

# Sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis

En etnografisk studie om sykepleier-  
pasient relasjoner i hjemmesykepleie,  
i en tid av New Public Management

---

Maria Strandås

FAKULTET FOR SYKEPLEIE OG HELSEVITENSKAP



# Sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis

En etnografisk studie om sykepleier-pasient relasjoner i  
hjemmesykepleie, i en tid av New Public Management

Maria Strandås

Ph.d. i studier av profesjonspraksis  
Nord universitet

Maria Strandås

**Sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis**

**En etnografisk studie om sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleie,  
i en tid av New Public Management**

Ph.d. nr. 28 – 2019

© Maria Strandås

ISBN: 978-82-93196-28-0

Trykk: Trykkeriet, Nord universitet

[www.nord.no](http://www.nord.no)

Alle rettigheter forbeholdes.

Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som har inngått avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som er oppgitt i avtalen.

## FORORD

Å skrive forord til egen doktorgradsavhandling er surrealistisk og noe jeg ikke har klart å ta stilling til før dagen plutselig er her. Innledningsvis fantaserte jeg om det dype og intellektuelle jeg skulle skrive, som et minimum referere Aristoteles eller Thomas Kuhn. Forestillingene om alt jeg skulle vite og forstå ved innspurten av doktorgraden er derimot erstattet av vissheten om alt jeg ikke kan og forstår. Det dype og intellektuelle overlates dermed til andre.

Det er mange som på ulike måter har hjulpet meg underveis og bidratt til at denne studien lot seg gjennomføre. Først vil jeg rette en stor takk til alle sykepleiere og pasienter som har invitert meg inn og latt meg følge dem i deres hverdag i hjemmesykepleien. Jeg har fått ta del i store og små hendelser, følelser og tanker og de har delt av sine kunnskaper, erfaringer og refleksjoner med stort engasjement. Uten deres bidrag ville det ikke blitt en avhandling.

Jeg vil takke min hovedveileder, Professor Terese Bondas som har delt av sin rike kunnskap og forskningserfaring. Terese, du har veiledet meg tålmodig og omsorgsfullt. Du har lest utallige utkast, vist genuin interesse og kommet med viktige innspill. Du har lyttet, oppmuntret og diskutert med klokskap. Du har sendt meg tonnevis av artikler og bøker som burde leses, og kanskje en dag får jeg lest de alle. Takk til min biveileder, Professor Steen Wackerhausen som sjenerøst har delt sine kunnskaper om filosofi, vitenskapsteori og metodologi. Steen, med engasjement har du stilt strenge krav til meg, men alltid med en vennlig innpakning. Du vært min kritiske leser som har vært klar i troen på at dette skulle jeg klare. Både du og Terese har vist forståelse for at livet med barn går sin vante gang, selv om man skriver doktorgrad.

Jeg vil takke mine kollegaer på Fakultet for Sykepleie og Helsevitenskap, samt forskergruppen Carelead for nyttige innspill og drøftinger som har ledet til ny forståelse og innsikt. Jeg vil også takke forskerskolen PROFRES for et inspirerende og lærerikt fellesskap og mange gode opplevelser. Takk til alle som har lest og kommentert tekster underveis eller kommet med andre innspill. Takk også til fagmiljøet på Senter for Praktisk kunnskap som har dratt meg med i diskusjoner og refleksjoner med tverrfaglig problematikk.

Å skrive doktorgrad har tidvis vært en ensom prosess og jeg vil gjerne takke alle mine gode stipendiatkollegaer gjennom de siste fire årene. Det har vært godt å være flere om de gleder og frustrasjoner man opplever som stipendiat. Jeg setter pris på alle gode faglige diskusjoner og på småpratene ved morgenkaffen. Spesielt vil jeg takke min kollega og gode venn Anne som har gått denne veien sammen med meg. Vi har ledd veldig mye og grått litt, vi har diskutert fag og ikke-fag, og du har gjort stipendiathverdagen mye lettere. Takk også til min gode venninne Cathrin som har korrekturlest kappen.

Sist, men viktigst for meg, vil jeg rette en stor og varm takk til mine nære og kjære. Til familien som har støttet og trodd på meg. Til mamma og pappa som har vist omsorg, faglig engasjement og alltid har representert en trygghet, stabilitet og tilhørighet i mitt liv. Til gubben min, Vebjørn, med sin urokkelige tro på at jeg kan klare alt jeg vil. Du har støttet og tilrettelagt hverdagen sånn at dette har vært mulig. Til de fine ungene mine, Odin og Vilja, som passer på at jeg alltid vet hva som er det aller viktigst i livet.

Bodø, Februar 2019.

Maria Strandås

## SAMMENDRAG

Sykepleier-pasient relasjoner har tradisjonelt blitt betraktet som et fundament i sykepleie, hvor mange teoretikere ser på relasjonene som en forutsetning for sykepleie av høy kvalitet. Etter hvert som New Public Management har blitt mer utbredt som styrings- og organisasjonsideologi i offentlig sektor er sykepleiepraksis i økende grad forsøkt effektivisert og standardisert. Mellommenneskelige aspekter ved sykepleie synes å nedprioriteres i organiseringen og vi vet i dag lite om relasjonenes betydning i hjemmesykepleiepraksis. Den overordnede hensikten med denne avhandlingen er derfor å utforske og få økt forståelse for sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis i hjemmesykepleie, i en tid av New Public Management. Avhandlingen består av to delstudier med totalt tre artikler og en sammenbindende kappe.

Avhandlingens metodologiske tilnærming er etnografi. Delstudie I er en metaetnografi hvor ti internasjonale primærstudier ble inkludert, analysert og syntetisert ved hjelp av Noblit og Hares metaetnografiske tilnærming. I delstudie II benyttes fokusert etnografisk tilnærming, basert på Roper og Shapiras rammeverk. Metoder for innsamling av empirisk data er deltakende observasjon med feltnotater og semistrukturerte intervju. Deltakere i delstudie II er ti sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleie og åtte pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Funn i delstudie I (artikkel I) og bidrar til økt forståelse av de ulike måtene sykepleier-pasient relasjoner kan fremme pasienters helse. Funnene viser at relasjonene har helsefremmende potensiale, ikke bare i forhold til pasientens sykdommer, fysiske tilstand og behandling, men at relasjonene også påvirker pasientens psykiske, emosjonelle og sosiale helse og velvære, samt kan

styrke pasientens ressurser for selv å ivareta egen helse. I delstudie II avdekkes sykepleie-pasient relasjonenes vedvarende betydning i norsk hjemmesykepleie, samtidig som det identifiseres variasjoner i relasjonenes kvalitet, og en rekke faktorer som påvirker mulighetene til å utvikle omsorgsfulle relasjoner (artikkel II). Dertil vises ulike måter organisatoriske forhold utfordrer sykepleier-pasient relasjoner. Her avdekkes også hvordan sykepleiere og pasienter forholder seg til, og håndterer organisasjonssystemet, samt hvordan de kompenserer for det som oppleves som svikt i systemet (artikkel III).

I den sammenbindende kappen løftes forståelsen av artiklenes funn gjennom en syntesemodell som synliggjør sykepleier-pasient relasjoner som veien sykepleier og pasient sammen går for å nå deres felles mål om best mulig helse og velvære, ut fra pasientens perspektiv. Funnene drøftes mot avhandlingens teoretiske perspektiv som tar utgangspunkt i Nordisk tradisjon av Caring Sciences. Sykepleier-pasient relasjoner eksisterer i en kompleks virkelighet i hjemmesykepleie, preget av rigid organisering, tidspress og oppgavestyring som begrenser sykepleiernes handlingsrom i møte med pasienter. Sykepleiere og pasienter kompenserer for sviktende organisering i et forsøk på å leve opp til egne idealer og verdiprioriteringer. Avhandlingen gir kunnskapsbidrag til både forskningslitteratur, praksis, helsepolitikk og utdanning som kan bidra til økt forståelse av sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis i hjemmesykepleie, samt bidra til endring av måtene helsetjenester organiseres på.



## SUMMARY

Nurse-patient relationships have traditionally been considered fundamental in the nursing profession, where several nursing theorists view the relationship as a prerequisite for high-quality nursing. As New Public Management has become widespread as a governance and organizational ideology in the public sector, nursing practice is under increasing pressure to be more efficient and standardized. Interpersonal aspects of nursing seem to be given less priority in the organization, and we lack knowledge about the significance of the relationships in contemporary home care nursing. Therefore, the overall purpose of this thesis is to explore, and improve understandings of nurse-patient relationships as a professional practice, in the New Public Management era in home care nursing. The thesis consists of two sub-studies with a total of three articles, and a thesis summary.

The thesis's methodological approach is ethnography. Sub-study I is a metaethnography where ten international primary studies were included, analyzed and synthesized using Noblit and Hare's metaethnographic approach. In sub-study II, a focused ethnographic approach is used, based on Roper and Shapria's framework. Methods for collecting empirical data are participant observation with field notes and semi-structured interviews. Participants in sub-study II are ten nurses who work in home care nursing and eight patients who receive home care nursing.

Findings in sub-study I (article I) contribute to increased understandings of the different ways nurse-patient relationships can enhance patients' health. The findings show that the relationships have health enhancing potential, not only in relation to the patient's illnesses, physical condition and treatment, but

it also affects the patient's mental, emotional and social health and wellbeing, and may strengthen the patient's resources towards maintaining health. In sub-study II, the continuing importance of nurse-patient relationships in home care nursing are uncovered. Findings also highlight variations in the quality of relationships, and a number of factors that affect the ability to develop caring relationships (article II). Findings show various ways in which organizational boundaries challenge nurse-patient relationships in home care. Furthermore, they uncover how nurses and patients relate to and handle organizational systems, as well as how they compensate for what is perceived as a flawed system (article III).

In the thesis summary, understandings of the articles findings are enhanced through the synthesis model that illustrates nurse-patient relationships as the path nurse and patient walk together to achieve a common goal of best possible health and well-being, from the patient's perspective. Findings are discussed in light of the thesis's theoretical perspective, which is based on the Nordic tradition of Caring Sciences. Nurse-patient relationships exist in a complex reality in home care nursing, characterized by rigid organization, time-pressure and task management that limits the nurses' possibilities when interacting with patients. Nurses and patients compensate for a flawed organizational system, in attempts to live up to their own ideals and value-priorities. The thesis provides new knowledge to the research literature, practice, healthcare policy and education, which may increase understandings of nurse-patient relationships as professional practice in home care nursing, and potentially change the organization of home care services.

## AVHANDLINGENS OPPBYGGING

Avhandlingen består av to deler. Del I består av en sammenbindende kappe av studiens ulike deler, og del II består av tre originale artikler (I-III).

Den sammenbindende kappen i del I består av åtte kapitler. Kapittel 1 tar for seg en innledning med utdypning av sykepleier-pasient relasjoner og sentrale nøkkelbegreper. I kapittel 2 presenteres bakgrunnen for avhandlingen, inkludert min forforståelse og beskrivelse av avhandlingens overordnede kontekst. I kapittel 3 redegjør jeg for avhandlingens teoretiske landskap, min forståelseshorisont og tidligere forskning. I kapittel 4 redegjøres det for avhandlingens hensikt og ulike forskningsspørsmål, samt koherens i avhandlingens forskningsdesign. I kapittel 5 beskriver og begrunner jeg metodologiske tilnærminger og forskningsprosessen, samt synliggjør etiske overveielser. I kapittel 6 oppsummerer jeg helt kort hovedfunnene fra avhandlingens delstudier (artikkel I-III), presenterer funn fra kappesyntesen og beskriver synteseillustrasjonen. I kapittel 7 diskuterer jeg avhandlingens resultater i lys av relevant teori og forskning. Del I avsluttes med konkluderende bemerkninger, implikasjoner og videre forskning i kapittel 8.

## LISTE OVER FORKORTELSER

SPR	Sykepleier-pasient relasjon
NPM	New Public Management
HSK	Hjemmesykepleiekultur
NCS	Nordisk tradisjon av Caring Sciences
FE	Fokusert etnografi
ME	Meta-etnografi
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
NSD	Norsk senter for forskningsdata

# INNHALDFORTEGNELSE – DEL I

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Sykepleier-pasient relasjoner .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Definisjon og kjennetegn ved SPR.....	5
1.1.2 Er alle sykepleier-pasient relasjoner omsorgsfulle? .....	7
<b>1.2 Utdypning av nøkkelbegreper .....</b>	<b>8</b>
<b>2. BAKGRUNN.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Forforståelse .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Studiens kontekst.....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Hjemmetjeneste.....	17
2.2.2 Pasienter i hjemmetjenesten .....	18
2.2.3 Organisering og tildeling hjemmetjenester .....	19
2.2.4 Hjemmesykepleiekultur .....	21
2.2.5 Å forstå sykepleiepraksis i lys av NPM .....	24
<b>3. TEORETISK LANDSKAP OG TIDLIGERE FORSKNING.. .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Forståelser om mennesket og virkeligheten .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Forståelser av helse og lidelse .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3 Forståelser av sykepleie og omsorg .....</b>	<b>29</b>
<b>3.4 Forståelser av sykepleier-pasient relasjoner.....</b>	<b>30</b>
<b>3.5 Forskning på feltet.....</b>	<b>31</b>
3.5.1 Forskning på sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleie .....	32
3.5.2 NPM virkninger på sykepleiepraksis og sykepleier-pasient relasjoner.....	36
<b>4. HENSIKT, FORSKNINGSSPØRSMÅL OG DESIGN.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 FORSKNINGSDSIGN.....</b>	<b>42</b>

<b>5. METODOLOGI OG FORSKNINGSMETODE .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Etnografi.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Delstudie I .....</b>	<b>47</b>
5.2.1 Metaetnografi .....	48
5.2.2 Systematiske litteratursøk .....	49
5.2.3 Kvalitetsvurdering .....	50
5.2.4 Metaetnografisk syntese – Artikkel I .....	51
<b>5.3 Delstudie II .....</b>	<b>54</b>
5.3.1 Fokusert etnografi .....	55
5.3.2 Forberedelser til studien .....	55
5.3.3 Utvalg og beskrivelse av feltet .....	57
5.3.4 Gjennomføring av datainnsamling.....	65
5.3.5 Fokusert etnografisk analyse – Delstudie II .....	73
5.3.6 Ethiske overveielser .....	80
<b>5.4 Kappesyntese .....</b>	<b>83</b>
<b>6. RESULTATER .....</b>	<b>86</b>
<b>6.1 DELSTUDIE I .....</b>	<b>86</b>
6.1.1 Artikkel I – The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography.....	86
<b>6.2 DELSTUDIE II .....</b>	<b>87</b>
6.2.1 Artikkel II – The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography .....	87
6.2.2 Artikkel III – Gaming the system to care for patients: A focused ethnography in Norwegian public home care .....	88
<b>6.3 Syntese av avhandlingens samlede funn .....</b>	<b>89</b>
6.3.1 Målet er best mulig helse og velvære ut fra pasientens perspektiv.....	92
6.3.2 Sykepleier-pasient relasjoner er veien til målet .....	92

6.3.3	Sykepleieren med sin ryggsekk .....	94
6.3.4	Pasienten med sin ryggsekk .....	95
6.3.5	Organisatoriske forhold.....	96
6.3.6	Hindringer i veien mot målet .....	96
6.3.7	Nye stier rundt hindringene .....	98
6.3.8	Å ikke finne stier rundt hindringene .....	100
<b>7.</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>102</b>
7.1	Sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis i hjemmesykepleie .....	103
7.2	En trussel mot fundamentale verdier .....	106
7.3	Profesjonell praksis og kontekst i endring .....	111
7.4	Motstand og ulydighet i hjemmesykepleien .....	115
7.5	Er det behov for forandring av hjemmesykepleiernes profesjonelle praksis? .....	117
7.6	Metodologiske betraktninger .....	122
7.6.1	Delstudie I.....	123
7.6.2	Delstudie II.....	124
<b>8.</b>	<b>KONKLUSJONER.....</b>	<b>130</b>
8.1	Implikasjoner.....	132
8.2	Videre forskning .....	134
	<b>REFERANSER .....</b>	<b>136</b>

## **VEDLEGG:**

Vedlegg A:	Informasjonsskriv til ledere av hjemmetjenesteområdene
Vedlegg B:	Svar fra REK
Vedlegg C:	Svar fra NSD
Vedlegg D:	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til sykepleiere
Vedlegg E:	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til pasienter
Vedlegg F:	Informasjonsskriv til pasienter ved feltobservasjon
Vedlegg G:	Intervjuguide for intervju med sykepleiere
Vedlegg H:	Intervjuguide for intervju med pasienter
Vedlegg I:	Fullstendig oversikt over søkestrategi
Vedlegg J:	Flytdiagram for søk og inklusjon av primærartikler
Vedlegg K:	Kvalitetsvurdering i henhold til CASP

## **LISTE OVER TABELLER:**

Tabell 1: Søkeord.....	32
Tabell 2: Faser i metaetnografi.....	52
Tabell 3: Trinn i fokusert etnografisk analyse.....	73

## **LISTE OVER FIGURER:**

Figur 1: Avhandlingens hensikt, artiklenes hensikter og forskningsspørsmål ....	40
Figur 2: Koherens i forskningsdesign .....	42
Figur 3: Sammenheng mellom hensikt, delstudier og syntese .....	44
Figur 4: Illustrasjon av kappesyntesen .....	91



## INNHold – DEL II

### Originale publikasjoner

Avhandlingen består av følgende publikasjoner som i denne kappen blir referert til med romertallene I-III:

- I. Strandås, M. & Bondas, T. (2018). The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74 (1), 11-22.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13389>
- II. Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2019). The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 75 (2), 400-411.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13850>
- III. Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2019). Gaming the system to care for patients in home care: A focused ethnography. *BMC Health Services Research*. Accepted for publication.

Artiklene er trykket etter tillatelse fra utgiverne.



**DEL I**



## 1. INNLEDNING

I denne artikkelbaserte avhandlingen utforskes sykepleier-pasient relasjoner (SPR) i norsk hjemmesykepleie i en tid hvor New Public Management (NPM) er utbredt som styrings- og organisasjonsideologi både nasjonalt og internasjonalt (Newman & Lawler, 2009, Hood & Dixon, 2015, Greve et al., 2016). Ut fra et samfunnsperspektiv er det nyttig å få økt kunnskap om SPR i denne spesifikke konteksten ettersom SPR bl.a. kan gjøre det mulig å forebygge sykdomsutvikling og sykehusinnleggelse (Wälivaara et al., 2013, Bindels et al., 2014), gi individualisert pleie (Mok & Chiu, 2004, Karlsson et al., 2014), er viktig for at behandling skal lykkes (Molin et al., 2016) og er avgjørende for hvordan omsorgen oppleves (Martinsen, 2005, Van Hecke et al., 2011). SPR kan dermed bl.a. spare samfunnet for kostnader gjennom reduserte behandlingsutgifter, og spare pasienter for unødig lidelse. Et økende antall pasienter i hjemmesykepleie kombinert med stramme organisatoriske rammer (Mørk et al., 2018) medfører et økt behov for nære og omsorgsfulle SPR.

