid. Jamfør Chan, Jones & Wong (2013, s. 185-186) viser hennes artikkel at både sykepleierne og pasientene ønsker mer tid til omsorg. Men ledelsen på sin side vil at sykepleierne skal arbeide mer effektivt for å hindre død-tid. Alt handler om reduserte helsekostnader. Derfor er effektivitet og nye standarder et mål for ledelsen. Det får konsekvenser for alle parter, den som skal motta omsorgen, sykepleier og den som skal betale for omsorgen (Chan, Jones & Wong, 2013). Martinsen (2003, s. 16, 68-71) sier at omsorg betyr at en alltid må ta hensyn til andre. Det er et felles anliggende i samfunnet, en sosial relasjon. Selv om en reduserer ressurser og setter begrensninger i omsorgen, må en se det menneskelige samspillet som utvikles i den praktiske omsorgen. En må hindre at pasienten umyndiggjøres gjennom begrensede handlinger. Målet for handlingene må være relasjonsskapende og ikke skape avstand til en god sykepleieomsorg. Det som skal bety noe er behovet og tilstanden til pasienten, ikke ledelsens resultatrettete økonomiske mål (Martinsen, 2003).

### ***Gamle mennesker er fortsatt der***

På spørsmål om hvor mye av arbeidsdagen deltakerne opplevde at de arbeidet med det gamle mennesket, svarer en deltaker at de arbeider med de gamle nesten hele dagen fordi nesten alle brukere er gamle mennesker. Det samsvarer ikke med hva en annen deltakerne sier hun

opplever. Hun erfarer at oppgaver som de kaller sykepleierrelaterte arbeidsoppgaver, fjerner dem bort fra de gamle. De forklarer de sykepleierrelaterte oppgavene som oppgaver som ikke kan erstattes av andre enn sykepleiere. Disse oppgavene er for eksempel arbeid på medisinrom, dokumentering og kommunikasjon mellom fastleger og brukere. Det blir ikke nevnt i intervjuene at omsorgen ute i feltet er sykepleierrelatert. Deltakerne sier at når det er mangel på sykepleiere, blir sykepleierrelaterte oppgaver liggende. Det ender med at en må ta et krafttak for å komme ajour med sykepleierrelaterte oppgaver. Dette er i samhold med hva både Gautun & Syse (2013) og Hofstad & Norvoll (2003) viser. At sykepleiere fjernes fra de gamle menneskene skyldes ikke bare alle nye og yngre pasienter. Sykepleierne har fått flere nye og komplekse oppgaver som er både krevende og utfordrende for dem. Det er oppgaver som flere og nyere medisinske prosedyrer, mer vurdering og kartlegging av brukere og økt arbeide med dokumentering (Hofstad & Norvoll, 2003). Etter at samhandlingsreformen ble innført, sier sykepleierne i undersøkelsen til Gautun & Syse (2013) at alle de nye sykepleieroppgavene i hjemmetjenesten har ført til at de gamle menneskene i hjemmetjenesten har fått et mye dårligere tilbud enn det de hadde tidligere. Dette kan være en årsak til at sykepleierne i intervjuundersøkelsen min mente at de gamle menneskene i hjemmetjenesten blir borte for dem.