Kommunale helse- og omsorgstjenester er selve fundamentet i den norske velferdsmodellen (Arntzen, 2016). Mottakere av en eller annen form for hjelp i hjemmet utgjør hoveddelen av det kommunale helsetjenestetilbudet, og hjemmesykepleie er den tjenesten med størst økning de siste årene (Mørk et al., 2018). I 2015 mottok over 220 000 personer helsetjenester i hjemmet, noe som tilsvarer en økning på 15 prosent fra 2009 til 2015. Veksten har vært størst siden Samhandlingsreformen (2009) trådte i kraft i 2012 (Djønne et al., 2017). Over flere år har det blitt rapportert om økende press fra styrings- og kontrollsystemer med et skarpt fokus på effektivisering og økonomi (Vetlesen,

2010, Vabø, 2012, Orvik, 2015). Etter samhandlingsreformen melder sykepleiere i kommunehelsetjenesten om økende arbeidsmengde som følge av flere og sykere pasienter, samt økt gjennomstrømming av pasienter mellom ulike tilbud innad i kommunene, og mellom kommunene og helseforetakene. Det medfører behov for ytterligere administrering og dokumentasjon (Gautun & Syse, 2013, Haukelien et al., 2015). Abelsen et al. (2014) bekrefter dette, og peker videre på høyere terskler for å få tildelt omsorgstjenester. Selv om Helsepersonellovens §4 (1999) slår fast at helsepersonell skal yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, oppgir mindre enn 40 prosent av sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene at de har tid til å ivareta pasienters behov for omsorg, sosial kontakt og fellesskap (Haukelien et al., 2015). Manglende tid til å ivareta slike behov kompliseres av at sykepleiere må forholde seg til flere dokumentasjonskrav, styrte arbeidsoppgaver, færre ressurser og samtidig gir mer teknologisk omsorg til pasienter med komplekse sykdomsbilder (McQueen, 2000). Dette må antas å ha betydning for utviklingen og kvaliteten av SPR, og pasientenes utbytte av omsorg, pleie og behandling.

SPR er et kjerneelement i profesjonell sykepleie og en sentral del av sykepleievitenskapelig tradisjon. De fleste sykepleieteoretikere tar på forskjellig måte stilling til relasjonene og vil gi dem innhold (Travelbee, 1971, Eriksson, 1995, Leininger & McFarland, 2002, Peplau, 2004, Martinsen, 2005, Dahlberg & Segesten, 2010). Mange av de store sykepleieteoriene er skrevet i en tid hvor samhandling og verdien av menneskelige relasjoner ble vektlagt (Meleis, 2012), og denne forståelsen synes å ha vedvart i sykepleieforskning til tross for dramatiske endringer i helsevesenet både nasjonalt og internasjonalt.

Rolfe (2001) påpeker at ett av de mest fundamentale problemene for sykepleieprofesjonen er at det som skjer i praksis sjeldent, om aldri, samsvarer

med det tekstbøker sier at skal skje. Dette såkalte *teori-praksis gapet* er et symptom på utdaterte teoretiske konsepter og en konsekvens av at teori ikke har holdt tritt med endringer i sykepleiepraksis. Akademisk kunnskap må kunne tilby noe relevant til praktiske situasjoner. Dersom sykepleieteoriens beskrivelser av SPR ikke tydelig reflekterer kliniske realiteter eller kan forutsi det som skjer i praksis med noen grad av sikkerhet, er kunnskapen overflødig (ibid). De siste årene synes det å ha vært en relativ stillhet når det kommer til fokus på SPR. Fremdeles ser man enkeltstudier som undersøker SPR i ulike kontekster og med ulike fokus (McGarry, 2009, Turpin et al., 2012, Wälivaara et al., 2013), men teorier om SPR i moderne kontekst, spesielt hjemmesykepleie, er vanskelig å oppdrive. SPR oppstår i miljøer som formes av ledende sosiale, kulturelle og etiske normer, så vel som økonomiske, politiske, juridiske og teknologiske trender (Hagerty & Patusky, 2003). Over tid har miljøet som hjemmesykepleie praktiseres i, endret seg (Vabø, 2012). Selv om SPR fremheves som fundamental på et teoretisk og vitenskapelig nivå, er ikke det nødvendigvis samsvarende med dagens praksis og SPR har ikke vært undersøkt innen den nåværende konteksten i norsk hjemmesykepleie.

Denne avhandlingen har sin teoretiske grunn i humanvitenskaplig grunnlagstenkning. Perspektiver på hva omsorg og sykepleie innebærer, hvordan det lidende mennesket forstås og hva SPR inneholder, sammenfaller med forståelser innen den Nordiske tradisjonen av Caring Sciences (NCS) (Eriksson, 1995, 2001, 2002, 2010, Dahlberg, 2002, 2010, Martinsen, 2003b, 2005, Arman et al., 2015). Avhandlingen er oppbygd av to delstudier som munner ut i tre artikler. Delstudie I (artikkel I - (Strandås & Bondas, 2018)) er en metaetnografi (ME) hvor jeg utforsker sykepleiere og pasienters perspektiver på SPR og relasjonenes helsefremmende potensiale i kommunehelsetjenesten,

i internasjonal kontekst. Det er med andre ord inkludert primærstudier fra flere ulike land. I delstudie II (artikkel II - (Strandås et al., 2019b) og III - (Strandås et al., 2019a)) belyses hvordan sykepleiere og pasienter forstår, opplever og praktiserer sine relasjoner i norsk hjemmesykepleie, som er organisert med utgangspunkt i New Public Management (NPM) prinsipper.

Artiklene er nummerert med nummer I-III for enkelt å skille mellom dem og lette leseropplevelsen, da referansene i tekst ville vært svært like. I denne sammenbindende kappen vil jeg posisjonere avhandlingen rent vitenskapsteoretisk. Guba og Lincoln (1985, 1994) inkluderer aksiologi, ontologi, epistemologi og metodologi i vitenskapelig posisjonering, og jeg vil gjennom flere kapitler i denne kappen forsøke å synliggjøre og redegjøre for koherens mellom forskningsspørsmål og aspekter ved vitenskapelig posisjonering, da begrensninger i de vitenskapelige artiklene gjør at det ikke er tilstrekkelig redegjort for der. Videre vil jeg i kappen syntetisere og beskrive funnene fra avhandlingens tre artikler og diskutere disse opp mot relevant litteratur.

## **1.1 SYKEPLEIER-PASIENT RELASJONER**

Helt sentral i denne avhandlingen er sykepleier-pasient relasjoner, og jeg velger derfor innledningsvis å avklare hva jeg mener når jeg omtaler SPR, hva som kjennetegner SPR og å synliggjøre SPR sin posisjon i sykepleieprofesjonen.

Sykepleieteoretikere og forskere har lenge hevdet at sykepleie av høy kvalitet er avhengig av SPR. Relasjonene sees på som selve fundamentet i sykepleie og kan virke inn på pasienters opplevelse og utbytte av omsorg, pleie og behandling (Halldorsdottir & Hamrin, 1997, Peplau, 2004, Dinç & Gastmans, 2013, Alvsvåg, 2014, Uhrenfeldt L. et al., 2018). Min interesse for temaet bunner i en uro for hvordan sykepleie av høy kvalitet skal kunne utøves, og



hvordan sykepleiens kjerne (SPR) skal kunne utvikles, innenfor rammene satt av organisasjonssystemer basert på NPM. Da man i forskning ofte snakker om forskjellige ting selv om man bruker samme begrep for tingen, er det ifølge Wackerhausen (2017b) essensielt å etablere en definisjon som utpeker et felles forskningsfelt. For å klargjøre SPRs grunnleggende karakteristikk vil jeg først forsøke å definere SPR på en mest mulig åpen og teorinøytral måte. Deretter vil jeg synliggjøre de fenomener som forskning og litteratur peker på at kjennetegner SPR.

### **1.1.1 Definisjon og kjennetegn ved SPR**

Når jeg bruker begrepet *sykepleier-pasient relasjoner* refererer jeg til gjentakende interaksjoner mellom sykepleier og pasient. Med dette mener jeg at sykepleieren og pasienten utveksler uttrykk og påvirker hverandre gjensidig over tid. Peplau (2004) hevder noe lignende når hun sier at sykepleie-pasient relasjonen er en mellommenneskelig prosess som utvikles over tid. Slike utsagn om SPR kan sies å være såkalte analytisk utsagn, altså utsagn som med logisk nødvendighet er *sanne* utsagn, da de er en del av selve definisjonen av SPR. En slik teorinøytral definisjon lar det være et åpent og faktisk spørsmål hva SPR rent faktisk består av, hvordan de dannes og hvordan de vedlikeholdes. Definisjonen åpner dermed for enighet og uenighet med hensyn til disse spørsmålene (Wackerhausen, 2017b). SPR synes å være kompleks og vanskelig å definere, og ofte tar ikke forskning for seg relasjonen i sin helhet, men fokuserer på det empiriske studier peker på som kjennetegn ved SPR. Under vil jeg vise til en rekke utsagn om SPR. Dette er utsagn som ikke inngår i selve definisjonen av hvilket fenomen jeg snakker om når jeg sier SPR, men er utsagn

som muligens, men ikke nødvendigvis er sanne om SPR (Wackerhausen, 2017b).

Dinç og Gastmans (2013) peker på at utvikling av *tillit* er vesentlig i SPR. Fenomener som *tillit* er ikke altomfattende. En pasient kan ha tillit til noen sykepleiere, men ikke andre, eller kan ha tillit til en sykepleier i noen situasjoner, men ikke andre. Fenomenene som utgjør SPR er i seg selv komplekse og vanskelige å definere, noe som kan forklare hvorfor forskningsfokuset ofte ligger på kjennetegn ved SPR, heller enn helheten. Tillit fremheves av flere som helt avgjørende i SPR (Aadland, 2004, Eide & Eide, 2007, Rørtveit et al., 2015, Leslie & Lonneman, 2016). Glavin (2000) påpeker at *respekt* må være til stede i enhver god relasjon. Grad av *åpenhet* har også betydning (Eide et al., 2011). Andre elementer som ifølge litteratur og forskning kjennetegner SPR er: *omsorg* (Halldorsdottir & Hamrin, 1997, Kasén, 2002, Papastavrou et al., 2011), *tilstedeværelse* (Gardner, 1992, Parse, 1998, Fingfeld-Connett, 2006), *kompetanse* (Wiechula et al., 2016, Ozaras & Abaan, 2018), *intimitet* (Williams, 2001, Stavropoulou et al., 2012), *gjensidighet* (Kihlgren et al., 2015), *kommunikasjon* og *trygghet* (Eide & Eide, 2007), *forbindelsen* mellom sykepleier og pasient (Miner-Williams, 2007) og sykepleierens *mellommenneskelige ferdigheter* (Peplau, 2004). Slike elementer kan være tilstede i SPR i større eller mindre grad, og vil ha betydning for om relasjonen erfares som god eller dårlig av sykepleier og pasient. Relasjonens kjennetegn synliggjør også dens etiske dimensjon, og relasjonsdannelse vil alltid bære etiske aspekter med seg.

SPR er profesjonelle relasjoner og skiller seg derfor fra sosiale relasjoner i at den profesjonelle initierer relasjonen som formes med fokus på den ene parten (pasienten) og at interaksjonene begrenses til bestemte settinger og

tidsperioder (Stein-Parbury, 2009). Samtidig synes *følelser* sentralt i SPR hvor nærhet, samhold, glede, forpliktelse og vennskap benyttes om relasjonen (Morse, 1991, Sundelöf et al., 2004, Kihlgren et al., 2015, Wiechula et al., 2016).

Når SPR omtales i sykepleielitteratur synes det å være en tendens til å beskrive idealbildet av den *gode* relasjonen. Ifølge Peplau (2004) er SPR profesjonell, og relasjonens struktur fastslår at pasienten har behov for hjelp og sykepleieren har kunnskapene og ferdighetene som trengs for å gi denne hjelpen. Målet er å lindre lidelse og å hjelpe pasienten inntil hans eller hennes egen styrke, vilje eller kunnskap er gjenvunnet (Kasén, 2002, Henderson, 2006). Kasén (1994, 1996) har undersøkt hvordan det svenske begrepet *vårdrelation* beskrives i helsevitenskapelig litteratur. Det kan diskuteres hvorvidt begrepet *vårdrelation* er synonymt med SPR, men begrepet brukes gjerne for å omtale nettopp relasjonen mellom sykepleier og pasient (Dahlberg et al., 2003, Björck & Sandman, 2007). Ifølge Kasén (1996) har sykepleier og pasient en indre forbindelse hvor sykepleieren lover pasienten omsorg, og gjennom omsorgen kan en følelse av fellesskap vokse. Innholdet er pasientens historie, som er formet av sykepleierens deltakelse. Normative ideal-karakteristikker av SPR kan være en nyttig veiviser for sykepleiere, men er ikke nødvendigvis beskrivende for alle relasjoner i hjemmesykepleie.

### **1.1.2 Er alle sykepleier-pasient relasjoner omsorgsfulle?**

Forskning har pekt på at kvaliteten i SPR påvirker pasientens opplevelse og nytte av behandling og omsorg, samt at SPR er en av de viktigste aspektene for at behandling skal være vellykket (Peplau, 2004, Molin et al., 2016). Askinazi (2004) slår fast at man ikke bare kan være oppmerksom på det gode som kommer fra omsorgsfulle relasjoner, men også på den uhelse som kan oppstå

som følge av ikke-omsorgsfulle relasjoner. Slike relasjoner kan i ytterste konsekvens forårsake unødvendig lidelse relatert til pleien, såkalt omsorgslidelse (Dahlberg, 2002, Eriksson, 2010). *Omsorgslidelse* er lidelse utover det sykdommen forårsaker. Det kan skyldes omsorgen som utøves eller oppstå når det skjer en brist i relasjonen mellom pleier og pasient (Eriksson, 2010). Kasén et al. (2008) peker på at rigide organisasjoner, ufleksible omsorgskulturer eller ureflekterte relasjoner kan bidra til at omsorgslidelse oppstår. Også Dahlberg (2002) viser til at SPR utgjør kjernen i omsorg, og at negative relasjoner forsterker lidelse. Pasienter lider når de føler at de blir mistrodd eller feilbehandlet, og dersom deres opplevelse av sykdom eller helse oversees. Lidelse oppstår også når helsepersonell ikke benytter en holistisk og pasient-sentrert fremgangsmåte i omsorgen (Björck & Sandman, 2007). Halldorsdottir (1991) beskriver bevegelsen mellom omsorgsfulle og ikke-omsorgsfulle relasjoner som et kontinuum. Hvorvidt SPR oppleves omsorgsfull eller ikke vil bl.a. påvirkes av pasientens sårbarhet og sykepleierens imøtekommenhet (ibid).

## **1.2 UTDYPNING AV NØKKELBEGREPER**

For å understreke mitt profesjonsperspektiv har jeg valgt å omtale relasjonene som *sykepleier-pasient relasjoner*, hvor sykepleier altså kommer først. Det er også denne skrivemåten som er vanligst i sykepleielitteratur. SPR er et av hovedbegrepene i sykepleie som vitenskap, og begrepet brukes ofte i entall. Jeg velger å bruke begrepet i flertall i tråd med min forståelse av at det eksisterer ulike typer relasjoner. *Sykepleier-pasient relasjoner* defineres ofte med bruk av begreper som innebærer at både sykepleierne, pasientene og relasjonene i seg selv innehar ønskelige eller positive egenskaper (Björck & Sandman, 2007). Også jeg har en forståelse av at majoriteten av SPR kjennetegnes av elementer

som omsorg, tillit, nærhet, respekt og tilstedeværelse, altså relasjoner som normativt kan oppfattes som gode. Når jeg bruker begrepet i denne avhandlingen refererer jeg altså til denne typen omsorgsfulle relasjoner. Samtidig er jeg bevisst om at det finnes ulike typer relasjoner og det er ikke alle relasjoner som oppfattes som gode. Slike relasjoner refereres til som *ikke-omsorgsfulle relasjoner* og innebærer at pasienten blir et objekt som skal pleies og sykepleieren utfører oppgavene (Halldorsdottir & Hamrin, 1997, Kasén, 2002). I likhet med Halldorsdottir (1991) oppfatter jeg bevegelsen mellom omsorgsfulle (SPR) og ikke-omsorgsfulle relasjoner som et kontinuum.

Jeg omtaler pasienter som *pasienter* og ikke som brukere, selv om jeg observerer at pasienter både i praksisfeltet og lovverk ofte omtales som brukere eller klienter. Mitt valg bunner i min forståelse av pasienter i hjemmesykepleie som mennesker med behov for helsehjelp, og dermed blir det naturlig for meg å omtale dem som pasienter. Avhandlingens språklige stil bunner både i teoretisk perspektiv og helsevitenskap generelt hvor begrepet pasient er det begrepet som primært brukes, og betegner *mennesket som lider*. Kasén (2012) argumenterer for at pasienten skal tillates å være et lidende menneske, og at når pasienten betraktes som klient eller bruker står det i konflikt med sykepleieperspektivets grunnleggende verdier.

*Helsefremming* er sentralt i avhandlingen og forstås som prosesser og tiltak med potensiale om å fremme og styrke pasientens helse og velvære, og styrke pasientens evner og muligheter til å møte utfordringer og belastninger. Her trekkes begrepene *helse og velvære* inn. Helse redegjøres for i kapittel 3.2. I avhandlingen refererer begrepet velvære til opplevelsen av å ha det godt – å ha gode følelser (glede, kjærlighet) og positive vurderinger (tilfredshet,

meningsfullhet) av eget liv. Velvære er individuelt og kan forandres under ulike omstendigheter og forutsetninger (Næss, 2001, Wiklund, 2003).

*New Public Management* brukes som en felles benevnning på ulike reformideer og endringsprosesser som har preget offentlig sektor i mange land. NPM dreier seg ikke om entydige reformgrep (Vabø, 2007) men har flere ulike komponenter bl.a. budsjettkutt, desentralisering, konkurranseutsetting, privatisering, styring og kontroll. Årsaken til NPM er ifølge Boston (2013) enkel: store budsjettunderskudd og lavere økonomisk vekstrater krever at regjeringer finner utgiftsbesparelser. Dette påvirker tilgjengelige ressurser for offentlige etater. Delvis derfor er effektiviseringspresset NPM er forbundet med, rett og slett et produkt av sin tid. Innholdet i begrepet NPM redegjøres ytterligere for i kapittel 2.

For å skape unngå å skape stereotypisering av frasen *Gaming the system* vil jeg i dette utdypningskapittelet ta opp frasens semantikk og konnotasjon. *Gaming the system* benyttes i artikkel III og refererer i sin grunnbetydning til å *lure systemet*. Jeg er innforstått med at frasen kan ha negative konnotasjoner knyttet til seg og kan forstås som at systemets regler manipuleres for å oppnå personlige fordeler. I artikkel III og kappen benyttes frasen om sykepleiere og pasienters handlinger for å tilrettelegge for best mulig omsorg og sykepleie. Disse handlingene er forstått som å ha omsorgsfulle intensjoner, og er ikke forstått som en måte å oppnå personlige fordeler eller goder. Jeg har valgt frasen *gaming the system* heller enn *working the system* (som kan forstås å ha mer positive konnotasjoner knyttet til seg) fordi mange av de observerte handlingene motarbeider systemets intensjoner og mål, hvor *working the system* innebærer handlinger som støtter systemets intensjoner og mål.