En deltaker sier: *”Bare i dag er det satt av en hel dag til administrasjon med dette. Det handler for eksempel om å komme ajour med brukernes medisinkort.”* Deltakerne forteller at de opplever det som krevende når en av deres brukere er innlagt i sykehus, og en ikke har hatt tid til å skrive innleggelsesmelding. Dette fordi det var få sykepleiere på jobb og en har vært nødt å være ute i feltet. En har ikke fått tid til å sende elektronisk medisinliste til lokalsykehuset. Noen ganger sitter en lenge etter at vakta er ferdig for å gjøre ferdig pasientrapporter. Mange ganger er en sliten og trøtt, og ønsker seg hjem. Dette er i tråd med hva Olsen (2013) viser i en doktoravhandling. Pasientinformasjon mellom hjemmesykepleier og sykehuset er mangelfulle. Spesielt når gamle mennesker blir innlagt i sykehus. Det viser seg at viktig informasjon som medisiner ikke følger med, og resultatet blir mangelfull sykepleie og behandling. Mye av informasjonen forsvinner om det blir gitt en muntlig overrekkelse. Olsen (2013) beskriver at noen av årsakene som ligger hos sykepleierne, handler om mangel på motivasjon eller at en har mistet kontrollen og oversikten i løpet av vekten. Studien til Olsen (2013, s. 22-23) sier at årsaken er organisatorisk fordi det er mangel på ressurser, uhensiktsmessige rutiner og retningslinjer. En manglende personalkontinuitet på



grunn av ulike arbeidstider og turnus, er årsaken til at flere sykepleiere handler med den samme pasientinformasjonen (Olsen, 2013).

I materialet sier deltakerne at som hjemmesykepleier savner en mange ganger å kunne gripe fatt i en kollega for å diskutere et faglig problem. Mange ganger må det vente til en er tilbake på vaktrommet eller til neste dag om det er en annen sykepleier på vakt. Det er i samhold med (Gjevjon et al., 2013) og (Fjørtoft, 2016). Det er et særegent yrke å arbeide som hjemmesykepleier. Der er forhold som påvirker denne tjenesten. Det handler om begrepet ensomhet. Den har to sider. Hjemmesykepleierens og brukerens. Etter besøk av hjemmesykepleier, kommer det som regel ikke flere fra hjemmetjenesten den dagen. Hjemmesykepleier arbeider nesten alltid alene ute i feltet. Å være alene ansvarlig sykepleier holder konsentrasjonen skjerpet. I de fleste tilfeller har hjemmesykepleieren få andre å forholde seg til eller å rådføre seg med i kritiske situasjoner som er krevende å stå i (Birkeland & Flovik, 2014). Det kan tyde på at det er som en deltaker forteller, at det ikke bare er mangel på sykepleiere, men også helsefagarbeidere. Det er i tråd med hva myndighetene har funnet i en undersøkelse i 2017. Det planlagte var å øke antall faglærte og redusere antallet ufaglærte i omsorgssektoren fram til 2015. Undersøkelsen viser at det ikke har vært mulig. Antallet som søker på helsefagarbeiderutdanning er svært lavt (Birkeland & Flovik, 2014; Fjørtoft, 2016).

Martinsen (1993) setter klokskap høyt, og mener at for å få gode holdninger er det viktig med gode prosedyrer og teorier. Disse vil skape gode holdninger hos en sykepleier. Hun mener at praktisk – moralsk handlingsklokskap best læres gjennom relasjoner og prosesser hvor en samarbeider med andre sykepleiere. Gode og riktige handlingsmåter i spesielle situasjoner kommer fra kunnskap som er utviklet i samarbeid med andre. Ens klokskap utvikles gjennom andres erfaring (Martinsen, 1993, s. 12-13,94).

Intervjumaterialet forteller at deltakerne er opptatt av det faglige forsvarlige i hjemmetjenesten, og sier at siden det er så få sykepleiere på vakt er de bekymret for den faglige forsvarligheten siden det er mange ufaglærte i tjenesten. Deltakerne sier at det er en krevende arbeidsbelastning å ha ansvaret liggende over seg. Årsaken handler ikke bare om at en i hjemmetjenesten arbeider alene, og at det gjør det vanskelig å kontrollere kvaliteten på

arbeidet. Når en sykepleier melder seg syk, erstattes hun av en ufaglært. Det er en utfordring for den eller de sykepleierne som er igjen på vakt. En som innehar kompetanse er borte. Det blir vanskelig å kontrollere om brukerne får den tjenesten de har vedtak på og om observasjonene gjort hos brukerne er reelle. Dette styrkes i undersøkelsen til Gautun, Øyen & Bratt (2016) som viser at sykepleiere uttrykte sin misnøye med at det var mange ufaglærte på jobb, og når det er få sykepleiere på vakt er kvaliteten på hjemmetjenesten ikke tilfeldig.