## 2. BAKGRUNN

Norges offentlige omsorgsapparat forbindes med en universell, ideologisk posisjon og blir i internasjonale sammenhenger ofte regnet som en del av en særdeles omfattende og sjenerøs velferdsmodell (Vabø, 2012). I Stortingsmelding 10 (2013) stod det at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester og skal kunne regne med å få den beste behandling og pleie, så raskt som mulig. Det er ingen liten oppgave. Etter hvert som de velferdspolitiske målene har blitt stadig mer ambisiøse, har det gradvis trengt seg på et spørsmål om velferdsordningenes kostnad. NPMs inntog i norsk helsevesen kan sees i kombinasjon med en økonomisk *krise* i helse- og omsorgssektoren, og NPM-inspirerte systemer hevdes å være rådende i organisering av dagens helsetjeneste (Pedersen, 2011).

På slutten av 80-tallet og begynnelsen av 90-tallet var hjemmesykepleie vanligvis basert på en kollegial organisering preget av fleksible og bredt definerte arbeidsoppgaver, vertikal kommunikasjon og ansatte og ledere som samarbeidet. Beslutningsmyndighet var desentralisert til helsepersonell med nær kjennskap til pasientene. Mangel på gjennomsiktighet av slik organisering førte til politisk debatt og det ble lagt press på sentrale myndigheter om å vise ansvarlighet i kommunal langtidspleie (Vabø, 2011). Gjennom 90-tallet ble ulike krav og forskrifter satt i kraft for å skjerpe fokus på internkontroll og ansvarlighet. Disse ble innblandet i lokale myndigheters bestrebelser etter å finne kostnadseffektive løsninger i omsorgstilbudet. Mange kommuner omfavnet NPM som også ble anbefalt av den norske stat som del av en generell strategi for offentlig modernisering (Vabø, 2011, 2012).

Tanken bak NPM er i utgangspunktet god. En markedsretting av offentlige virksomheter skulle bidra til forbedret ressursutnyttelse, bedre kvalitet og mer igjen for pengene i offentlig sektor. Christensen og Lægread (2001) viser til at NPM på norsk har to hovedtrekk. *Mål- og resultatstyring* som tilsier klare, konsistente, konkrete og stabile mål, resultatrapportering til overordnede organ og premiering av gode resultater. For sykepleiere betyr det økte krav til registrering og dokumentasjon av utførte arbeidsoppgaver, samt at deres arbeidsinnsats måles opp mot et forhåndsbestemt mål. Det andre hovedtrekket, *strukturell fristilling* betyr organisatorisk oppdeling i ulike roller, som f.eks. å skille mellom roller som bestiller og utfører (ibid).

Bestiller-utfører modellen har en sentral plass i organiseringen av kommunale helsetjenester, og to av tre norske kommuner bruker, eller planlegger å bruke lignende organiseringssystem (Fallan et al., 2015). Kommunene etablerer administrative bestiller-enheter (tildelingskontoret) som er klart skilt fra utførerenhetene (hjemmetjenestene). Bestillerenhetene fatter vedtak om pasienters tjenestebehov og bestiller tjenesten hos utførerenhetene. Utførerenhetene betraktes i prinsippet som selvstendige resultatenheter, noe som tilrettelegger for sammenligning og konkurranse (Vabø, 2007). Det er økende anerkjennelse for at organisasjonskulturen ved enheter som tilbyr helsetjenester til hjemmeboende pasienter påvirker kvaliteten i omsorgen som gis (Killett et al., 2016).

Styringsideologi inspirert av NPM kommer blant annet til uttrykk i Helseforetaksreformen (2002), Samhandlingsreformen (2009) og sykehusomstillinger med store fusjoner og tverrgående avdelinger. Disse reformene er ifølge Hippe og Trygstad (2012) bygget på styrings- og organisasjonsanalogier fra privat sektor. Den norske Samhandlingsreformen er ikke unik og lignende



reformer ble for flere tiår siden innført i bl.a. Australia og England, mens SOTE-reformen i Finland (2019) nok er en av de nyeste. Reformenes mål er å bruke ressursene mer effektivt, samt å tilpasse tjenestene bedre til pasientene, altså levere bedre tjenester til en lavere kostnad (Gullikstad & Rasmussen, 2004). Helseforetaksreformen (2002) dreier seg i all hovedsak om organisatoriske endringer med hensikt å fremme bedre styring og samordning av helse-tjenestene. Ansvar for sykehusene ble overført fra fylkeskommunen til staten og fem (fire fra 2007) regionale helseforetak som skulle være eier av sykehusene ble opprettet. Reformen innebærer en strukturell fristilling hvor helseforetakene er fristilt fra forvaltningen (Hippe & Trygstad, 2012). Helseforetaksreformen er mest relevant for spesialisthelsetjenesten, men har også forsterket tendensen til redusert liggetiden på sykehus (Gautun & Syse, 2013, Fjørtoft, 2014). Reformen har i så måte klar relevans for hjemmetjenesten som har fått økt mengde etterbehandling, ansvar for nye pasientgrupper og administrerer flere reinnleggelser til sykehus av utskrevne pasienter.

Samhandlingsreformen (2009) ble iverksatt i 2012 og er en av de viktigste helsereformene i nyere tid. Reformen omhandler samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og innebærer at kommunehelsetjenesten ble tildelt en mer omfattende rolle for å avlaste spesialisthelsetjenesten. Kommunene fikk dermed større ansvar for helse- og omsorgstjenester i befolkningen (ibid). Etter innførsel av reformen rapporteres det om en økning i antall pasienter utskrevet raskere fra sykehus til hjemmetjenesten med større behov for behandling, pleie og tilrettelegging (Gautun & Syse, 2013, Fjørtoft, 2014). Hjemmetjenesten mottar utskrivningsklare pasienter fra sykehus som er sykere enn før, og har mer

komplekse tilstander. Det innebærer oppgaver på et høyere kompetansenivå enn tidligere. Det er også høyere terskler for å få omsorgstjenester og utviklingen av mer spesialiserte tilbud fortrenger enklere tilbud (Birkeland, 2013, Abelsen et al., 2014, Phelan et al., 2018b).

Til tross for økt gjennomstrømming av pasienter mener sykepleiere at tjenestene som ytes er av god kvalitet. Ifølge Haukelien et al. (2015) påpeker sykepleiere allikevel at eldre med moderate helse- og omsorgstjenester som har behov for tilsyn og sosial kontakt kommer dårligst ut etter reformen. Sykepleiernes oppgaver er mer komplekse enn før reformen, både når det gjelder medisinske prosedyrer og krav til koordinering, beredskap og kvalitetssikring (ibid). En kartlegging av hjemmetjenestens tidsbruk i Kristiansand kommune viser at helsepersonell kun var sammen med pasientene 41,8 prosent av arbeidstiden i 2018, en reduksjon fra 63 prosent i 2003 (Dolonen, 2019). Den økte arbeidsmengden har resultert i en nedprioritering av sykepleieoppgaver og forskyvning av pasientrelaterte arbeidsoppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere (ibid).

## **2.1 FORFORSTÅELSE**

For å kunne undersøke SPR i en hjemmesykepleiekontekst som er organisert ut fra NPM-tankesettet er det viktig for meg å synliggjøre iboende antagelser som kan ha påvirket avhandlingen. Alvesson & Sköldbberg (2017) påpeker at tolkning og refleksjon må sees i sin kontekst. Ikke bare i studieobjektets kontekst, men også forskerens kontekst fordi data alltid tolkes mot en bakgrunn av personlige, kulturelle, ideologiske og språklige referanserammer (ibid). Ser man bort fra metodiske feilkilder kan de største potensielle feilkildene og begrensningene ved et forskningsprosjekt ligge i iboende antagelser som er knyttet til

paradigmet studiet bygger på (Wackerhausen, 2004). Min utdanning, erfaringer og teoretiske ståsted som sykepleier preger meg og min forståelseshorisont. Enhver profesjon er ifølge Wackerhausen (2004) kjennetegnet ved å ha sitt eget fagområde, og ingen møter sitt felt perspektivløst og fordomsfritt. Som sykepleier er jeg gjennom utdanningsløpet sosialisert inn i en vitenskaps-teoretisk posisjon med bærende omsorgsteorier og moralske idealer. For meg handler sykepleie først og fremst om å bruke sine teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og sosiale kompetanse i helhetlig omsorg for den unike pasienten med alle sine dimensjoner (fysisk, psykisk, sosial, åndelig).

Interessen for tematikken ble vekket da jeg arbeidet i spesialist-helsetjenesten og opplevde et økende fokus på registrering, måling og dokumentering, samt mindre tid til pasientnære og mellommenneskelige oppgaver. Begrepet NPM var på det punktet ukjent for meg, men i arbeidet med avhandlingen har jeg sett at begrepet nærmest konsekvent omtales med negativt fortegn i sykepleiepraksis og litteratur. Det har gjort at jeg har forsøkt å være kritisk bevisst til min egen forståelse av NPM og konsekvenser av NPM-inspirert organisering. Min intensjon har aldri vært å bekrefte tilsynelatende etablerte sannheter om at NPM utelukkende har negative konsekvenser, men å være åpen for hva som dukker opp i feltet.

Som sykepleier er jeg forsker på egen praksis, noe som gjør at jeg har en forståelse av mange av begrepene som brukes i feltet. Jeg vil kanskje se etter spesielle ting, og stille andre spørsmål enn en forsker fra en annen profesjon. Til tross for studiens induktive tilnærming og mine forsøk på å være åpen og på leting etter deltakernes erfaringer, er min evne til å observere og fortolke påvirket og begrenset av min forforståelse og iboende antagelser. Disse er styrende for min oppmerksomhet, påvirker de spørsmål jeg stiller eller ikke

stiller, og min oppfattelse av deltakernes svar og atferd. En av hensiktene ved å kombinere ulike datasamlingsteknikker er nettopp å styrke troverdigheten av mine tolkninger, eller å påvise at mine tolkninger er problematiske eller direkte feil. Jeg forsøker å synliggjøre og ha en kritisk holdning til de av mine antagelser og forforståelse som er meg bevisst, og gjennom å posisjonere avhandlingen vitenskapsteoretisk gjøres den også til gjenstand for kritikk.

## **2.2 STUDIENS KONTEKST**

Nordiske land har en relativt unik tilnærming til hjemmesykepleie hvor offentlig finansiert helsepersonell ivaretar pleie- og omsorgsoppgaver som i andre land er vanlig at familiemedlemmer står for (Bondas, 2013). Norsk hjemmetjeneste er kompleks, og for å få en forståelse for rammene rundt SPR vil jeg i det følgende gi et innblikk i hvordan hjemmetjenesten er organisert og hvem som er aktører i tjenesten. Mulighetene for å utvikle SPR i hjemmetjenesten er annerledes enn på sykehus. Pasienten befinner seg i sitt eget hjem og sykepleieren er gjest. Et hjem er ifølge Hilli og Eriksson (2017) mer enn den fysiske konteksten i form av stedet hvor pasienten bor. Det er også følelsen av å være hjemme. Å føle seg hjemme er både en prosess og en tilstand som innebærer å ha et sted hvor privatliv, trygghet og identitet kan bevares og beskyttes. Derfor har hjemmet, og følelsen av å være hjemme, stor betydning for menneskets helse og velvære (ibid), og derfor vil SPR i denne konteksten utspille seg annerledes enn på institusjon.

### 2.2.1 Hjemmetjeneste

Hjemmetjeneste er en samlebetegnelse for kommunale helse- og omsorgstjenester som mottas av personer som bor hjemme. Kommunene skal sørge for at alle som oppholder seg i enhver norsk kommune skal få nødvendig helsehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret og Staten skal sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer, samt føre tilsyn og kontroll (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kommunene organiserer gjerne tjenestene geografisk i ulike hjemmetjeneste-områder som varierer i størrelse, avhengig av region og kommunestørrelse. Hjemmetjenester lokalisert i distrikt dekker ofte store geografiske områder, til forskjell fra mer urbane storbyer. Tjenestene bemannes primært av sykepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere. Pasienter mottar tjenester enten i form av *helsetjenester i hjemmet* eller som *praktisk bistand*. I tillegg tilbyr kommunen en rekke andre tjenester som trygghetsalarm, matombringing, avlastning eller rehabilitering utenfor institusjon og dagsenter. Helsetjenester i hjemmet inkluderer primært hjemmesykepleie, men også fysioterapi, ergoterapi og psykisk helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018).

Hjemmesykepleie innebærer medisinsk basert pleie som f.eks. medisiner, sårstell, helsefaglige observasjoner, hjelp til personlig hygiene osv. Praktisk bistand ytes i form av bistand til daglige gjøremål som rengjøring, klesvask, innkjøp, hente post osv. (Helsedirektoratet, 2015, Birkeland & Flovik, 2018). Det er et politisk mål at eldre skal kunne leve selvstendige liv og bo i egen bolig så lenge som mulig. Gradvis har kommunal tjenestebruk gått mer bort fra institusjonsomsorg og mot større bruk av hjemmetjenester, hvor hjemmesykepleie er vanligst. Det er en langsiktig tendens til at relativt flere får hjemmesykepleie og færre får kun praktisk bistand (Mørk et al., 2018).

Økonomisk er det en fordel at pasientene bor i eget hjem så lenge som mulig da et langtidsopphold på institusjon er svært kostnadskrevende for trygdesystemet. Hjemmesykepleie er derfor et kostnadseffektivt og fleksibelt instrument i det sosiale systemet (Nickel et al., 2012). Norsk hjemmesykepleie ikke er unik, og internasjonale studier viser at det er flere likheter når det kommer til organisering av tjenestene, utfordringer sykepleiere møter og pasientgrupper som bor hjemme (Wilkes et al., 2008, Turpin et al., 2012, Wälivaara et al., 2013, Karlsson et al., 2014).

### **2.2.2 Pasienter i hjemmetjenesten**

I løpet av 2017 var det 361 402 unike mottakere av helse- og omsorgstjenester fra kommunen, noe som er en økning på 18 prosent fra 2007. Hele 85 prosent av disse mottok hjelp i hjemmet (Mørk et al., 2018). Hjemmesykepleie blir stadig viktigere i Norges aldrende samfunn. I 2015 var 14,6 prosent av Norges befolkning 67 år eller eldre, og antallet forventes å øke til 17 prosent i 2030 og 21 prosent i 2050. Hjemmeboende pasienter har varierende grader av behov for hjelp, pleie og behandling, men generelt blir pasientgruppen (både i Norge og internasjonalt) eldre og har et mer komplisert sykdomsbilde enn tidligere (OECD, 2011, Statistisk Sentralbyrå, 2015).

Fra 67 års alder defineres personer som eldre, og selv om alderdom kan medføre somatiske sykdommer, funksjonsnedsettelse og generell alderdomsvekkelse, er det store individuelle forskjeller. De fleste eldre bor i egen bolig og mottar ikke offentlige tjenester, men hver femte hjemmeboende eldre har behov for helse- og omsorgstjenester. Av disse bor over halvparten alene og majoriteten er kvinner. Alderdomsvekkelse og funksjonsnedsettelse gir utfordringer med å mestre daglige gjøremål som personlig hygiene, påkledning,

spising, rengjøring, samt å ivareta sosiale nettverk, relasjoner osv. Pårørende bidrar gjerne til å avhjelpe slike behov, men dette er ofte ikke tilstrekkelig (Mørk, 2013, Mørk et al., 2018). Mange pasienter lever med kognitiv svikt og det kreves økt kompetanse og bevissthet for psykososiale behov og hvordan de kan møtes for å kunne gi helhetlig sykepleie av høy kvalitet til eldre som lever med demens, slik at de kan bo hjemme lengst mulig (Hansen et al., 2017).

Behovet for hjelp stiger med alderen og det er flest eldre som mottar helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet, selv om andelen yngre er økende. Hele 90 prosent av de eldste eldre (90+ år) mottar slike tjenester, mot halvparten i aldersgruppen 80-89 år og 12,6 prosent av de yngste eldre (67-79 år) (Mørk et al., 2018). Mottakere av kommunale hjemmetjenester finnes i alle aldersgrupper og har et bredt spekter av sykdommer og funksjonsnedsettelse. Det gjør tjenesten mangfoldig og kompleks. Hjemmesykepleie er en spesialisert tjeneste og mottak av tjenesten skal henge sammen med pasientens helsetilstand og funksjonsnivå. Mottakere av hjemmetjenester vurderes etter hvor stort behov de har for bistand. Selv om en av tre vurderes til å ha middels til stort bistandsbehov, og en av fire har omfattende bistandsbehov, mottar over halvparten mindre enn to timer med helsetjenester i hjemmet per uke. Bare hver femte mottar mer enn fem timer i uken (Mørk et al., 2018). Det peker på en uoverensstemmelse mellom bistandsbehov og mottak av helsetjenester i hjemmet.

### **2.2.3 Organisering og tildeling hjemmetjenester**

Måten hjemmesykepleie er organisert på får betydning for hvordan sykepleieren kan utføre sin profesjon, og derfor gir jeg en innføring i hvordan kommunale tjenester organiseres og tildeles.

Pasient og brukerrettighetsloven §2-1a (1999) fastslår pasienters rett til nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Når et hjelpebehov oppstår kan personen selv søke kommunen om hjemmetjenester, eller det kan skje gjennom pårørende, fastlege, nabo eller ved utskrivelse fra institusjon. Kommunen plikter å utrede pasientens hjelpebehov løpende og innhente relevante opplysninger om helsetilstand, funksjonsnivå, boforhold osv. Kommunen skal vurdere hvordan behovet for tjenester skal oppfylles og tjenestenes omfang. Tjenester tildeles som skriftlige enkeltvedtak (Forvaltningsloven §17, Pasient- og brukerrettighetsloven §2-7, Helse- og omsorgstjenesteloven §4-1). Kommunen er i utgangspunktet bundet til enkeltvedtaket, men kan når som helst endre det til gunst for pasienten. Endringer til ugunst for pasienten kan skje innenfor Forvaltningslovens (1967 §35) rammer.

Det er hjelpebehovet som styrer hvilke tjenester pasienten har rett til og i hvilket omfang. Forsvarlighetskravet (Helse- og omsorgstjenesteloven §4-1, Helsepersonelloven §4) og pasientens rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1) setter rammer for tjenestetilbudets utforming. Tjenestene skal f.eks. iverksettes fra det tidspunkt pasientens behov tilsier det, altså innen forsvarlig tid. Ut over det står kommunene relativt fritt i utformingen, men tjenestetilbudet kan ikke ligge under det som oppfattes som en forsvarlig minstestandard (Helsepersonelloven §4) og kommunen skal sørge for at det ikke skjer usaklig eller tilfeldig forskjellsbehandling av pasienter (Helsedirektoratet, 2016). Omfanget av tjenesten angis i timer og minutter per uke og reflekterer kun direkte pasienttid, ikke tid som skal brukes på f.eks. dokumentasjon eller kjøring (Helsedirektoratet, 2015, 2016). På bakgrunn av denne tidsrammen og i samråd med pasienten, skal hjemmesykepleien organiseres slik at pasienten får sine tjenester til rett tid, for at pasienten kan



følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Helsetjenester i hjemmet (herunder hjemmesykepleie) er gratis for pasienten, men kommunen kan ta betaling for tjenester som f.eks. praktisk bistand og opplæring (Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester §8).