Deltakerne sier at det er en krevende utfordring å få vikarer til å være med på at omsorgen i hjemmetjenesten går mye ut på at brukernes egeninnsats er viktig i pleien. Det er vanskelig å kontrollere at rutinen hos brukeren blir fulgt. Kompetanse i omsorgen handler også om at en gjør brukeren ansvarlig ved at han får bestemme selv hva han vil ha hjelp til. Deltakerne sier at mange gamle ser sine egne ressurser i morgenstellet og ønsker å gjøre noe selv. Jmfør studien til Kvigne, Kirkevold & Gjengedal (2004, s. 377-378) streber mange gamle og syke etter å kunne klare seg mest mulig selv. Det er mye egeninnsats og stahet i å forsøke å mestre daglige gjøremål. Kirkevold (2014) sier at selv gamle mennesker innehar evnen i å tilpasse seg alderdommen. Har en ikke kompetanse til å forstå pasientens egne ressurser, er en som sykepleier mer med på å legge hindringer i veien for at pasienten skal få et verdig og meningsfullt liv. Dette støttes av artikkelen til (Fetherstonhaugh, Tarzia & Nay, 2013, s. 146-147) hvor de viser til at gamle mennesker med en demenssykdom streber etter å kunne klare seg selv mest mulig med vante daglige gjøremål.

Deltakerne opplever i dag en økt oppmerksomhet på brukernes rettigheter. De opplever at det stilles mye strengere krav til deres kompetanse. Det vises ikke i materialet at noen av deltakerne etterspør videreutdanning. Det er ikke i tråd med hva Gautun & Syse (2013) viser i sin rapport. Her etterspør sykepleierne kompetanseheving. De begrunner det med at flere eldre brukere av hjemmetjenesten skrives ut fra spesialisthelsetjenesten i dårligere forfatning enn tidligere, med krevende prosedyrer og med flere medikamenter. Undersøkelsen deres viser at det ikke har vært satt i gang nok kompetansehevende tiltak som en forberedelse på samhandlingsreformen som kom i 2012. Halvparten av de 4000 spurte sykepleierne svarer at de har blitt tilbudt kurs, hospitering, samarbeid med ambulerende team og videreutdanning. Undersøkelsen til Gautun & Syse (2013) viser at det er en stor økning av nye sykdommer. Det er ikke lengre mest geriatriske sykdommer, men også hjerte og karsykdommer, kreft, infeksjonssykdommer og rus og psykiatri med mer, blant brukere under 67 år. Det vises i

tillegg at en utfordring for sykepleierne i hjemmetjenesten er økningen av brukere med et tyngre hjelpebehov, som krever to pleiere. Det dreier seg om mennesker som har hatt slag. Dette er i tråd med hva deltakerne i min studie sier. Det oppleves krevende med ny elektronikk og nye prosedyrer relatert til ernæring og antibiotikabehandlinger. Deltakerne i min masteroppgave forteller det samme som Gautun & Syse (2013). Det er en krevende situasjon for hjemmesykepleierne når en har sendt en bruker til sykehus, og det ikke tar lang tid før brukeren er tilbake igjen, i samme tilstand, bare med flere medisiner. Behandlingen fortsetter i brukerens hjem.

Det vises ikke i mitt intervjumateriale om deltakerne opplever de nye sykepleieroppgavene i hjemmetjenesten som spennende og lærerike utfordringer. Sammenlignet med Gautun & Syse (2013, s. 47-53) viser det seg at over 90 prosent av de spurte sykepleierne mener at sykepleieroppgavene er mer spennende enn før, men fortsatt etterlyser de samme sykepleierne mer utdanning (Gautun & Syse, 2013). Deltakerne sier at det er viktig med kompetanse om gamle mennesker for sykepleiere som arbeider i hjemmetjenesten. Det støttes av Fjørtoft (2016) som sier at kunnskap om gamle mennesker handler om å sørge for en god livskvalitet for de gamle. Regelmessig blir det skrevet ut gamle pasienter fra spesialisthelsetjenesten med alvorlige sykdommer som ikke er ferdigbehandlet. Med seg ved hjemkomst har de nye og avanserte prosedyrer til behandlingen. Derfor er det viktig å ha kompetanse som sørger for at de gamle har et godt og verdig liv. Selv om en er belastet med alvorlige og kroniske sykdommer (Fjørtoft, 2016).

## 5 Avslutning

Hensikten med denne masteroppgaven var å få kjennskap til hvordan sykepleiere som arbeider i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten opplever arbeidet med gamle mennesker. Jeg ønsket i tillegg å se på hva de opplever som krevende utfordringer i arbeidet med gamle mennesker. I samtalene ble det ikke fokusert på de gamle menneskene. På grunnlag av at problemstillingen handlet om de gamle i hjemmetjenesten, antar jeg at deltakerne pratet om de gamle menneskene på et generelt grunnlag.

Med utgangspunkt i studiens problemstilling har jeg skrevet om studiens funn som viser at sykepleiere som arbeider i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten står daglig i situasjoner som de opplever som etisk krevende. Årsaken er at de arbeider mye alene på vakter kveldstid og i helgene. Mange ganger oppstår det akutte situasjoner som gjør at de må omprioritere sin tid. Når det ikke er lagt til rette for manglende tid og ressurser på grunn av mangel på sykepleiere i hjemmebasert omsorg, opplever de det som særdeles krevende å stå alene og oppleve avmakt og utilstrekkelighet i omsorgen for de gamle menneskene. En av de utfordringene som ble nevnt, er mangel på tid. De beskriver tid som essensielt og viktig for pasientens verdighet. Sykepleiere ser at de gamles verdighet ikke ivaretas på en god måte, og at viktigheten av kompetanse innenfor eldreomsorgen er med på å høyne kvaliteten på de gamles verdighet. Denne studien viser at omsorg og verdighet ikke står i sentrum på grunn av organisasjonens ønske om effektivitet.

Det ble i samtalene nevnt begrepet sykepleierrelaterte oppgaver. Til dette ble det gitt liten tid fra ledelsen. Omsorg ute i feltet ble ikke i samtalene karakterisert som sykepleierrelatert. Det kan tyde på at deltakerne har ulikt syn på sykepleierrollen i hjemmetjenesten og hva som er deres funksjon og oppgave. Men det ble påpekt at årsaken til at sykepleiere ikke var mye ute i feltet, var mangel på sykepleiere i hjemmetjenesten. Derfor ble det mangel på kompetanse til oppgavene som ikke kunne erstattes av andre. Deltakerne opplever i dag en økt oppmerksomhet på brukernes rettigheter. De opplever at det stilles mye strengere krav til deres kompetansen, men det vises ikke i materialet at noen av deltakerne etterspør videreutdanning.

Gjennom å skrive denne masteroppgaven, har jeg sett hvor viktig de er å fremheve de gamle menneskene som er brukere av den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten.

Hjemmetjenesten har i dag brukere i alle aldre. Studien viser at sykepleiere opplever det lite fokus på de gamle pasientene, som heller ikke stiller store krav. Deltakerne i masteroppgaven opplever at de gamle blir borte i tjenesten. Men de gamle pasientene i hjemmetjenesten er der. Sykepleiere erfarer at det fører til et etisk dilemma å måtte oppleve at omsorgen for de gamle ikke er tilstrekkelig på grunn av tidspress og ressursmangel. Sykepleiere ser viktigheten av å sette pasienten først, og viser på den måten at god omsorg er tidskrevende. Selv om sykepleiere er en stor fagressurs, har de et ansvar for å arbeide effektivt med de økonomiske tidsressursene. Det kommer frem i intervjuene at resultatet blir det deltakerne kaller for usynlige tjenester i påvente av økt vedtakstid. Samtidig viser studien at sykepleiere opplever at tidspress begrenser utøvelse av en helhetlig omsorg for gamle mennesker. Deres oppgaver er fjernet fra de gamle til å arbeide mer for organisasjonens økonomiske effektivisering.