#### **2.2.4 Hjemmesykepleiekultur**

I etnografisk fremgangsmåte er kultur et sentralt begrep, hvor hensikten er å få innsikt og forståelse for en gruppes perspektiver innenfor rammen av en kultur. Jeg velger å bruke begrepet hjemmesykepleiekultur (HSK) med referanse til kulturen i moderne norsk hjemmesykepleie. Jeg forstår HSK både som en subkultur i hjemmetjenestens overordnede organisasjonskultur, og som en subkultur i sykepleieprofesjonen. Det vil si at, slik jeg forstår det, tar HSK del i, og er under innflytelse av flere større kulturer.

En subkultur er ifølge Schein (2010) grupper i, eller på tvers av organisasjoner. Subkulturer deler mange av de samme antagelsene som organisasjonen for øvrig, men dannes gjerne på bakgrunn av delte antagelser som ofte bunner i likheter i utdanningsbakgrunn, deres funksjonelle oppgaver eller unike opplevelser. Når subkulturen er en del av en større yrkesgruppe (som sykepleiere) har medlemmene med seg antagelser som har en bredere base, inn i organisasjonen (Schein, 2010). I tillegg til formelle kvalifikasjoner bærer sykepleiere f.eks. med seg bestemte oppmerksomhetsfokuser, talemåter, måter å forstå på, bestemte blikk, måter å verdsette på, osv. (Wackerhausen, 2009). Selv om jeg bruker begrepet HSK i entall oppfatter jeg det ikke slik at det finnes en enhetlig kultur, men har en forståelse for at det finnes lokale variasjoner av HSK. Kulturen som formes i hjemmesykepleien er

en av dimensjonene som påvirker SPR (Kleiman et al., 2004). Kunnskap om HSK, hva sykepleiere og pasienter gjør og hvorfor de gjør som de gjør, kan gjennom økt forståelse av den andre bidra til at sykepleiere og pasienter opplever større trygghet i SPR. Det er viktig fordi trygge sykepleiere er i stand til å møte pasienten og pasientens behov på en mer tilfredsstillende måte (Tyrrell et al., 2012).

Begrepet *kultur* refererer til mønstre av atferd, symboler, verdier, overbevisninger og kunnskap som mennesker har lært eller skapt gjennom sosialiseringprosesser, og etter hvert etableres som felles forståelser som veileder og kommer til uttrykk i deres hverdag (Spradley, 1980, Leininger & McFarland, 2002). I sykepleiepraksis drøfter sykepleiere situasjoner i fellesskap for å få andres synspunkter på om de handler riktig. Holdninger hos den enkelte blir dermed lært i fellesskapet blant andre, man kan kalle det for sykepleiekultur (Sæterstrand et al., 2015). I HSK sameksisterer og interagerer sykepleierkultur og pasientkultur. Slik jeg forstår det handler kultur om ideer, verdier og spilleregler for atferd og samhandling som gjelder innenfor en gruppe. Etter hvert som nye sykepleiere integreres i den etablerte kulturen i f.eks. hjemmesykepleien, vil kulturen videreføres til neste generasjon sykepleiere. Jeg oppfatter ikke kulturen som uforanderlig og statisk, men som noe som endres litt etter litt, i takt med aktørene i kulturen og rammene rundt. NPM som ramme- og styringsredskap har dermed potensiale til å endre HSK, ikke gjennom sosialisering, men gjennom passiv og aktiv tilpasning til nye suksesskriterier, ramme- og styringsredskap. Ytre forhold kan dermed fremtvinge indre kulturendringer uten motivasjon fra sykepleierne selv.

Schein (2010) viser til at kultur kan analyseres på ulike nivåer, og refererer her til graden det kulturelle fenomenet er synlig for observatøren.

*Observerbare artefakter* kan være fysiske, atferdsmessige eller verbale manifestasjoner av kulturen som kan være enkle å observere, men vanskelig å fortolke. Artefakter kan være kontroversielle og medlemmer av en gruppe kan ignorere eller bevisst skjule symboler som har negative verdier, noe Berlin & Carlström (2015) omtaler som kulturell kamouflasje. *Verdier* er ifølge Schein (2010) sentrale prinsipper som definerer hva gruppens medlemmer er opptatt av og hvilken atferd som forventes og aksepteres. Det kan dreie seg om etikk, følelser, normer, mening, forståelse, engasjement osv. Verdiene er ikke direkte observerbare, men kan utledes fra måten medlemmene forklarer og rettferdiggjør sine handlinger. Verdiene bygger på *grunnleggende antakelser* om hvordan verden henger sammen. Antagelsene stammer fra gruppens erfaringer og er selve kjernen i kulturen, f.eks. ideologier, filosofi, verdenssyn, ideer om virkeligheten og mennesket som tas forgitt. Grunnleggende antakelser er ofte ubevisste, men påvirker hva som vektlegges. Først på dette nivået kan man nå essensen av kulturen og forklare hva som skjer (ibid). Denne nivåforståelsen har hjulpet meg å få tak i hvordan verdier og grunnleggende antagelser gjenspeiler seg i atferden som observeres i feltet, og har også tidligere vist seg fruktbar i sykepleieforskning (Bondas, 2003, Killeth et al., 2016).

Kunnskap om kulturen i en gruppe er viktig da kultur er et essensielt og integrert aspekt ved mennesket og bidrar til å forme menneskenes atferd. Hvordan omsorgen kommer til uttrykk i møtet med pasienten påvirkes av sykepleiernes verdenssyn, kulturelle og sosiale strukturer (f.eks. utdanning, miljø, teknologi, politikk). Utforskning av meningen bak sykepleiernes atferdsmønstre og perspektiver kan ifølge Leininger (2002) gi bedre omsorg da sykepleierens omsorg formes av kulturen. I tillegg til HSK har sykepleiere som profesjonelle også plikter og retningslinjer å følge som påvirker praksis, f.eks.

plikten til å yte helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999) og et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Ved å utforske HSK håper jeg å få større forståelse for meningen bak aktørenes atferd og oppfatninger.

### **2.2.5 Å forstå sykepleiepraksis i lys av NPM**

Ovenfor har jeg vist til hvordan norsk helsevesen er organisert. Siden sykepleiepraksis ikke er isolert fra omverdenen vil jeg her synliggjøre på hvilken måte reformer og endringer med utspring fra NPM kan ha betydning for utvikling og vedlikehold av SPR. Ifølge Wackerhausen (2002) kan det være hensiktsmessig å nivåindikere praksis ved f.eks. å snakke om mikropraksis (den enkelte sykepleiers praksis), makropraksis (hjemmetjenesteområdets praksis), megapraksis (kommunale helse- og omsorgstjenesters praksis) og en gigapraksis (helsevesenets samlede gjøremål og aktiviteter). For å kunne forstå den enkelte sykepleierens mikropraksis så må man forstå disse andre praksisnivåene og hvordan de påvirker hverandre (ibid). En sykepleier arbeider innenfor et hjemmetjenesteområde i en kommune. Kommunale helse- og omsorgstjenester er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet som en del av flere nasjonale forhold som igjen er en del av en globalisert virkelighet. Skal man forstå det som skjer i sykepleieprofesjonen og HSK så må man søke å forstå sammenhenger med det som skjer i det lokale hjemmetjenesteområdet, i kommunen, i Helse- og omsorgsdepartementet, i den nasjonale politiske scene og i den globale scene.

NPM er et godt eksempel på hvordan endringer på gigantnivå kan slå direkte igjennom i form av endringer på makro- og mikronivå. NPM har spredt seg som et globalt fenomen, og den norske stat har i stor grad adoptert denne

styringsideologien. Det medfører endringer på et gigantnivå med bl.a. innføring av reformer som Helseforetaksreformen (2002) og Samhandlingsreformen (2009). Slike reformer påvirker spesialist- og primærhelsetjenestene på et meganivå som setter fysiske og tidsmessige rammer for de enkelte sykehusavdelingene og hjemmetjenesteområdene, og ledelsen der. Rammene som settes og beslutningene som tas vil alltid påvirke hvordan sykepleieren utøver praksis. Ifølge Brænd og Larsen (2017) er NPM ikke bare den ytre måten sykepleiernes arbeid organiseres på, men det installeres en helhetlig tenkemåte der ikke bare ledelsen, men også sykepleierne tenker på økonomisk produktivitet, kost-nytte og effektivitet. De etterspør undersøkelser av hvordan sykepleiepraksis gjennomføres, via observasjonsstudier og spør om den gjensidige kjennskapen mellom sykepleier og pasient er redusert de siste 20 årene (ibid).

I denne avhandlingen har jeg valgt å ikke bare utforske SPR i seg selv, men med NPM som bakgrunn i hjemmesykepleien. Endrede mål- og suksesskriterier, økende tidsstyring av arbeidsoppgaver, fokus på dokumentasjon og ressursbesparelse setter rammer for sykepleiepraksis i hjemmesykepleien og relasjonene som utvikles der. Relasjonene befinner seg i nye omgivelser og det gjør at NPM blir viktig i min studie. Organisering av tjenestene har avgjørende betydning for sykepleiernes vilkår og muligheter i møte med pasienten, og er dermed med på å forme SPR.

### 3. TEORETISK LANDSKAP OG TIDLIGERE FORSKNING

I likhet med alle forskere bærer jeg med meg et verdenssyn, verdissyn og kunnskapssyn som på mange måter er drivkraften bak et prosjekt. For å synliggjøre antagelser jeg gjør i mitt arbeid vil jeg i dette kapitlet fremheve det teoretiske og verdimeslige landskapet som er en del av min forståelses-horizont. Vitenskapelig posisjonering har implikasjoner for studie og funn (Sandelowski, 1993, Thorne et al., 2002, Alvesson & Sköldbberg, 2017). Det teoretiske landskapet har ikke vært et strengt rammeverk, og må sees som et perspektiv for å forstå avhandlingens bakgrunn, prosess og funn.

Thorne et al. (2002) peker på at det ikke bare er forskerens forforståelse som kan påvirke et prosjekt og viser til ulike måter historisk kontekst, disiplin, teoretisk orientering og metode kan forme en studie. Selv om humanvitenskap har vært med meg fra starten har avhandlingens teoretiske perspektiv, i likhet med de fleste prosjekter, blitt utviklet underveis i samspill mellom datainnsamling og analyse, og mellom problemstilling og materiale. Den omfatter tradisjoner, begreper, teorier og modeller som brukes for å forstå meningen og strukturere forståelsen av materialet og funn (Malterud, 2011). Avhandlingen beveger seg innenfor det som kan betegnes som den Nordiske tradisjonen av Caring Sciences (NCS) (Arman et al., 2015), som er grunnlagt i den humanistiske vitenskapens bilde av mennesket og verden (Eriksson, 2001). NCS kan være gyldig for alle profesjonelle omsorgsyрker og er ingen enhetlig og tydelig avgrenset teori, men en tradisjon med teoretiske bidrag fra bl.a. Kari Martinsen, Katie Eriksson og Karin Dahlberg (Bondas, 2013, Delmar, 2013, Kirkevold, 2013, Arman et al., 2015). Jeg velger her å reflektere over sentrale

forståelser innen denne tradisjonen, som jeg mener er aktuelle for avhandlingen og som utgjør deler av min forståelseshorisont. Der begrepet *caregiver* i NCS benyttes for å beskrive den profesjonelle omsorgsgiveren, velger jeg å bruke begrepet *sykepleier* da mitt fokus er på sykepleieprofesjon.

### **3.1 FORSTÅELSER OM MENNESKET OG VIRKELIGHETEN**

Som sykepleier er jeg sosialisert inn i fagets idealer, teorier, normer og verdier. Jeg er opptatt av å balansere naturvitenskapelig kunnskap med humanistiske fag og perspektiver som er en stor del av sykepleieres utdanning, og som jeg bærer med meg. I humanistiske perspektiver skal profesjonell sykepleiepraksis utøves i respekt for, og i en opplyst solidaritet med pasienten som et levende, kulturelt situert menneske. Humanisme forstås som noe som skal være, noe som skal oppdages i seg selv, noe som skal inngå i, og gi form til sykepleierens blikk og handlinger, og inngå i pasientkonteksten (Wackerhausen, 2002).

Hva det betyr å være menneske (menneskelig eksistens) er et betydningsfullt tema i NCS hvor bl.a. fri vilje, sårbarhet, dødelighet, tillit, medfølelse barmhjertighet, kjærlighet og lidelse forstås som universelle fenomener som er innebygd i menneskets essens (Eriksson, 2002, Martinsen, 2005, Dahlberg & Segesten, 2010). Pasienten forstås som et lidende medmenneske som sykepleieren kan gi omsorg til, og forsøke å lindre lidelse (Dahlberg, 2002, Eriksson, 2010). Individets opplevelser er subjektive og kan aldri begripes eller tolkes fullt ut av andre (Eriksson, 1995). Helhetsperspektivet på mennesket er helt sentralt og innebærer at mennesket må forstås som en udelelig enhet med flere dimensjoner. Der Martinsen (2005) omtaler dimensjoner som *kropp* og *sjel*, legger Eriksson (1995) til dimensjonen *ånd*. Etter min forståelse er den kategoriseringen av menneskelige dimensjoner ikke

er tilstrekkelig for å forstå det komplekse mennesket. Jeg oppfatter mennesket som en enhet med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner. I min forståelse betegner åndelighet en søken etter noe som er større enn en selv, enten det er religion, kultur, håp, natur e.l. I likhet med Martinsen mener jeg at mennesket ikke kan løsrides fra sitt miljø (Alvsvåg, 2014), og i så måte kan mennesket også forstås å ha en kulturell dimensjon. En helhetlig menneskeforståelse innebærer at sykepleie og omsorg ikke bare kan ivareta en av disse dimensjonene, men må ivareta alle.

### **3.2 FORSTÅELSER AV HELSE OG LIDELSE**

Verdens helseorganisasjon definerer helse som en tilstand av fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller skrøpeligheit (WHO, 1948). Ett av de tidlige og viktige prosjektene innen NCS var *Den flerdimensjonale helsen* ved Åbo Akademi, og den forskningen som fulgte om helse og relasjonen til lidelse som begreper og erfaringer. Opplevelsen av helse er relativ og ikke avhengig av sykdom eller diagnose (Eriksson, 1995). For mange er fravær fra sykdom helt urealistisk, og helse har mange dimensjoner som innebærer at det betyr ulike ting for ulike mennesker og varierer over tid. Å forstå helse fra et salutogent perspektiv er sentralt i NCS (Arman et al., 2015). Heller enn å utforske faktorer som fører til sykdom, søker man etter faktorer som fremmer helse og velvære (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Eriksson (2010) har fremhevet lidelse som et nøkkelbegrep i NCS og peker på tre former for lidelse. Livslidelse er lidelse som følge av det å leve og kan knyttes til tidligere opplevelser og belastninger. Sykdomslidelse forårsakes av sykdom, smerte og følelser av skam eller skyld. Omsorgslidelse er forårsaket av omsorg, pleie og behandling. Lidelse forstås som en naturlig del av pasientens helse, og helse er derfor ikke det



samme som fravær av lidelse. Mennesket kan oppleve helse og velvære til tross for lidelse, og dermed kan helse og uhelse eksistere side ved side (Wiklund, 2003, Eriksson, 2010, Dahlberg & Segesten, 2010). Dahlberg et al. (2003) påpeker at omsorgens hensikt er å lindre lidelse og finne veier til å muliggjøre velvære.

### **3.3 FORSTÅELSER AV SYKEPLEIE OG OMSORG**

Det finnes ingen enhetlig standard innen sykepleievitenskap, men et av fellestrekkene ved mange sykepleieteorier kan summeres i konseptet *omsorg*, som gjerne betraktes som det ontologiske grunnlaget og fokuset for sykepleie (Benner & Wrubel, 1989, Eriksson, 1995, Bondas, 2003, Martinsen, 2003b, Dahlberg & Segesten, 2010). Omsorg er menneskelig og forstås som den grunnleggende ideen for alle helseprofesjoner (Eriksson, 1995, Martinsen, 2003b). Omsorg er fundert på ideen om *caritas* (kjærlighets- og barmhjertighetstanken) som speiler menneskets grunnverdier (Eriksson, 2002), noe som innebærer at omsorg (og sykepleie) er mer enn bare å utføre riktige oppgaver. Sykepleiens mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger, ut fra en faglig vurdering av hva som er til pasientens beste (Martinsen, 2003b).

I NCS forstås omsorg som etisk, naturlig og en forutsetning for menneskets eksistens. Etikken i omsorgen er overordnet og viser seg i måten omsorgsarbeidet utføres. Den ontologiske dimensjonen av omsorg er kontekstløs, altså felles for alle mennesker og kulturer (Martinsen, 2003a, 2005). Omsorg er en pågående handling og tilstand som kan uttrykkes på mange måter (f.eks. gjennom respekt, moral og ansvarlighet), men kulturen påvirker hvilke deler som vektlegges. Omsorgens grunnleggende hensikt er å

støtte og fremheve menneskets helseprosesser og lindre lidelse. Pasienten er omsorgens fokus og dermed kan man ikke se bort fra pasientens livsverden (verden slik den erfares) og livssituasjon. God omsorg beskrives som noe som inkluderer pleiende møter, omsorgsfulle samtaler og en omsorgsfull tilstedeværelse (Dahlberg & Segesten, 2010, Arman et al., 2015).

Selv om omsorg på mange måter er essensen av sykepleie (Leininger & McFarland, 2002) kan det å definere sykepleie via omsorg potensielt begrense profesjonell sykepleie til å være synonymt med omsorg, og ingenting mer (Sargent, 2012). Jeg forstår omsorg som en helt essensiell komponent og drivkraft i sykepleie, men at sykepleie også består av bl.a. teoretisk kunnskap, klinisk blikk, praktiske ferdigheter, skjønn, handlingsberedskap og organisatorisk kompetanse (Eriksson, 1995, Benner, 2000, Martinsen, 2003b, Orvik, 2015).

### **3.4 FORSTÅELSER AV SYKEPLEIER-PASIENT RELASJONER**

Omsorgens fundamentale betydning er ifølge Martinsen (2003b) bundet i at det mest grunnleggende i menneskers tilværelse er at de er avhengige av hverandre. Avhengigheten trer tydelig fram ved sykdom og lidelse, og fordrer et motsvar som da er omsorg. Sykepleier-pasient relasjoner bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet, og i SPR forplikter sykepleieren seg til å gi den hjelpen pasienten trenger ut fra situasjonen. Omsorg er en del av SPR, og handler altså om å knytte bånd og bygge relasjoner hvor likeverdighet er sentralt (Eriksson, 1995, Martinsen, 2003b).

SPR beskrives som etisk, og viktig for mestring og helbredelse (Kasén, 2002, Martinsen, 2003b). Det er sykepleiernes måte å opptre på, heller enn deres praktiske handlinger, som oppleves som viktig (Holopainen et al., 2014).

Eriksson (1995, 2001) refererer til relasjoner som selve substansen av caring science, hvor hensikten er å lindre pasientens lidelse, samt støtte helse og velvære. Pleie som ikke bygger på en relasjon er ifølge Eriksson (2014) redusert til å kun utføre en rekke handlinger. Når SPR støtter pasientens helseprosesser (forstått som pasientens vei mot opplevelse av helse) oppfattes den som omsorgsfull (Dahlberg & Segesten, 2010). I en omsorgsfull relasjon kan kropp, sjel og ånd berøres og gjennom denne berøringen formes mennesket. Kaséns (1996) begrepsanalyse av vårdrelasjonen viser til fire ulike dimensjoner i relasjonen. Relasjonen som et *forhold* bundet av tid og kontekst. Den oppstår som følge av et omsorgsbehov hos pasienten og er derfor asymmetrisk. Det foreligger en forpliktelse om pleie/omsorg i relasjonen, og gjennom omsorgsfulle handlinger vokser det et fellesskap, eller *forbindelse* frem i relasjonen. Innholdet i relasjonen formes av pasientens *historie* som pleieren blir delaktig i. Til sist kan kropp, sjel og ånd *berøres* i relasjonen og dermed formes mennesket (ibid, s.181).