Dette er en liten studie som er gjort med lite utvalg av informanter. Derfor har det vært vanskelig å si om informasjonen fra deltakerne er verdifulle. Av tidligere studier kan jeg se at samme informasjon går igjen. Studien har tatt frem noen funn som jeg mener er viktig å belyse for en tjeneste som har store utfordringer i framtiden. Resultatene viser at funnene henger sammen i arbeidet som hjemmesykepleier. Mangel på kompetanse og tidspress forårsaker mange ganger utfordringer, som resulterer i at kvaliteten ikke blir god nok ivaretatt. Sykepleierne opplever at det er årsaken til at de bryter og krenker de gamles verdighet. Studien viser at den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten står overfor utfordringer relatert til en høy andel ansatte uten helsefaglig utdanning, og alt for få sykepleiere. Videre preges hjemmetjenesten av høyt sykefravær, og en omfattende bruk av ufaglærte vikarer. Dette er utfordringer som krever løsninger både i form av kapasitetsøkninger og heving av kompetansen, samt tiltak som gjør det attraktivt å arbeide som hjemmesykepleier.

Forforståelsen gjorde at jeg forventet at deltakerne skulle nevne at arbeidet som hjemmesykepleier er både utfordrende og krevende. Deltakerne nevnte også at de så arbeidet med gamle mennesker som både givende, lærerikt, og at de opplevde en arbeidsglede i arbeidet.

## Veien videre

Ved videre forskning, kan det være interessant å se på hvordan hjemmesykepleiere kan være med på å skape rom for fagutvikling i hjemmetjenesten, og integrere ny kunnskap i praksis. For å få et mer realistisk bilde av funnene, kan en videre se problemstillingen ut fra pårørendes og pasientenes synsvinkel. Et spørsmål som vil være interessant, er å se på hva sykepleiere i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten egentlig blir brukt til. Er det slik at hjemmesykepleiere skal ta ansvar for alt i løpet av ei vakt? Er all omsorg for de gamle menneskene sykepleierens ansvar? Ser kommunene viktigheten av å ha kompetanse hos alt personale ute i feltet, slik at sykepleier kan administrere og lede arbeidet, og bare bli tilkalt til spesielle hendelser? Deltakerne sier at assistentene er kommet for å bli. De er en resurs. Derfor er det viktig med et system som bidrar til opplæring for at hjemmetjenesten skal bli faglig forsvarlig.

## Referanseliste

- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. From novice to expert. København: Munksgaard.
- Bing-Jonsson, P. C. et al. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff.(Report). *BMC Nursing*, 15 (5). 10.1186/s12912-016-0124-z.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene : langt mer enn eldreomsorg : utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*, b. 2010:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brodtkorb, K. (2014). Stellet - mulighetenes arena. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Chan, E. A., Jones, A. & Wong, K. (2013). The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (9), 2020-2029. 10.1111/jan.12064.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Elstad, I. (2014). *Sykepleietenking*. Grunnlagstenkning i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fermann, T. & Næss, G. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. 2 utg. s. 238-260. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L. & Nay, R. (2013). Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 27 (2), 143-150. 10.1016/j.jaging.2012.12.007.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Førland, O. & Folkestad, B. (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015*: Senter for omsorgsforskning, vest.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter*. Cappelen's upopulære skrifter, Ny rekke, b. 45. Oslo: Cappelen.
- Gadamer, H.-G., Schaanning, E. & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Oslo: Pax.
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press : kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*, b. 2011:12. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen : hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA-rapport (trykt utg.), b. 8/2013. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Gautun, H. & Bratt, C. (2014). Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. *NOVA-rapport*, 14/14. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.

- Gautun, H. & Øyen, H. (2016). Kartlegging av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. *Sykepleien Forskning*.
- Gautun, H., Øyen, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. *NOVA-rapport*, 0616. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Gjevjon, E. R. et al. (2013). Continuity of care in home health - care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management*, 21 (1), 182-190. 10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112. 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Grimen, H. (2001). Tillit og makt - tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121 (30), 3617-3619.
- Hagesæther, E., Siggerud, I. & Granås, A. G. (2016). Legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien ; rapporterte og observerte avvik. *Norsk farmaceutisk tidsskrift*, 124 (9), 24-28.
- Halvorsrud, L., Kuburović, J. & Andenæs, R. (2017). Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13 (1). 10.7557/14.4119.
- Hamran, T. (1987). *Den tause kunnskapen : utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamran, T. & Moe, S. (2012). Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten - ulike behov eller forskjellsbehandling. Faglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv.: Senter for omsorgsforskning, Universitetet i Tromsø.
- Helsedirektoratet. (2018). Utvikling i bruk av kommunale helse og omsorgstjenester. Oslo.
- Hjort, P. F. (2010). *Alderdom : helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofstad, G. E. & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*: SINTEF.
- Husserl, E. (2011). *The Cartesian Meditations*. New Haven; London: New Haven; London: Yale University Press.
- Juritzen, T. (2013). *Omsorgsmakt - Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem* Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultetet.
- Juritzen, T. I. & Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt ; relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36 (3), 61-80.
- Kirchhoff, J. (2010). *De skjulte tjenestene : om uønsket atferd i offentlige organisasjoner* Karlstad: Karlstad University.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. 2. utg. utg. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2014). Gammel og syk. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvale, S. et al. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvigne, K., Kirkevold, M. & Gjengedal, E. (2004). FIGHTING BACK—STRUGGLING TO CONTINUE LIFE AND PRESERVE THE SELF FOLLOWING A STROKE. *Health Care for Women International*, 25 (4), 370-387. 10.1080/07399330490278376.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.



- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO.
- Martinsen, K. (2000). Å se med hjertets øye. I: Martinsen, K. (red.) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2005). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I: Martinsen, K. (red.) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. 1 utg. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2012). Tid, rom og travelhet. I: Martinsen, K. & Kjær, T. A. (red.) *Løgstrup og sykepleien*. 1 utg. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2014). Vil du meg noe? Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I: Alvsvåg, H., Førland, O. & Jacobsen, F. F. (red.) *Rom for omsorg?* s. 225-244. Bergen: Fagbokforlaget.
- McCance, T., McCormack, B. & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online journal of issues in nursing*, 16 (2), 1. 10.3912/OJIN.Vol16No02Man01.
- Nordtvedt, P. (2013). Få helsearbeidere har tid nok. *Sykepleien*, 12. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/etikk/2013/12/fa-helsearbeidere-har-nok-tid>.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*. [Rev. utg.]. utg. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Olsen, R. M. (2013). *Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter*.
- Orvik, A. (2004). Pasienten først: den normative verdipiramiden. I: Orvik, A. (red.) *Organisatorisk kompetanse : i sykepleie og helsefaglig samarbeid* s. 127-166. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Orvik, A. (2004 ). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 1 utg. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utefra eller begge deler? I: Wadel, C. et al. (red.) *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data* s. 70-93. Oslo: Universitetsforlaget., cop. 1997.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? : kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- St. Meld. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. St. Meld. 29. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Synnes, O. et al. (2017). Raising the question of dignity through knowledge about tacit practices and politics: sharing learning from the Norwegian welfare state. *International Practice Development Journal*, 7.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranvåg, O. (2015). *Dignity-preserving care for persons living with dementia: The University of Bergen*.
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, nr 3, 2012; 7:, 280-285. 10.4220/sykepleienf.2012.0134.