### **3.5 FORSKNING PÅ FELTET**

I dette kapittelet vil jeg kort redegjøre for relevant tidligere forskning. Jeg begrenser litteraturgjennomgangen til aspekter med særlig relevans for denne studien, og har fokusert på forskning på SPR i hjemmesykepleie og hvordan betingelser for sykepleiepraksis påvirkes av ekstern styring, effektivisering og organisering av sykepleieres arbeid i hjemmetjeneste, samt sykepleiere og pasienters opplevelser av disse. Kapittelet er todelt da jeg ikke har lyktes i å finne studier som har kombinert disse to områdene, altså studier som undersøker SPR i hjemmesykepleie, med blick på betydningen av hvordan praksis organiseres.

I mine litteratursøk har jeg benyttet følgende fem databaser med fagfellevurdert litteratur som jeg anså som relevante for sykepleieforskning: Google Scholar, Wiley Online Library, PubMed, CINAHL og Scopus. Søkeordene jeg benyttet vises Tabell 1. For å maksimere deknningen av søkene benyttet jeg det Sandelowski & Barroso (2007) refererer til som *bærplukkerstrategien*. Det betyr at jeg ikke låste meg til strukturerte, systematiske søk, men også lette igjennom mastergradsoppgaver, ph.d. avhandlinger og artiklers litteraturlister på jakt etter studier som kunne være relevante (ibid).

**Tabell 1. Søkeord.**

#1 (nurse-patient relations OR nurse-patient relationships OR client-nurse relationships)
#2 (home health care OR home care OR community care)
#3 (organizational context OR new public management OR NPM)
#4 (nursing OR nurse OR nursing practice)
#5 Kombinasjoner av #1 and #2 and #3 and #4.

Litteraturgjennomgangen synliggjør at denne avhandlingen yter signifikante bidrag til den eksisterende forskningsbasen på flere måter. For det første på grunn av at det finnes relativt lite forskning om SPR i hjemmesykepleie som kontekst og enda mindre om konkrete organisatoriske utfordringer som følge av NPM. Videre finner jeg at kombinasjonen av pasientperspektiv og sykepleieperspektiv er uvanlig. Det kan bunne i at ulike perspektiver kan være vanskelig å forene, samtidig vil jeg hevde at denne kombinasjonen er viktig dersom man skal oppnå helhetlig kunnskap om sykepleier-pasient relasjoner.

### **3.5.1 Forskning på sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleie**

Som nevnt synes SPR å være vanskelig å definere og mye av forskningen fokuserer på elementer som kjennetegner SPR heller enn SPR som helhet. Det

forsøkes gjerne å få en forståelse av SPR fra enten sykepleier eller pasientens perspektiv, sjeldent begge. Jeg har tidligere redegjort for deler av forskningsfeltet som fokuserer på kjennetegn ved SPR, og jeg gjentar det derfor ikke her. Litteratursøk viser at mange sykepleieforskere har stilt spørsmål om SPR, og mengden av litteratur og forskning som er viet relasjonen fremhever dens betydning for faget. Særlig har SPR vært undersøkt i spesialisthelsetjenesten, mens forskning fra kommunehelsetjenesten er relativt underrepresentert. Tidligere studier på SPR har bl.a. hatt til hensikt å beskrive relasjonen i sin helhet (Kasén, 1996), relasjonens faser (Peplau, 2004), å undersøke ulike typer relasjoner (Morse, 1991), forstå relasjonens essens (Holopainen et al., 2014) eller SPRs betydning i skandinavisk kontekst (Uhrenfeldt L. et al., 2018).

Forskningen på SPR i hjemmesykepleie har gjerne fokus på aspekter av SPR i relasjon til palliativ omsorg (Mok & Chiu, 2004, Stajduhar et al., 2011), eller relasjoner mellom sykepleiere, pårørende og pasienter. Mange pasienter som mottar hjemmesykepleie har sterke pårørende som er tungt involvert i deres pleie (Ward-Griffin, 2001, Lindahl et al., 2010). Kontekst er en viktig determinator for kvaliteten i SPR (Wiechula et al., 2016). Jeg har forsøkt å finne studier som undersøker SPR i hjemmesykepleie kontekst, men beskrivelser fra hjemmesykepleie og relasjonsstudier med fokus ut over bare samspillet mellom sykepleier og pasient er sjeldent. Hjemmesykepleie er komplekst siden sykepleieren arbeider i pasientens hjem som preges av pasientens verdier, vaner og kultur. Å motta pleie hjemme er annerledes enn å være på institusjon, og Lindahl et al. (2010) påpeker at hjemmets betydning som privat område endres når sykepleier kommer på besøk.

I sin etnografiske studie undersøkte McGarry (2009, 2010) SPRs natur i hjemmesykepleie og fant at SPR spilte en sentral rolle i både sykepleiere og

pasienters opplevelse og oppfattelse av omsorgen og pleiens kvalitet. McGarry viser til at konseptet *hjem* har både geografiske og metaforiske betydninger for sykepleiere og pasienter. Det refererer til en tilhørighet, en personlig identitet hos pasienten. I hjemmet er det sykepleieren som er gjest, og hjemmet gir pasienten en økt følelse av selvstendighet og autonomi i beslutninger som gjelder egen pleie. Hjemmet som kontekst gjør det også vanskelig for sykepleiere å ha helt klare grenser mellom personlig og profesjonell. Derfor omtales SPR gjerne i retning mot at sykepleieren er en del av familien (McGarry, 2009, 2010, Corbett & Williams, 2014).

Birkeland (2013) viser til at hjemmeboende pasienter overlates til seg selv store deler av døgnet og at mange opplever å være isolert og ensomme. Dette skyldes ofte sviktende helse og tap av ektefelle og andre nære pårørende (Savikko et al., 2005). SPR fremheves derfor av mange som spesielt viktig i hjemmesykepleie, da sykepleierne kan være de eneste menneskene pasienten møter i hverdagen. SPR i hjemmesykepleien omtales stadig som profesjonelle vennskap, noe som også fremheves som en viktig del av den profesjonelle relasjonen i denne konteksten (Mok & Chiu, 2004, McGarry, 2009, 2010, Lindahl et al., 2010, Wälivaara et al., 2013). Om vennskap er et fruktbart begrep i profesjonell sammenheng kan diskuteres da en vennskapelig relasjon fordrer noe annet enn en profesjonell, hvor sykepleieren har taushetsplikt og ansvar for pleie og behandling. Ifølge McGarry (2010) eksisterer SPR på flere nivåer, både profesjonelle og mer personlige relasjoner. Selv om et hjemmebesøk inneholder kliniske elementer er både sykepleier og pasient engasjert i mange ulike elementer i det sosiale relasjonen og det er vanskelig å splitte rene sykepleieoppgaver fra pasientens øvrige liv og situasjoner (ibid).

Flere studier påpeker at sykepleiere bevisst utvikler SPR for å få kunnskap om pasientene slik at de kan tilrettelegge for individuell pleie (Wälivaara et al., 2013, Phelan & McCormack, 2016). Prosessen med å bli kjent med pasienten oppstår gjennom SPR, og Zolnierek (2014) peker på at det å kjenne pasienten påvirker sykepleierens evne til å gi omsorg og utvikle positive relasjoner. Selv om det å kjenne pasienten er et viktig konsept i sykepleie-litteratur (Wälivaara et al., 2013, Karlsson et al., 2014), kan ikke praksis alltid legge nødvendige forhold til rette for å støtte prosessen, særlig når det gjelder tidsmessige faktorer som tilgjengelighet, vedvarende kontakt, kontinuitet og konsistens (Zolnierek, 2014). Selv om SPR fremheves som et fundament for sykepleie er det veldokumentert at det eksisterer utfordringer når sykepleieren ikke møter pasientens appell om hjelp på en tilfredsstillende måte.

Ifølge Dale et. al. (2011) opplever pasienter at hjemmesykepleiernes omsorg er høy, men kontinuiteten er lav, sykepleierne har liten tid, gir lite informasjon og har lite tid til dialog med pasienter. Pasienter rapporterer om at de må forholde seg til mange ulike pleiere og de ønsker at sykepleierne kan tilbringe mer tid i deres hjem (Gjevjon, 2014). Pasienter opplever utfordringer i SPR når sykepleierne bare gjør det mest nødvendige og når pasienten føler seg som en byrde (Delmar, 2008). Sykepleiere kan på sin side oppleve hjelpeløshet, redusert velvære, stress og utbrenthet når de møter utfordringer knyttet til pasienten (Juthberg, 2008, Nortvedt et al., 2011). Behovene hjemmesykepleien i dag ivaretar handler ifølge Tønnessen og Nortvedt (2012) primært om å opprettholde basale livsfunksjoner og sykepleiernes mulighet til å vurdere og ivareta pasientenes behov ut fra en helhetlig tilnærming er begrenset (Tønnessen et al., 2011).

### **3.5.2 NPM virkninger på sykepleiepraksis og sykepleier-pasient relasjoner**

Gjennomgang av forskning viser at virkningene av NPM og nedskjæringer av velferdstjenester på pasienter og pårørende er betydelig dokumentert og mye diskutert i sykepleielitteratur og forskning. Majoriteten av studiene fremstår å primært være utført av sykepleierforskere, og synes hovedsakelig negative til utviklingen. Sykepleiere har identifisert en rekke eksempler hvor slike kutt har hatt negativ virkning for pasientene (Ceci, 2006, Aronson, 2006, Bjornsdottir, 2009, Krol & Lavoie, 2014).

Virkninger av NPM på ledere og saksbehandlere som spiller en nøkkelrolle i hjemmetjenesten, adresseres hyppig. Disse er i en spesielt vanskelig situasjon fordi de fatter beslutninger om bruk av begrensede ressurser, basert på regler som de ikke har kontroll over. Dette skaper frustrasjon, sinne og redusert engasjement (Gallagher et al., 2002, Ceci, 2006, Bjornsdottir, 2009, Newman & Lawler, 2009). Ledere fremheves som viktig for sykepleieres trivsel og pasienters helse, og forskning peker på at ulike ledelsesstiler direkte påvirker pasienttilfredshet, pasientdødelighet og pasient-sikkerhet, hvor særlig relasjonsbasert ledelse (kjennetegnet av tillit og samarbeid) påvirker positivt (Bondas, 2003, Wong et al., 2013). NPM har utfordret det direkte pasient-fokuset som mellomledere i hjemmetjenesten tradisjonelt har hatt (Aaltvedt et al., 2017).

Forskning på konsekvensene av overgangen fra tradisjonell offentlig administrasjon til NPM antyder at en slik endring innebærer økt arbeidsbelastning og tidspress på helsepersonell som er nærmest pasienten (Trygstad, 2009, Tønnessen et al., 2011, Martinsen et al., 2018). Ansatte i helse- og omsorgstjenesten erfarer et stort press på grunn av høye krav til hva som skal ytes og økt markedsøkonomisk tenkning (Lund & Riis, 2003, Gardner, 2008). For



sykepleiere betyr dette blant annet økte pasient-ansatte forholdstall, mindre tid til samtaler og veiledning, travelhet, moralsk stress, redusert trivsel, mindre fleksibilitet i å møte pasientens behov og høy turnover (Vabø, 2007, Selberg, 2013, Debesay et al., 2014, Mills & Werhane, 2015). Tidspresset oppleves som en byrde på SPR (Uhrenfeldt & Hall, 2015). Rapporter viser at etter samhandlingsreformen skrives flere pasienter ut fra sykehus tidligere og de er sykere enn før. Kommunene sender dem til hjemmesykepleien som føler at tidspresset øker (Gautun & Syse, 2013, Sæterstrand et al., 2015, Norheim & Thoresen, 2015) og Norheim & Thoresen (2015) peker på at kompetansen i hjemmesykepleien må styrkes. Holm et al. (2017) fant at kommuner mangler systemer for å revidere pasienters vedtak, noe som medfører urettferdig fordeling av hjemmetjenester.

Manglende ressurser kompenseres for ved å rasjonere tjenester; altså å senke kvaliteten og å velge bort oppgaver. Dette fører til at sykepleiere fokuserer på biomedisinske og kliniske prosedyrer, med mindre fokus på pasientens grunnleggende behov (Varcoe et al., 2004, Nortvedt et al., 2008, Papastavrou et al., 2014, Eilertsen & Kiik, 2016). Rasjonering av omsorg truer ifølge Tønnessen et al. (2011) viktige verdier i SPR, spesielt verdien av individualisert og inkluderende hjemmesykepleie. Innføring av vedtaksbasert omsorg, som hadde til hensikt å styrke pasienters rettigheter for å sikre tilfredsstillende tjenester, synes ifølge Tønnessen et al. (2011) heller å begrense sykepleiernes muligheter til å møte pasientenes unike behov i situasjonen, og studier viser at omsorgsoppgaver forblir ugjort (Willis et al., 2017, Phelan et al., 2018a). Kravet om forutsigbarhet gjennom at alle aktiviteter skal planlegges begrenser sykepleieres beslutningsmuligheter (Berggren & Carlström, 2010). Sykepleiere beskriver selv hvordan åndelige og psykososiale behov hos

pasienten nedprioriteres (Nortvedt et al., 2008, Birkeland, 2013), og verdier som; ærlighet og integritet, empati, skjønn, grundighet, åpenhet og kritisk tenkning angis som vanskelig å fastholde (Gardner, 2008). Også Kleiven et al. (2016) påpeker at ytre krav og rammer gir tradisjonelle sykepleieverdier trangere kår, og at sykepleiere prioriterer oppgaver de blir målt og kontrollert på, mens psykososiale behov og aktivitet nedprioriteres. Begrenset tid til samtaler og hjelp til dagliglivets aktiviteter fører til misnøye blant sykepleiere (Debesay et al., 2014). Ifølge Berggren & Carlström (2010) opplever sykepleiere at der de prioriterer omsorg og medisinsk behandling, prioriterer ledelsen organisatoriske aspekter som dokumentasjon og administrasjon.

Økende skyldfølelse for å ikke kunne dekke alle pasientenes behov kan ifølge Lopez (2006) føre til at sykepleiere distanserer seg fra pasientene. Ingestad (2010) fant i sin studie at sykepleiere benyttet to mestringsstrategier i kampen mellom profesjonsmål og produksjonskrav. Noen sykepleiere forsøker å leve opp til profesjonens høye etiske standarder ved å jobbe overtid og gjennom pauser, mens andre aksepterer at begrensede ressurser reduserer deres muligheter til å leve opp til idealet for sykepleie og dermed godtar de at kvaliteten på deres arbeid blir redusert (ibid).

Tidligere forskning fokuserer i stor grad på uheldige konsekvenser av NPM, og det synes å være færre studier som synliggjør konkret hva endringene består i. Fra tidligere forskning vet vi altså hvordan *betingelsene* for sykepleiepraksis og dermed også for profesjonelle relasjoner, endres i lys av NPM-inspirerte strukturelle forandringer. Vi har derimot lite kunnskap om forståelser av og praksiser tilknyttet SPR i dagens hjemmesykepleiekontekst.

## **4. HENSIKT, FORSKNINGSSPØRSMÅL OG DESIGN**

Fra tidlig i prosjektet har fokuset vært å utforske og få økt forståelse for SPR i en tid av NPM, i norsk hjemmesykepleie. Det innebærer bl.a. å forstå hva SPR betyr for sykepleiere og pasienter, hvordan de opplever relasjonene, hvordan SPR utspiller seg, hvorfor det er sånn og hva som fremmer og hemmer SPR i denne konteksten. SPR er fokus i prosjektet, med NPM som bakgrunn.

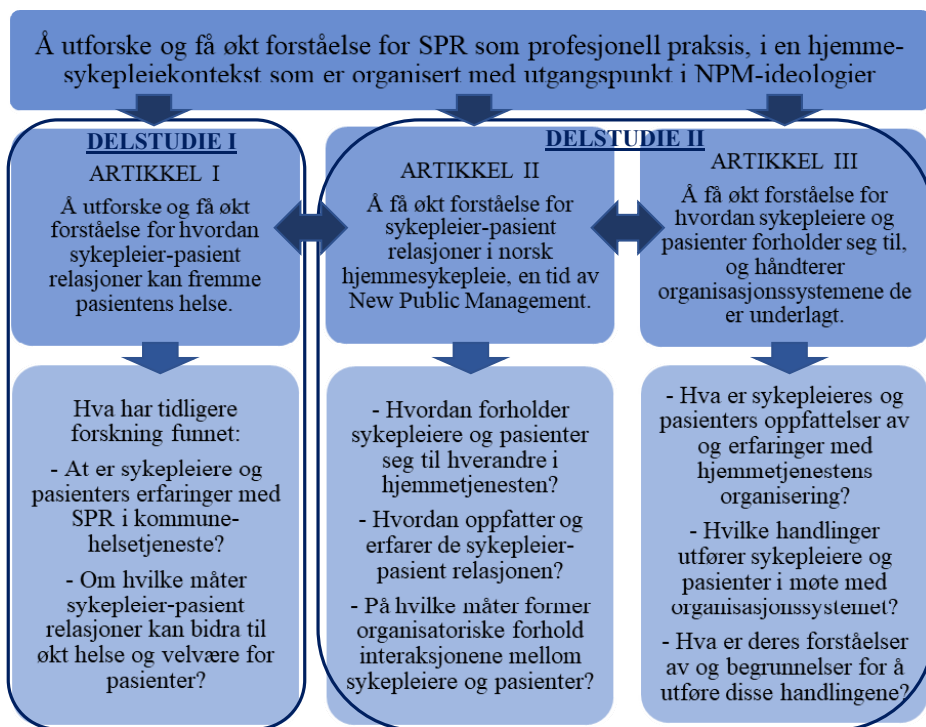
### **4.1 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL**

SPR fremheves ofte som fundamental i sykepleie og som avgjørende for pasientens helse (Peplau, 2004, Dinç & Gastmans, 2013, Alvsvåg, 2014). Selv om primærstudier har rapportert at SPR i kommunehelsetjenesten har helsefremmende potensiale, har kunnskapen ikke tidligere blitt syntetisert og til tross for grundige litteratursøk fant jeg ingen studier som spesifikt fokuserte på hvordan SPR påvirker pasienters helse i hjemmesykepleie. Som bakgrunn for delstudie II (den empiriske studien) valgte jeg derfor å gjennomføre en metaetnografi (ME) i delstudie I for å utforske om, og i så fall hvordan, SPR kan fremme pasientens helse. Jeg valgte å inkludere internasjonale studier helt uavhengig av NPM som kontekst, da det ikke var et mål å undersøke SPRs helsefremmende effekter i relasjon til en konkret måte å organisere sykepleiernes arbeid. Hensikten var heller å få en bred forståelse av temaet.