- Wagner, P., Baadsgaard, M. & Steinson, B. (2011). Oppmerksomhet - de hører jo ikke etter. I: *Litt Mer Tid - en praktisk psykologibok om positivt samvær med eldre*. 1. norske utg. Bergen: EIBA-PRESS
- Walsh, K. & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (3), 143. 10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x.
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

## Lover og forskrifter:

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr.64*. Hentet 5. februar 2018 fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html#4>

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. av 24. Juni 2011 nr. 30*. Hentet 6. Mars 2018 fra: <https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsetilsynsloven. (1984). *Lov om statlig tilsyn med helse og omsorgstjenesten m.m. av 30.mars 1984 nr.15*. Hentet 5. februar 2018 fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19840330-015-0.html#3>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. 7. 1999 nr.63*. Hentet 5. Februar 2018 fra: <https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

*Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten* (1997, revidert 2003). Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 20.februar 2018 fra: <https://lovdatab.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Forskrift om en verdig eldreomsorg, v. (2011). *LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2*. Hentet 19.3.2018 fra: <https://lovdatab.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien>

NSD – Personvernombudet for forskning. Hentet 25.april 2018 fra: [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/om\\_oss.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/om_oss.html)

## Vedlegg:

### Forespørsel til etatsleder for hjemmetjenesten i kommunen, samt enhetsleder og avdelingssykepleier:

Hei!

Jeg heter Harry Dahle, er utdannet sykepleier og holder på med en mastergradsutdanning i faget "Aldring og eldreomsorg ved UiT Norges Arktiske Universitet.

Med dette brevet søker jeg om hjelp til å finne frivillige informanter og tillatelse til å innhente datamateriale til bruk i mitt arbeide med mastergradsoppgaven.

Med denne masteroppgaven vil jeg se nærmere på hvordan hjemmesykepleieres hverdag ute i feltet arter seg i arbeide med gamle mennesker. Hva slags opplevelse de har gjennom arbeidsdagen sin. Jeg vil gjennom prosjektet formidle sykepleieres opplevelser, for deretter å se på om deres opplevelse kan være med på å avdekke empiri som andre kan gjøre bruk av, og føre til en økt forståelse av hvordan det er å arbeide med gamle mennesker i hjemmetjenesten.

Studien vil bygge på informasjon fra menneskelige erfaringer og opplevelser. Denne informasjonen ønsker jeg å hente fra intervjuer med seks sykepleiere som arbeider i ulike soner i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten.

Problemstillingen jeg vil presentere er: "Hvordan opplever sykepleiere hverdagen i arbeide med gamle mennesker i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten?"

Det er ønskelig med hjelp til å rekruttere informanter som har erfaring med arbeidet i hjemmebasert omsorg, og har tre år eller mer med arbeidserfaring i hjemmetjenesten. Selve intervjuet vil ta ca. en time. Om det ikke går å intervjuer i arbeidstiden, vil jeg naturligvis være fleksibel til å finne løsninger.

NSD – Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har vurdert prosjektet som gjennomførbart.

Ytterlige spørsmål, kan rettes til meg på tlf: 91535770, eller mail: [harrydah@online.no](mailto:harrydah@online.no)

Min veileder ved UiT er: ....., som kan kontaktes på tlf .....

Vennlig hilsen

Harry Dahle

## **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

”Sykepleieres opplevelser i arbeid med gamle mennesker i den kommunale hjemmetjenesten”.

Jeg heter Harry Dahle, er sykepleier og masterstudent ved UiT Norges Arktiske Universitet. I arbeidet med min masteroppgave, vil jeg se nærmere på hvordan hjemmesykepleieres arbeidsdag ute i feltet arter seg i arbeide med gamle mennesker. Hva slags opplevelser de gjør seg i arbeidet med de gamle menneskene. Jeg vil gjennom prosjektet formidle sykepleieres opplevelse av hverdagen for deretter å se på om deres opplevelse kan være med på å avdekke erfaringer som andre kan ta lærdom av, og føre til en økt forståelse av sykepleiers arbeidsdag i hjemmetjenesten.

Studien vil bygge på informasjon fra menneskelige erfaringer og opplevelser. Denne informasjonen ønsker jeg å hente fra intervjuer med seks sykepleiere som arbeider i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten.

Problemstillingen jeg vil presentere er: ”Hvordan opplever sykepleiere arbeidet med de gamle menneskene i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten ?”

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Intervjuet vil vare ca. en time. Om det ikke lar seg gjennomføre i din arbeidstid, vil jeg være fleksibel med å finne andre løsninger. Det blir et intervju hvor vi kan samtale og det skal dreie seg om dine opplevelser og erfaringer. Selve studien vil foregå ved at jeg vil gjøre en analysestudie av det materialet som kommer frem i intervjuene. I tillegg vil jeg bruke materiale fra tidligere studier om omsorgstjenester.

### **Hva skjer med informasjonen fra deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og deretter skrevet ned av meg selv. Samtalen blir deretter slettet. Du vil ikke bli gjenkjent i materialet. Alle navn og gjenkjennbare tegn vil bli slettet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2018.

### **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 intervjuet bli slettet.

Dersom du ønsker å hjelpe meg med prosjektet og/eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Harry Dahle, tlf. 91535770 eller [harrydah@online.no](mailto:harrydah@online.no)

Ansvarlig veileder for studien er: ....., som kan kontaktes på tlf .....

Studien er meldt inn og godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen

Harry Dahle

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

”Sykepleieres opplevelser og erfaringer i arbeid med gamle mennesker i den kommunale hjemmetjenesten”.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta. Er klar over at jeg kan trekke meg underveis uten å oppgi grunn.

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

Forhåndsprat om studien

Presentasjon av meg selv.....evt. hvorfor jeg gjør denne studien.

Ikke ute for å bedømme, vurdere, men for å få en forståelse.

Anonymiteten.....signere på samtykkeerklæringen.....

Lydopptaker – er det greit at jeg noterer underveis. Forklar hvordan materialet vil bli brukt.

### Spørsmål:

Kan du si litt om din opplevelse i arbeidet med den gamle mennesket i hjemmetjenesten?

Hvem ser du på som de gamle menneskene?

Kan du si noe om i hvor stor del av arbeidsdagen møter du de gamle menneskene?

Dersom du ikke møter de gamle menneskene så mye, hvorfor er det slik?

Hvorfor er de overlatt til andre?

Har du valgt dem bort selv?

Har du noen meninger om hva som oppleves som krevende eller utfordrende i arbeidet med de gamle i arbeidet ditt?

### Oppfølgingsspørsmål:

Er det noen gang du har tenkt at det du så på som en krevende utfordring, egentlig ble en fin og erfaringsrik opplevelse?

Har du lyst å nevne noe som du opplever som positivt/en god opplevelse og gir en mening etter en arbeidsdag?

Lærer du noe i løpet av en arbeidsdag? Egne måter å møte den gamle på?

Er et noe du husker spesielt godt fra en hverdag på jobben med de gamle?

Husk å takke for deltakelsen.....



Anne Margrethe Støbeck  
Mh - breivika  
9037 TROMSØ

Vår dato: 12.10.2017

Vår ref: 55922 / 3 / LH

Deres dato:

Deres ref:

## Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 14.09.2017 for prosjektet:

55922	<i>Sykepleieres opplevelser og erfaringer i arbeid med gamle mennesker i den kommunale hjemmetjenesten.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Margrethe Støbeck</i>
Student	<i>Harry Dahle</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*