I NCS-forskning er målet ofte å bedre forstå aspekter av helse og omsorg, altså hvordan omsorg virker, og om det forbedrer helse og velvære (Dahlberg, 2018). SPR kan forstås som en faktor som beskytter og vedlikeholder helse, og

er derfor viktig å granske. Det jeg i delstudie II ville utforske var den praktiske realiteten i hjemmesykepleien. Det er SPR som profesjonell praksis som er mitt forskningsobjekt, og jeg søker etter kulturelle mønstre av hvordan SPR erfares og praktiseres. Se figur 1.

**Figur 1. Avhandlingens overordnede hensikt, artiklenes hensikter og forskningsspørsmål.**



Mine forskningsspørsmål ble presisert gjennom en interaktiv prosess under datasamling og analyse, noe Maxwell (2013) påpeker at er vanlig i kvalitativ forskning. Praktiske og mer verdimessige aspekter er knyttet til intensjonene for studien og hvorfor den er viktig, og er ikke innbakt i forskningsspørsmålene.

Hensikten i artikkel III oppstod som følge av observasjoner jeg gjorde i feltet, hvor sykepleiere synes å ha utviklet ulike teknikker for trikse med tidtakeren til vedtakene slik at de stod mer fritt til å disponere tiden slik de selv så best. Jeg ønsket å få mer kunnskap om, forstå og finne forklaringer på dette fenomenet, og fulgte det bl.a. opp i intervjuene.

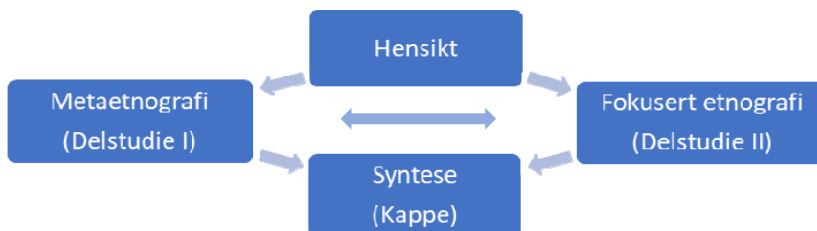
Avhandlingens overordnede hensikt reflekterer min vitenskapsteoretiske forståelseshorisont og peker mot hvordan kunnskapsinnhenting skal foregå. Jeg har tidligere vist til eksisterende kunnskapshull når det kommer til SPR i moderne hjemmesykepleie, og henvist til en rekke utsagn som at SPR kjenne-tegnes av omsorg, tillit, nærhet osv. Spørsmål om slike utsagn om SPR er sanne i dagens praksis er faktuelle utsagn, altså noe man ikke kan vite uavhengig av erfaringen. Det som avgjør om et utsagn om SPR er sant eller falsk, er SPR selv slik den fremtrer i den empiriske virkeligheten (Wackerhausen, 2017a).

Kunnskap om SPR vil kunne bidra til økt refleksjon og bevissthet om relasjonenes plass i moderne hjemmesykepleie. Ved å påvise omsorgens betingelser i nåværende hjemmetjeneste vil man også påvise hva som skal være til stede for at helhetlig omsorg skal kunne ivaretas. Studien kan i så måte kaste lys over hvilke forutsetninger som skal til for å lage en kvalifisert helse- og omsorgstjeneste. Resultater fra studien vil kunne legge grunnlag for videre prosesser i utvikling og endring av sykepleiepraksis. Siden SPR er et fundament i sykepleie kan kunnskap om relasjonene i dagens hjemmesykepleie hjelpe oss å forstå sykepleie som profesjon bedre. Kunnskapen fra denne avhandlingen kan gi muligheter for å forbedre vilkårene for praksis og dermed også sykepleie til pasientene (Bondas, 2003). Forskningen er i denne sammenhengen på sykepleieprofesjonen, men generell utvikling gjør at forskningen kan ha relevans ut over denne profesjonen og den nasjonale norske konteksten.

## 4.1 FORSKNINGSDSIGN

Jeg mener at komplekse og sammensatte fenomener som SPR epistemologisk ikke kan reduseres til målbare enheter og derfor ikke kan tvinges inn i spørreskjema. Det metodologiske designet er derfor kvalitativt og induktivt. Kvalitativ forskning assosieres med konstruktivistisk paradigme som innebærer en oppfattelse av at virkeligheten eksisterer i en kontekst og kan forstås på flere måter, hvor jeg altså søker å forstå disse ulike subjektivitetene. Innen konstruktivisme antar man videre at kunnskap økes når det er minst mulig avstand mellom forskeren og deltakerne, og funnene er et produkt av denne interaksjonen (Polit & Beck, 2012). Jeg anser etnografi som en egnet tilnærming og søker innsikt i SPR som kulturelt fenomen for å få en forståelse utover den ensidige opplevelsen av relasjonene man kan få tak i gjennom enkelte intervjuer med enten sykepleier eller pasienter. I delstudie I og kappesyntesen har jeg valgt å benytte Noblit og Hares (1988) ME-syntese da metoden muliggjør syntetisering av tidligere forskning, har samme epistemologiske utgangspunkt som etnografi og designmessig følger delstudie II som er en fokusert etnografi (FE). Funn fra artiklene syntetiseres i kappen for å løfte perspektivet til et mer abstrakt nivå. Se figur 2.

**Figur 2. Sammenheng mellom hensikt, delstudier og syntese.**

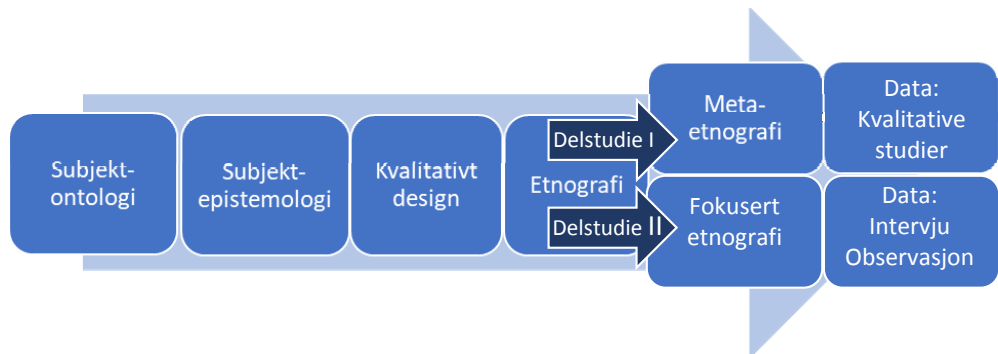


For å oppnå forståelse og kunnskap med tilstrekkelig dybde og bredde konstruerte jeg et omfattende spørsmålshierarki hvor jeg satte opp alle underspørsmål som jeg mente var nødvendig å få svar på for å besvare hensikten (Wackerhausen, 2017a). Jeg identifiserte tre perspektiver som jeg mente det var nødvendig å få innsikt i, for å få en rik forståelse av SPR i HSK i delstudie II. Perspektivene innbefatter både hjemmeboende pasienter som får hjelp fra hjemmesykepleiere (*emic*), sykepleiere som har erfaring med å utøve omsorg til den pasientgruppen (*emic*) og perspektivet jeg som forsker oppnår gjennom deltakende observasjoner (*etic*). I etnografi refererer *emic* og *etic* til to former for perspektiver som samles. *Emic* er perspektivet til deltagere innen den sosiale gruppen, en innsidestør forståelse. *Etic* er perspektivet til observatøren eller forskeren, et utsidestør perspektiv (Roper & Shapira, 2000). Ved å undersøke ulike opplevelser og erfaringer med SPR er det mulig å se hva de erfarer som likt vs. ulikt, og om det er samsvar mellom oppfatninger og praksiser. Mitt fokus er allikevel på sykepleierne, men det er ikke *profesjonen* sykepleie som studeres, men profesjonsutøvelsen innenfor en bestemt praksis og en konkret kontekst. Det kunne også vært relevant å inkludere pårørendes perspektiv, kanskje også annet helsepersonells perspektiv (lege, helsefagarbeider) i en slik studie, men det er ikke fokus i min avhandling.

I figur 3 har jeg forsøkt å rent visuelt synliggjøre koherensen i avhandlingens forskningsdesign. Subjektontologi refererer her til forståelsen at en verden av fenomener som ikke kan eksistere uavhengig av mennesker, i at de enten er skapt av mennesker eller eksisterer gjennom menneskets bevissthet om, og fortolkning av dem (Ekeland, 2014). Subjektontologi/-epistemologi og kvalitativ metodologi kan avdekke sammenhenger og forklaringer omkring hvordan ulike hendelser og kulturelle/sosiale mønstre

utvikler seg i en sosial kontekst, både på mikro-, makro-, mega- og giganivå (Wackerhausen, 2002, Van de Ven, 2007).

**Figur 3. Koherens i forskningsdesign**



Jeg ser på sykepleierne og pasientene som eksperter på sine felt og anser deres erfaringer som gyldig kunnskap. Sykepleiere og pasienter opplever og fortolker sine erfaringer i praksis fra ulike perspektiv. Jeg forstår ikke deres fortolkninger, beskrivelser og praksiser som objektiv kunnskap, men gjennom sine daglige praksiser lærer de bestemte måter å tenke, reflektere og handle på som er tilpasset hjemmesykepleiens kontekst, utfordringer og muligheter. Ved å intervju og observere dem får jeg tilgang på kunnskap som bygger på deres tidligere erfaringer og kunnskap, blandet med kunnskap og erfaring de erverver i de konkrete situasjonene i praksis, og ved refleksjoner etterpå. Jeg mener også at det kan finnes kulturelle praksiser og overbevisninger i en gitt kontekst, og gjennom en form for intersubjektivitet kan jeg bedre forstå deres praksiser.



## **5. METODOLOGI OG FORSKNINGSMETODE**

I det foregående har jeg bl.a. synliggjort opprinnelsen og grunnlaget for de metodene jeg har valgt å benytte. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for mine metodologiske og forskningsmetodiske valg i prosjektet, beskrive design, datainnsamling og analyse, og reflektere rundt hvilken type kunnskap funnene bygger på og hvordan det henger sammen med metodologi. Overordnet tilnærmingen er etnografi, med utgangspunkt i Roper og Shapiras (2000) tolkning av etnografi i sykepleie. Tilnærmingen kan bidra til ny kunnskap om SPR gjennom en helhetlig forståelse av SPR, HSK, de kulturelle medlemmene og deres ritualer, ideer og normer. Arbeidet med delstudiene har foregått parallelt og analyse og funn fra de ulike delstudiene kan ha påvirket min forståelseshorisont i videre arbeid. Kappen skal kunne leses og forstås uavhengig av artiklene og derfor gjengir jeg, utdyper og reflekterer rundt momenter som allerede er nevnt i artiklene. Framgangsmåter i datasamling og analyse i de to delstudiene presenteres hver for seg, og til slutt redegjør jeg for syntesen av avhandlingens tre artikler som utgjør denne kappens resultatdel.

### **5.1 ETNOGRAFI**

Mine metodevalg bunner i intensjonen om å forstå SPR som profesjonell praksis i en bestemt kontekst. Siden jeg søker kunnskap om mennesker i deres setting, deres tanker, verdier og overbevisninger, om hva de gjør og hvorfor de gjør det, anser jeg etnografisk metode som et hensiktsmessig redskap for å få svar på mine forskningsspørsmål. Etnografi er studiet av sosiale interaksjoner,

atferd og oppfatninger som oppstår i grupper, organisasjoner og lokalsamfunn (Atkinson, 2007, Reeves et al., 2008), og utforsker hvordan kulturell kunnskap er tilstede i deltakernes hverdagsrutiner, bruk av artefakter og kulturell forståelse (Holloway, 2005, Schein, 2010). Ved å undersøke hvordan deltakerne snakker om SPR, om hverandre og hvordan de ter seg, kan ny kunnskap om SPR i hjemmesykepleie utvikles. Flere fag studerer samme forskningsfelt som etnografi, bl.a. sosiologi (hvor fokus primært er på gruppenivå og over) og psykologi (spesielt sosial-, gruppe- og organisasjonspsykologi). I disse fagene brukes også andre metoder. Etnografi i sykepleie er ikke sosiologisk interessert i å *beskrive* en kultur, men er mer interessert i å *forstå* den (Roper & Shapira, 2000). Som forskningsmetode er etnografi forankret i menneskelig vitenskap som bruker induktiv logikk for å avdekke mening (Van Manen, 1990). Metoden tillater undersøkelse av kulturen hvor sykepleierens og pasientens erfaringer oppstår. Kultur består av atferdsmønstre i en bestemt gruppe mennesker, deres vaner, ideer, overbevisninger og kunnskap. Å studere en kultur gir meg tilgang til å forstå mer om hva mennesker vet, tenker og gjør (Roper & Shapira, 2000). Omsorg er en integrert og essensiell del av en gitt kultur. I avhandlingen vil jeg fremheve observerte kulturelle mønstre og synliggjøre hvordan HSK kan påvirke SPR gjennom praksiser, meninger, verdier og overbevisninger som er dypt fundert i kulturen.

Etnografisk analyse avhenger av empiriske førstehåndserfaringer som samles inn ved deltakende observasjon, feltnotater og intervjuer. Gjennom detaljerte observasjoner og intervjuer vil jeg forsøke å gi en rik, helhetlig innsikt i menneskenes synspunkter og handlinger, samt beskrivelser av stedet de oppholder seg på. Som en kvalitativ undersøkelsesmetode gir etnografi en systematisk prosess for å avdekke og gjenkjenne menneskers atferdsmønstre

og de betydninger, verdier, normer og relasjoner knyttet til denne atferden, fra et personlig perspektiv med deltakernes egne stemmer (Spradley, 1979, 1980, Hammersley & Atkinson, 2007, Reeves et al., 2008).

## **5.2 DELSTUDIE I**

SPR fremheves som en av de viktigste elementene i omsorgsfull pleie og behandling (Alvsvåg, 2014, Molin et al., 2016), men til tross for omfattende litteratursøk kunne jeg ikke identifisere studier som spesifikt fokuserer på SPRs betydning for pasientens helse i kommunehelsetjenesten. Å påvise direkte eller målbare helseeffekter av SPR er utfordrende (om ikke umulig) da SPR er sammensatt, og ikke alle helseeffekter lar seg måle eller oppstår som en direkte konsekvens av SPR alene. For å avgjøre hvorvidt SPR fremdeles har noen funksjon og verdi i hjemmesykepleie vil det være hensiktsmessig å undersøke hvorvidt SPR har helsefremmende effekt, og på hvilke måter. Hensikten med delstudie I (artikkel I) var derfor å få økt forståelse for om, og i så fall hvordan SPR kan være helsefremmende. Siden det var vanskelig å oppdrive studier om temaet i denne konteksten, fremstod ME som en hensiktsmessig tilnærming da metoden gjør det mulig å ikke bare samle og oppsummere forskning, men også fortolke og syntetisere funn fra ulike studier med ulikt fokus. ME integrerer kvalitative funn om et bestemt tema, for å skape en forståelse av hva forskningen egentlig sier om temaet (Noblit & Hare, 1988, Sandelowski & Barroso, 2007).

### 5.2.1 Metaetnografi

Metaetnografi (ME) som ble utviklet av Noblit og Hare (1988), er grunnsteinen i metasynteser innen helsevitenskap og har lenge vært det vanligste metodologiske valget for sykepleieforskere. Metoden ble opprinnelig utviklet for å syntetisere etnografier, men muliggjør også grundige fortolkninger av enhver beskrivende eller fortolkende studie (Bondas & Hall, 2007b, France et al., 2015, France et al., 2019). ME er en syv-fasers kvalitativ syntesemetode hvor jeg har valgt ut, analysert og fortolket kvalitative studier gjennom en prosess hvor studiene oversettes inn i hverandre på en måte som gjør at det kan utvikles nye, integrerte og overordnede fortolkninger som gir utvidet forståelse av funn i empiriske studier. Målet er ny innsikt ut over de originale studiene, og ikke bare å samle inn og oppsummere aktuell forskning (Noblit & Hare, 1988, Sandelowski & Barroso, 2007, Bondas et al., 2013). Metoden er godt egnet for mitt prosjekt bl.a. fordi man i ME forsøker å finne svar på fokuserte spørsmål om et bestemt tema (Campbell et al., 2011).

Fasene i ME sammenfaller i stor grad med andre metasynteser, men skiller seg ut i antagelsene og prosedyrene som involveres. Utvalget av primærstudier er bl.a. hensiktsmessig valgt med hensyn til et interessedtema, heller enn å være uttømmende. Fortolkninger i primærstudiene behandles som data og studiene *oversettes* inn i hverandre i en idiomatisk prosess som fokuserer på å oversette meningen i studiene, heller enn ren språklig oversettelse (Noblit & Hare, 1988, Campbell et al., 2011). Noblit og Hare (1988) fremholder viktigheten av å være tro mot fortolkninger i de empiriske studiene. Min tilnærming involverer tre stadier som jeg vil redegjøre for under: systematisk litteratursøk, kvalitetsvurdering og syntese. På nyåret i 2019 ble det publisert retningslinjer for gjennomføring av metaetnografier (France et al.,

2019). For å kvalitetssikre eget arbeid har jeg retrospektivt kontrollert at avhandlingens metaetnografi er i samsvar med retningslinjene som nå er publisert, noe jeg mener at den er.

### **5.2.2 Systematiske litteratursøk**

Jeg startet arbeidet med å gjøre meg kjent med forskningsfeltet og gjorde flere fri-søk i ulike databaser bl.a. for å undersøke hvilke søkeord som kunne være hensiktsmessige. Jeg valgte å gjennomføre litteratursøket i fem databaser med fagfellevurdert forskning, som jeg vurderte relevante for sykepleieforskning: CINAHL, Google Scholar, Wiley Online Library, Scopus og Pubmed. Søket ble gjennomført uten begrensninger med hensyn til publikasjonsår da jeg oppfatter at SPRs helsefremmende potensiale kan eksistere uavhengig av tid og rom. Søket ble avsluttet i juli 2016. For å maksimere dekingen og øke studiens troverdighet gjennomførte jeg også manuelle søk og brukte *bærplukkerstrategien* slik Sandelowski og Barroso (2007) beskriver, som jeg tidligere har beskrevet. Titler, abstract og hele artikler ble vurdert ut ifra deres relevans i forhold til delstudiets hensikt. Fullstendig oversikt over søkestrategien (Vedlegg I) og flytdiagram for søk og inklusjon (Vedlegg J) er vedlagt.

#### *Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

Primærstudier ble kun inkludert i syntesen dersom de adresserte SPR fra sykepleier og/eller pasientperspektiv. Hensikten med å inkludere begge perspektivene var å få et helhetlig bilde av potensielle helsefremmende effekter av SPR. Inklusjon av begge perspektivene sammenfaller også med avhandlingens overordnede tilnærming. Alle inkluderte artikler måtte være

fagfelleverderte empiriske studier og deltakerne måtte være voksne. I utgangspunktet søkte jeg etter studier fra hjemmesykepleie, men da jeg fant få studier fra utelukkende denne settingen valgte jeg å inkludere studier fra flere områder i kommunehelsetjenesten (se tabell 1-3 i artikkel I for sammendrag av studiene). Studier fra andre settinger enn kommunehelsetjenesten (dvs. sykehus, psykiatri, pediatri og akutt setting) ble ekskludert. Jeg valgte å kun søke etter artikler publisert på engelsk for å minimere språklige bias og sikre at leseren selv kan vurdere funnenes gyldighet og pålitelighet ved å oppsøke primærartiklene. Studier ble ikke inkludert for å imøtekomme en bestemt metode, men de måtte ha kvalitativt design da jeg som nevnt ikke oppfatter SPR og dens helsefremmende potensiale som noe som på en fruktbar måte kan reduseres til tall. Tidligere ME har også inkludert primærartikler med ulike kvalitative metoder (Britten et al., 2002, Atkins et al., 2008, Bridges et al., 2013). Artikler med kvantitativt design, mixed-methods, diskusjonsartikler, review og metasynteser ble ekskludert. Inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble utviklet underveis og etter søket ble brukt retrospektivt.

### **5.2.3 Kvalitetsvurdering**

For å bedømme om primærstudiene jeg vurderte å inkludere hadde tilfredsstillende kvalitet valgte jeg å benytte Critical Appraisal Skills Program (CASP) kriterier for evaluering av kvalitativ forskning (CASP, 2013). CASP ble av Hannes et al. (2010) vurdert som noe mindre følsom for studiers gyldighet enn evalueringsverktøy for kvalitative studier (ETQS) (Long & Godfrey, 2004) og Joanna Briggs Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI QARI) (2015), men CASP har allikevel vært benyttet på formålstjenlige måter i flere ME studier (Campbell et al., 2003, Bridges et al., 2013, Vaismoradi et al., 2016).

Fordelene ved å evaluere kvaliteten av kvalitative studier er mye diskutert i ME, uten at det er noen konsensus i feltet. I forpliktelse til konseptet om at all forskning kan og bør evalueres med hensyn til kvalitet, ble elleve studier evaluert. Jeg valgte bort den ene av studiene etter en helhetsvurdering av studiens relevans med tanke på hensikten, kombinert med kvalitetsvurderingen. Den ekskluderte studien rapporterte sykepleieres definisjoner av intimitet heller enn hvordan intimitet påvirker pasientene (Stavropoulou et al., 2012). Studien manglet også beskrivelser av rekrutteringsstrategier og analyseprosessen som gjorde det vanskelig å gjøre en fullstendig evaluering av studiens kvalitet.

I overensstemmelse med CASP vurderte jeg det slik at de ti inkluderte studiene hadde tilfredsstillende klare redegjørelser for mål, hensiktsmessig metode, design og rekrutteringsstrategi, samt beskriver en prosedyre for dataanalyse. Forskerens egen rolle vurderes, og studiene adresserer etiske problemstillinger. Kvalitetsvurdering i henhold til CASP er vedlagt (Vedlegg K).

#### **5.2.4 Metaetnografisk syntese – Artikkel I**

Som analytisk rammeverk valgte jeg å benytte Noblit og Hares (1988) syv fasers prosess, sammen med mer nylige metodiske tilpasninger (Britten et al., 2002, Atkins et al., 2008, Lee et al., 2015). Tilnærmingens syv faser (Tabell 2) kan i praksis overlappe hverandre (Campbell et al., 2011), noe de gjorde i denne studien. Fase 1 og 2 inkluderer det å bestemme forskningsspørsmål, definere syntesens fokus, finne relevante studier, bestemme inklusjons- og eksklusjonskriterier og en kvalitetsvurdering (Atkins et al., 2008), som allerede er beskrevet. Ti studier ble som nevnt inkludert, hvorav fem fokuserte på

sykepleieperspektivet, fire på pasientperspektivet og en studie inkluderte begge perspektiver (Se artikkel I).

**Tabell 2. Faser i metaetnografi**

<b>Fase 1.</b> Komme i gang.	<b>Fase 5.</b> Oversette studiene inn i hverandre.
<b>Fase 2.</b> Bestemme hva som er relevant.	<b>Fase 6.</b> Syntetisere oversettelsene.
<b>Fase 3.</b> Lese inkluderte studier.	<b>Fase 7.</b> Uttrykke syntesen.
<b>Fase 4.</b> Avgjøre hvordan studiene henger sammen.	

ME er en høyst fortolkende metode som krever fordypet innsikt i de individuelle studiene for å oppnå en syntese (Campbell et al., 2011). De ti inkluderte studiene ble lest nøye igjennom flere ganger for å bli mest mulig kjent med innholdet og begynne prosessen med å identifisere sentrale konsepter og tema (fase 3). Studienes hensikt, design metode, utvalg og setting ble oppsummert og sammendrag av inkluderte studier finnes i artikkel I. For å kunne vurdere hvordan studiene henger sammen (fase 4) valgte jeg å lage en liste over identifiserte nøkkeltema og metaforer fra hver studie. For å redusere innholdet til et mer håndterlig omfang sammenfattet jeg innholdet i de identifiserte temaene på en korttatt måte som jeg mente var tro mot fortolkningene gjort i primærstudiene. Deretter ble studiene lest på nytt for å vurdere om sentrale tema var identifisert, og undersøke om jeg kunne finne like, ulike eller gjentakende tema. Gjenfortalte tema ble så sammenlignet på tvers av studiene for å avgjøre hvordan studiene hengte sammen (Noblit & Hare, 1988, Atkins et al., 2008). Noblit og Hare (1988) har identifisert tre mulige typer relasjoner mellom primærstudier som veileder oversettelsen og syntesen av studiene. Studiene kan være sammenlignbare (reciprocal), motstridende



(refutational) eller danne en argumentasjonslinje (line of argument). Jeg fant at studiene var sammenlignbare når det gjaldt tema, og kunne analyseres som sammenlignbare oversettelser av hver studie i de andre (ibid).

Gjenfortalte tema ble da fargekodet for å tydelig markere hvilke primærstudier temaene stammet fra. I prosessen med å oversette studiene inn i hverandre (fase 5) valgte jeg å opprette en ny tabell for å holde oversikt. Da primærstudiene hadde svært ulik design og fokus var det ingen naturlig rekkefølge på artiklene i oversettelsene, og jeg startet derfor med den første artikkelen som ble inkludert. Jeg sammenlignet tema fra den første artikkelen med tema fra den andre, og opprettet så nye oversatte tema som representerte oversettelsen av temaene i den første og andre artikkelen. Deretter sammenlignet jeg temaene fra de første to artiklene med en tredje artikkel, og så videre. Etter hvert som studiene ble oversatt i hverandre ble temaene tolket, gruppert, sortert og reorganisert inn i nye kategorier (Noblit & Hare, 1988, Britten et al., 2002).

Fase 6, som innebærer å syntetisere oversettelsene, er kompleks og det er utfordrende å beskrive alle skrittene i prosessen. Jeg satte opp oversatte tema og kategorier i en tabell som ble sammenlignet og fortolket i flere omganger, hvor jeg beveget meg fram og tilbake mellom primærstudiene, de identifiserte nøkkeltema og metaforer, gjenfortalte tema og oversatte tema/kategorier. Underveis i prosessen hadde jeg refleksive og kritiske diskusjoner med hovedveileder rundt hvordan funnene kunne tolkes, forståelsen av ulike perspektiver og identifisering av nye forståelser. Basert på oversettelsene og fortolkningene av disse utvikledes en syntese som representerer en ny forståelse, som er mer enn delene av de ulike studiene (Noblit & Hare, 1988, Bondas & Hall, 2007b, Atkins et al., 2008). Seks tema og

en overgripende metafor ble konstruert. Deretter gikk jeg systematisk igjennom samtlige studier på nytt for å undersøke hvorvidt de seks hovedtemaene var å finne, eller ikke finne i primærstudiene, for å kunne identifisere og kvalitetssikre hvordan hver studie og hvert perspektiv (sykepleier/pasient) bidro til syntesen.

Siste fase i Noblit og Hares (1988) rammeverk innebærer å uttrykke syntesen til et passende publikum. Jeg forstår fasen som en kontinuerlig pågående fase hvor jeg gjennom vitenskapelig publikasjon (artikkel I), denne avhandlingen, kronikker og muntlige presentasjoner får kommunisert syntesen til sykepleiere, studenter, andre forskere, politikere osv. I presentasjonen av syntesefunnene valgte jeg å dokumentere tema og viktige detaljer som oppsummeringer heller enn sitater fra fortolkninger gjort i primærstudiene. Ved å oppsummere funnene risikerte jeg å miste viktige detaljer, men samtidig synliggjøres en helhetsforståelse av SPRs helsefremmende potensiale i internasjonale kontekster.

### **5.3 DELSTUDIE II**

På bakgrunn av delstudie I var det synlig at det mangler forskning i Norge om SPR i moderne kommunehelsetjeneste. Utgangspunktet for delstudie II (artikkel II og III) var å få økt kunnskap og forståelse om SPR i en tid av NPM i norsk hjemmesykepleie. Fokuseret etnografi (FE) ble valgt som metodisk tilnærming i fordi jeg mente at FE kunne gjøre det mulig å forstå bakgrunnen til erfaringer og oppfattelser som fremkom i intervjuer. Metoden er godt egnet for mitt prosjekt da den muliggjør utforskning av et bestemt tema i en spesifikk kontekst, og utføres i en underkulturell gruppe heller enn i et helt samfunn (Roper & Shapira, 2000, Cruz & Higginbottom, 2013, Higginbottom et al., 2013).

### **5.3.1 Fokusert etnografi**

FE er en forskningsprosess hvor man lærer om mennesker ved å lære fra dem, og fremgangsmåten brukes for å beskrive og forstå hvorfor en kulturell gruppe gjør det de gjør (Roper & Shapira, 2000). Ifølge Higginbottom et al. (2013) og Morse (2007) er FE svært egnet for helseforskning da det er en pragmatisk og effektiv måte å fange data om spesifikke tema som er viktig for helsepersonell.

I motsetning til tradisjonell etnografi hvor forskeren sees på som nøytral og reflekterende, uten tilhørighet til den kulturelle gruppen og uten et spesifikt spørsmål (Morse & Richards, 2002, Fetterman, 2010, Higginbottom et al., 2013), er det i FE typisk med en interesse i et spesifikt forskningsspørsmål og at forskeren har innsideperspektiv eller bakgrunnskunnskap om den kulturelle gruppen. FE kan svare på spørsmål som formuleres før man går inn i feltet, og kunnskapen som læres skal være nyttig og anvendbar for helseprofesjonene. Siden hensikten i FE er å konsentrere innsatsen på spesifikke spørsmål kan deltakende observasjon gjennomføres over kortere perioder eller som periodevise feltbesøk (Roper & Shapira, 2000, Morse & Richards, 2002, Knoblauch, 2005, Higginbottom et al., 2013). FE skal beskrive individer og grupper i et holistisk perspektiv og søke å avdekke kulturelle overbevisninger, meninger og praksiser som ligger bak observert atferd (Roper & Shapira, 2000).

### **5.3.2 Forberedelser til studien**

Som nevnt konstruerte jeg i forkant av datasamlingen et spørsmålshierarki med samtlige spørsmål som jeg oppfattet at måtte besvares for å få dyp kunnskap om SPR. For å få en forståelse for størrelsen av datamaterialet søkte jeg gjennom andre fokuserte etnografier. Jeg fant store variasjoner, hvor varighet på feltobservasjon som regel var mellom 3 og 15 måneder, alt etter prosjektets

størrelse og hensikt, og antall deltakere i intervju varierte mellom 0 og 30 (Hall & Mc William, 2006, McGarry, 2009, Selberg, 2013, Sæterstrand et al., 2015). På bakgrunn av tidligere FE anslo jeg varighet for datasamlingen til ca. 6-8 måneder og et behov for å inkludere 8-12 sykepleiere og 6-10 pasienter, men valgte å entre feltet med åpenhet rundt dette for å sikre rike data.

### *Tilnærming til forskningsfeltet*

Jeg valgte hjemmetjenesten som kontekst da det ser ut til å bli stadig viktigere i fremtidens helsevesen og det er relativt lite forskning fra kommunehelsetjenesten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Ledelsen i hver av hjemmetjenesteområdene ble kontaktet via telefon hvor de ble gitt muntlig informasjon om prosjektet. Samtlige ledere stilte seg positiv til deltakelse og fikk via epost tilsendt utdypende informasjon (Vedlegg A), samt en forespørsel om hjelp til å komme i kontakt med aktuelle sykepleierdeltakere. Disse ble så kontaktet pr. telefon, fikk muntlig informasjon om studien og fikk deretter tilsendt skriftlig informasjon og samtykkeskjema på epost.

### *Formelle krav*

Studiens prosjektplan ble søkt godkjent av REK (22.09.2015). Komiteen kom frem til at prosjektet ikke omfattes av forskningslovens virkeområde, jf. Helseforskningslovens §2, og dermed kan gjennomføres uten godkjenning (Vedlegg B). Det ble sendt meldeskjema om behandling av personopplysninger til NSD (Prosjektnummer 44840). Personvernombudet tilrådte at prosjektet gjennomføres (Vedlegg C). Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt med informert samtykkeerklæring ble utformet i tråd med retningslinjer for Nasjonal

forskningsetisk komite for humaniora og samfunnsfag (NESH) og utgangspunkt i NSDs mal. Jeg utarbeidet to versjoner, en for sykepleiere (Vedlegg D) og en for pasienter (Vedlegg E). Jeg utarbeidet også et lite informasjonsskriv for pasienter som skulle bli observert sammen med sykepleier, men ikke inkludert til intervju (Vedlegg F).

### **5.3.3 Utvalg og beskrivelse av feltet**

For å få frem variasjon og samtidig se etter fellestrekk i feltet valgte jeg å inkludere seks ulike hjemmetjenesteområder fra to ulike kommuner. Fire av områdene var lokalisert i sentrale strøk og to var i mer landlige strøk. Ulike kontekstuelle og faktuelle forhold (tidsforbruk, økonomi, praktisk gjennomførbarhet osv.) påvirket også valg av lokalisasjon for datainnsamling. Jeg ønsket å undersøke hjemmetjenesteområder som har like og sammenliknbare forutsetninger, men hensikten var ikke å sammenlikne områdene. Datainnsamlingen startet i november 2015. Jeg hadde i begynnelsen kontakt med et utvalg sykepleiere fra to ulike hjemmetjenesteområder i en kommune. De resterende hjemmetjenesteområdene og sykepleierne ble løpende inkludert de neste to månedene. Det ble inkludert 1-3 sykepleiere fra hver av de seks områdene. Inklusjonskriteriet for sykepleiere ble satt til ett års erfaring fra hjemmetjenesten i minimum 50% stilling. Krav til minimumserfaring var viktig for å sikre at deltakerne kan bidra med informasjonsrikdom på bakgrunn av sin egenart slik Malterud (2011) påpeker, samtidig som jeg fikk en blanding av relativt nye og mer erfarne sykepleiere som kunne ha ulike praksiser og forståelser. Siden sykepleierne ikke kjenner hverandre kan det stilles spørsmålsteget ved hvorvidt man da kan observere en kultur. Da fokuset er på deltakernes delte erfaringer og atferd ansees det i fokusert etnografi ikke som

nødvendig at de kjenner hverandre, og jeg arbeider altså under antagelsen at deltakerne kan dele et kulturelt perspektiv selv om de er ukjente for hverandre (Morse & Richards, 2002, Morse, 2007, Cruz & Higginbottom, 2013).

Datainnsamlingen startet med deltagende observasjon, og jeg fikk på den måten kontakt med ulike pasienter som potensielt kunne inkluderes til intervju. Jeg valgte å inkludere både sykepleiere og pasienter til individuelle intervju da jeg mener at det er viktig å få begge perspektivene belyst for å få en helhetlig forståelse av SPR. Potensielle pasientdeltakers helsetilstand, samtykkekompetanse, evne og vilje til å delta på intervju ble vurdert av sykepleierne før de fikk forespørsel om deltakelse. Pasienter med kognitiv svikt ble ekskludert. Pasientene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og ble gitt tid til å lese informasjon før de ga svar på forespørselen. Ni pasienter ble forespurt, hvorav åtte takket ja til deltakelse på intervju. Det ble rekruttert 1-2 deltakere fra hvert av de seks hjemmetjenesteområdene. Datainnsamlingen ble avsluttet i juli 2016 da det ikke synes å tre frem nye tema, og datamengden ble vurdert som stor nok til å møte studiens hensikt (Polit & Beck, 2012). Totalt består datamaterialet av 135 timer deltagende observasjon og 18 individuelle intervjuer, hvorav ti var med sykepleiere og åtte med pasienter. Sykepleierintervjuene varte mellom 44 og 75 minutter, mens pasientintervjuene varte mellom 20 og 40 minutter.

### *Kvalitativ representativitet*

Utvalget var strategisk da jeg var ute etter erfaringer fra en bestemt kontekst og variasjoner av denne. Det ble etterstrebet at utvalget av både sykepleiere og pasienter var representativt for demografien av populasjonen i hjemmesykepleien. For at jeg på basis av undersøkelser av relativt få personer

skal kunne si noe om totalgruppen må deltakerne ifølge Wackerhausen (1996) være kvalitativt representativ for totalgruppen. Det innebærer at totalgruppens ulike trekk må være representert (ikke i kvantitativt samme forhold, men de må finnes) i deltakergruppen. Det finnes flere eksempler på etnografier som benytter representativitet (McGarry, 2009, Nakrem, 2014), men det er ikke uvanlig for f.eks. klassiske etnografier å ha fokus på kun en person/case (Hem & Heggen, 2003). Jeg mener at kvalitativ representativitet skaper muligheter for å følge SPR slik de utspiller seg i ulike kontekster med ulike mennesker og gir meg en bredde i perspektiver kan bidra til at jeg finner fellestrekk som kjennetegner kulturen, samtidig som jeg får frem individuelle forskjeller. For å sikre et utvalg som var kvalitativt representativ konstruerte jeg en oversikt over ulike trekk som burde være representert med variasjon i undersøkelsesgruppen. For sykepleiere var det; kjønn, alder, yrkeserfaring og videreutdanning. For pasienter var det: kjønn, alder, vedtaksstørrelse og erfaring med hjemmetjenesten. Jeg er uansett ikke garantert et representativt utvalg verken av sykepleiere eller pasienter da kanskje primært en *type* mennesker velger å si ja til deltakelse og utvalg av pasienter som tidligere beskrevet må skje på bakgrunn kriterier som helsetilstand og kognitiv svikt, noe som får konsekvenser for hvilke data jeg får (ibid).

### *Sykepleiere*

Utvalget representerte variert kompetanse og erfaringsbakgrunn. Sykepleierne hadde 2-32 års erfaring som sykepleier (gjennomsnitt 12 år), hvor erfaring fra arbeid i hjemmetjenesten var 1-16 år (gjennomsnitt 7,6 år). Seks hadde videreutdanning innenfor områdene demens og alderspsykiatri, diabetes, palliasjon, sår og intensiv. Deltakerne var mellom 32 og 55 år (gjennomsnitt

40,8 år), syv var kvinner og tre var menn. Sykepleierne som deltok på individuelle intervju var de samme som jeg fulgte i feltet.

### *Pasienter*

Pasientene hadde mellom 1,5 måned og over 20 års erfaring med hjemmetjenesten (gjennomsnitt 5 år) med vedtak som ved intervjutidspunktet varierte fra 20 minutt til over 6 timer daglig. Av åtte deltakere var fem kvinner og tre menn. Alderen varierte mellom 51 og 90 år (gjennomsnitt 77,6 år), og de fleste hadde nære pårørende i samme kommune, hvor de nærmeste bodde i samme bolig som pasienten. Bare en pasient hadde ikke nære pårørende, men fikk månedlig besøk av en slektning. Utvalget representerer noe felles, men også variasjon. Pasientene som deltok på individuelle intervju ble alle observert i samspill med minst en av sykepleierdeltakerne. Pasientene ble ikke systematisk fulgt i feltet, men alle ble observert ved flere anledninger.

### *Beskrivelse av feltet*

Etnografisk analyse genererer gjerne rike beskrivelser av konteksten og atferden til menneskene i kulturen. Slike beskrivelser forklarer atferden og konteksten på en måte som gjør at atferden fremstår som meningsfull også for utenforstående (Geertz, 1993). For å kunne male landskapet i hjemme-sykepleien velger jeg å beskrive rammene rundt sykepleiernes hverdag. Gjennom slike *thick descriptions* (Geertz, 1993) håper jeg leseren får en bedre forståelse av HSK og for de kulturelle medlemmene, herunder regler, ideer og ritualer. Beskrivelsen jeg presenterer har primært sitt utgangspunkt i mine observasjoner og feltnotater fra datasamlingen, supplert med data fra



uformelle samtaler og formelle intervju. Jeg velger å ikke fokusere på interaksjonene mellom sykepleiere og pasienter, men på ytre omstendigheter. Med det mener jeg det fysiske miljøet, organiseringen, styring, ledelse, juridiske omstendigheter osv. som direkte og indirekte har betydning for SPR.

Sykepleiere i hjemmesykepleien arbeider etter arbeidslister med oversikt over alle pasienter de skal besøke, og detaljert beskrevne oppgaver som skal gjennomføres hos hver pasient. Hver oppgave er tildelt et gitt antall minutter basert på vedtakstiden pasienten er tildelt (f.eks. frokost – 8 minutter). Arbeidsdagen starter med en halvtimes fellesrapport på hjemmetjenestens kontorer. Her gis relevant informasjon om eventuelle endringer i pasienters helsetilstand, vedtak eller behandling. I tillegg presenteres arbeidslistene på storskjerm, noe som åpner for diskusjon om hvem som skal ha hvilke pasienter. Tidvis kan fordelingen av pasienter og arbeidsoppgaver ta tid, men det varierer mellom hjemmetjenesteområdene. Sykepleierne har også en midtrapport etter lunsj, og ansvarshavende sykepleier gir i tillegg rapport til neste vaktlag, denne sykepleieren har pasientlister på lik linje med andre ansatte.

Ulike vedtak stiller ulike krav til kompetanse og sykepleierne har gjerne ansvar for alt av medisiner og medisinske prosedyrer som infusjoner eller stomiskift. Da det i mange hjemmetjenesteområder ofte bare er én sykepleier på vakt, spesielt på kveldsvakt, organiseres arbeidet rundt denne sykepleierens kompetanse. Det betyr at dersom en pasient har et omfattende vedtak som inkluderer f.eks. stell, måltidsservering, medisiner og sårstell så deles vedtaket ved at en sykepleier tar medisiner og sårstell, og en helsefagarbeider steller pasienten og lager frokost. En slik oppdeling medfører ifølge mange sykepleiere at de ikke får gjort kliniske observasjoner av pasienten under stell og noen oppfatter oppdelte besøk som belastende for pasientene. Blant pasienter synes

oppfatningen delt hvorvidt det er belastende, hvor særlig de eldste og sykeste av pasientdeltakerne poengterer at de ønsker å forholde seg til færrest mulig.

Sykepleiernes arbeidsdag er i stor grad preget av uforutsigbarhet, mye knyttet til pasientenes skiftene behov. Organiseringen av arbeidsdagen kompliseres av at mange ulike pasienter skal ha sine vedtak på samme tid, som f.eks. administrasjon av insulin. At alle pasienter skal få hjelp samtidig er ikke gjennomførbart i praksis og kan f.eks. resultere i at noen pasienter må vente lenge på å få stå opp eller å få sine medisiner, eller at de blir lagt kl. 19, fordi det er eneste måte at kabalen går opp. Sykepleierne forsøker å tilrettelegge for at pasientene får sine medisiner til riktig tid og når pasienter har flere vedtak i tillegg til medisiner løser mange sykepleiere det ved å først levere ut medisiner til alle pasientene, for så å dra tilbake til pasientene med større vedtak og gjennomføre det resterende. I praksis observerte jeg situasjoner hvor dette skapte frustrasjon og sinne hos pasienter som ble gående flere timer ekstra for å vente på å få dusje. Motsatt kompliseres organiseringen av at pasienter som bor nært hverandre ikke skal ha vedtakene på samme tid, noe som innebærer at sykepleieren ikke nødvendigvis kan ta disse pasientene etter hverandre fordi det er beleilig for sykepleieren. Det resulterer i mye reisetid og pasienter trekker frem uforutsigbarheten dette medfører som negativt.

Vedtaksstid er den tiden pasienten har fått tildelt for å få gjennomført sine vedtak. Antall minutter på vedtak som morgenstell er individuelt tilpasset og varierer avhengig av hvor selvhjulpne pasienten er. Vedtaksstid omtales som *direkte pasienttid* og er tiden sykepleier skal være tilstede sammen med pasienten. Vedtakene er lovpålagt og derfor juridisk bindende (Forvaltningsloven, 1967, Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Ifølge sykepleierne får de beskjed om at de skal bruke nøyaktig den vedtaksstiden

pasienten har, ikke for mye eller for lite. Sykepleierne ønsket en grense på maks 3,5 timers vedtakstid mellom morgenrapport, som ideelt skal være ferdig kl. 08, og lunsj som starter kl. 12. Det betyr at sykepleier har 0,5 time på å forflytte seg mellom pasientene, samt dokumentere og gjøre administrativt arbeid. Det innebærer også at det er lite tid til ikke-planlagte aktiviteter, som f.eks. å ivareta pasienter som hadde falt eller blitt syke. Det hender også at vedtakstiden overskrider 4 timer i dette tidsrommet, noe som i praksis betyr at de ikke har tid til å forflytte seg eller dokumentere. Dette ble pekt på som et problem og sykepleierne opplevde å måtte bruke av pasientens vedtakstid til kjøring og administrativt arbeid. Dilemmaet her er at dersom sykepleierne dokumenterer at de ikke bruker hele vedtakstiden hos pasienten kan det av tildelingskontoret bli forstått som at pasienten ikke har behov for så mye vedtakstid, og dermed kan vedtakstiden reduseres.

Hjemmetjenesteområdene varierer i størrelse og omfang. I landlige strøk er det mye kjøring pga. lange avstander, mens i bynære strøk er avstandene mindre, men trafikken større og det kan være vanskelig å finne parkering. Det viser seg at det er viktig å være lokalkjent og vite hvor de ulike pasientene bor. Når sykepleierne har ukjente pasientlister bruker de vesentlig mye mer tid på å finne frem. I alle hjemmetjenesteområdene observerte jeg en mangel på antall biler i forhold til ansatte på vakt. Dette løses ved at ansatte deler bil og kjører hverandre, noe som medfører store omveier. Sykler blir også brukt som transportmiddel, og noen sykepleiere går mellom hjemmene, selv ved relativt lange avstander. I alle tilfeller går det mer tid til transport, og sykepleierne forklarte at de må spare inn tid inne hos pasientene da det ikke settes av ekstra tid til transport. Utover kjøring mellom pasientene kjørte sykepleierne jevnlig

inn på kontorene for å hente ekstra utstyr de trengte, eller ting de hadde glemt. De leverte også gjerne blodprøver på sykehus eller hentet ting på apotek.

Det spesielle med hjemmetjenesten er at pasientenes hjem også er sykepleiernes arbeidsplass, og sykepleierne skal både ha respekt for pasientens hjem, men samtidig ta seg nok til rette til at vedtakene kan utføres. Sykepleierne synes å ha funnet en balansegang som fungerer. Et eksempel er at sykepleierne viser respekt ved å ringe på døren når de kommer, men samtidig venter de ikke på svar eller at noen åpner, men går rett inn etter å ha ringt på. Hjemmene er ikke alltid god tilrettelagt for å ivareta et godt arbeidsmiljø. Mange pasienter røyker eller har hjem som ikke er tilpasset deres hjelpebehov. Trange bad og mangel på hjelpemidler resulterer i tunge løft og uheldige arbeidsstillinger. Noen pasienter er uvillige til å gjøre endringer i sine hjem og vaner for å tilrettelegge, noe sykepleierne uttrykker frustrasjon over.

Alle ansatte har vakttelefoner som også fungerer som en liten data hvor alle vedtak er lagret og de har tilgang på all informasjon om pasientene. Telefoner fremstår som et viktig arbeidsredskap som sykepleierne i hovedsak er fornøyd med. I forkant av hvert besøk hos en pasient logger sykepleieren inn i telefonen og tar vedtaket. Da starter en tidtaker på telefonen som registrerer antall minutter brukt hos pasienten. Ifølge sykepleiere blir tallene på tidtakeren røde når vedtakstiden er oppbrukt. Teknologien muliggjør også at lederne kan sitte på kontoret og følge med på hvor de ansatte er, noe som blir trukket fram som negativt av sykepleiere. Ansatte har også mulighet til å følge med på andre ansatte. På hver vakt skal en sykepleier ha en alarmtelefon som pasienter har mulighet til å ringe til dersom de har behov for hjelp. I praksis ringer telefonene ofte og pasienter ringer for alt fra å spørre om når pleierne kommer, til å tilkalle hjelp ved sykdom. Det resulterer i at besøk hos pasienter ofte forstyrres av

telefoner fra andre pasienter eller kollegaer, og sykepleierne tidvis må forlate en pasient for å reise til andre som må prioriteres.

Det stilles krav om at alle vedtak skal dokumenteres i skriftlige rapporter. I all hovedsak blir slike rapporter skrevet på telefonene direkte etter besøket hos pasienten. Dette ser ut til å fungere bra ved korte rapporter, men telefoner er ugunstige å skrive lange rapporter på. Ved tidsnød velger sykepleiere enten å vente med dokumentasjon til slutten av arbeidsdagen eller å dokumentere samtidig som de kjører/går til neste pasient. Administrative oppgaver omfatter bl.a. å skrive overflyttingsrapporter når pasienter skal inn på institusjon, å kontakte lege eller andre instanser på pasientens vegne, å bestille nødvendig utstyr til pasienten, å legge dosett og bestille medisiner, å levere prøver eller hente utstyr osv. Sykepleierne uttrykker at overtid praktisk talt ikke er tillat og dersom de ikke får dokumentert ferdig eller gjennomført alle administrative oppgaver før vaktens slutt blir disse forskjøvet til neste skift.

I datainnsamlingen hadde jeg også uformelle samtaler med de nærmeste lederne. I alle hjemmetjenesteområdene var nærmeste leder en sykepleier og de synes å ha stor betydning for HSK. De fleste sykepleierne opplevde å ha tillit fra nærmeste leder, samt at de fikk en viss aksept til å ta valg som ikke var i overenstemmelse med vedtakene. Det var allikevel en opplevelse av at ledelsen ikke alltid forstod utfordringene sykepleierne stod i eller prioriteringene deres.

#### **5.3.4 Gjennomføring av datainnsamling**

I dette kapittelet vil jeg forsøke å beskrive selve gjennomføringen av datainnsamlingen på en mest mulig transparent måte, og samtidig synliggjøre egne refleksjoner og begrunnelser for mine valg i prosessen.

### *Deltagende observasjoner*

Felles for ulike etnografiske tradisjoner er at de er forankret i forpliktelsen til førstehåndserfaringen og utforskningen av en bestemt sosial eller kulturell setting på grunnlag av deltagende observasjon (Atkinson, 2007). Mens intervju kunne fortelle meg noe om deltakernes opplevelser og erfaringer, var formålet med egne observasjoner å hjelpe meg til å sette deltakernes opplevelser og erfaringer inn i en sammenheng. Tanken var at bruk av ulike informasjonskilder kunne gi meg et godt grunnlag for triangulering, som beskrevet av Fuglseth og Skogen (2006). Jeg hadde dermed både deltakernes uttrykte opplevelser og erfaringer, og mine egne observasjoner. For å få en bedre forståelse av HSK og SPR startet datainnsamlingen derfor med feltobservasjon. I etnografi er deltagende observasjon en sammenblanding av å se, lytte og spørre (Roper & Shapira, 2000). Engasjement og tilstedeværelse i feltet oppleves som viktig.

Med bakgrunn i min egen humanvitenskaplige forståelseshorisont og etnografiske tilnærming valgte jeg rollen som deltagende observatør, da jeg mener at en rolle som objektiv observatør slik Aadland (2004) beskriver ville vært unaturlig. Deltagende observasjon ga meg muligheten til uformelle samtaler med aktørene i feltet, samt å stille undrende spørsmål underveis. Jeg kom bl.a. opp i situasjoner hvor deltakerne hadde fortalt meg hvordan de gjorde noe, men hvor jeg i feltet observerte at de opptrådte annerledes enn de hadde sagt. Som deltagende observatør kunne jeg stille spørsmål ved dette og få innsikt i meningen bak deltagernes handlinger, noe som er viktig for studiens troverdighet (Lincoln & Guba, 1985). Dermed fikk jeg oppklart eventuell diskrepans mellom hva deltakerne sa at de gjorde, og hva de faktisk gjorde, noe som styrker dataenes pålitelighet. Som i mange FE var tiden i feltet også i denne studien begrenset. Det synes ikke å eksistere en gylden regel på mengde

tid som tilbringes i feltet (Roper & Shapira, 2000), og etter 8 måneder med totalt 135 timer deltakende observasjon ble feltobservasjon ble avsluttet etter en samlet vurdering om hvorvidt videre observasjon ville bringe nye data, samt prosjektets tidsbruk.

Deltagende observasjon medfører utfordringer av både etisk og metodologisk art, og den mest fremtredende etiske bekymringen er knyttet til informert samtykke (se kapittel 5.3.6) og frivillighet (Spradley, 1980). Tross forberedelser er det vanskelig å forutse hvilke situasjoner man kan komme opp i og det var utfordrende å vurdere hvor mye eller lite jeg som forsker skulle trenge meg på deltakernes liv, hvor særlig pasientene var i sårbare situasjoner. Selv om informert samtykke ble innhentet betyr det ikke at deltakerne ønsket min tilstedeværelse i enhver situasjon. For ikke å krysse grenser for etisk oppførsel forsøkte jeg å være sensitiv for deltagerens signaler og jeg valgte å ikke observere særlig intime situasjoner som f.eks. stell eller kateterisering, med mindre deltageren (pasienten) selv inviterte meg inn. Det var også viktig for meg å balansere min forskerrolle, altså ikke bli for nær til at forskningen kommer i bakgrunnen, men heller ikke innta en helt tilbaketrukket og distansert posisjon. Jeg var tydelig på min rolle som forsker i feltet, men jeg er også utdannet sykepleier, noe deltagerne visste. Å ikke tre inn i rollen som sykepleier kunne tidvis være vanskelig dersom sykepleier-deltakeren selv ikke hadde kompetanse til å møte pasientens behov, men jeg kunne bistå. I slike situasjoner gjorde jeg en helhetsvurdering og ved noen få anledninger valgte jeg å bistå sykepleieren med råd/veiledning for å ivareta pasientens beste. Dette kan ha medført rolleforvirring rundt min forskerrolle.

Mine tilnærminger til observasjon sammenfaller med Spradleys (1980) beskriver av ulike måter å observere på; deskriptive, fokuserte og selektive

tilnærminger. I starten av feltarbeidet hadde jeg avhandlingens hensikt som veiledet meg, men selv om blikket var rettet mot et spesielt tema var intensjonen også å la feltet tale til meg. Dermed var det i begynnelsen utfordrende å skille viktige fra uviktige observasjoner og feltnotatene ble i overkant detaljerte. Jeg startet med generelle observasjoner, som tid på døgnet og beskrivelser av hvor dette fant sted, f.eks. pasientens hjem, bilen eller kontoret. Jeg noterte meg stikkord om pasientens hjem, f.eks. standard på boligen (noen pasienter bodde under fattige kår, mens andre hadde store villaer), om det var ryddig eller rotete hjemme, bilder på veggene, om det var varmt eller kaldt, lyst eller mørkt, hjelpemidler osv. Deretter identifiserte jeg personer som var med, stort sett pasienten, en eller to helsepersonell, eventuelt pårørende, og meg. Jeg observerte hva aktørene gjorde og sa i situasjonen, hvilke ord de brukte, kroppsspråket deres, berøring, stemningen i rommet (f.eks. glede eller stillhet), gjenstander som synes viktig (f.eks. sykepleierens telefon eller pasientens trygghetsalarm) og ritualer, som at sykepleierne nesten alltid ringte på døren før de gikk inn, selv om de hadde nøkkel. Hensikten var å fange opp og bli bevisst fellestrekk og variasjoner i hendelser, interaksjoner mellom sykepleiere og pasienter og ritualer/mønstre i atferd. Jeg noterte meg hendelser og temaer som stod frem og burde undersøkes i mer (ibid).

Etter hvert ble observasjonene mer fokuserte og systematiske, slik Spradley (1980) beskriver. Enkelte aspekter ved feltet valgte jeg å undersøke nærmere, mens andre aspekter ble ignorert. Et eksempel på hendelser jeg undersøkte i større dybde er enkelte sykepleieres ritualer med å kle av seg jakke og sko når de kom hjem til en pasient, uavhengig av besøkets lengde. Dette er et eksempel på en observerbar artefakt som er en manifestasjon av



HSK og et uttrykk for verdier som ligger til grunn (Schein, 2010), som i dette eksempelet kan knyttes til *respekt*. Ved å etterspørre forklaringer ble observasjonene plassert i en større kulturell kontekst. Gjennom ytterligere observasjoner og samtaler med sykepleierne ble meningen bak deltakernes ritualer tydeligere (Roper & Shapira, 2000). Mot slutten av feltobservasjonsperioden ble observasjonene mer selektive og jeg konsentrerte meg om spesielle egenskaper ved aktiviteter. Et eksempel her er fokuset på berøring i møtet mellom sykepleier og pasient, hvor jeg forsøkte å fange opp berøring som ikke var direkte relatert til prosedyrer.

### *Feltnotater*

Å skrive feltnotater innebærer ifølge Geertz (1993) å forvandle en hendelse som er forbigående og kun eksisterer i et øyeblikk til å bli en nedskrevet beskrivelse som kan vurderes på nytt og på nytt (ibid). Å kunne lese notatene, legge dem vekk, og lese dem på nytt senere i prosessen har vært viktig for analysearbeidet fordi det hjelper meg å grunne over hendelser på en annen måte enn om jeg bare skulle stole på hukommelsen (Fangen, 2010). Feltnotater ble skrevet underveis og i etterkant av feltobservasjonene. Notatene består av beskrivelser av hva som skjedde, hvem som var tilstede, hva aktørene gjorde og sa osv. som beskrevet over. Jeg har oppsummert samtaler mellom sykepleier og pasient, samt mellom deltakerne og meg, og jeg har notert ned egne kommentarer, tanker og refleksjoner knyttet til hendelsene - memos (Roper & Shapira, 2000). Refleksjonene kunne dreie seg om kommunikasjon mellom sykepleier og pasient eller utsagn, atferd og hendelser som fanget oppmerksomheten. Videre noterte jeg sykepleiernes daglige rutiner, prosedyrer, tidsbruk, osv. Notatskrivingen har tidvis vært utfordrende da det

ved et par tilfeller avledet sykepleier/pasient fra situasjonen de stod i og dermed påvirket deres naturlige interaksjon. Jeg valgte derfor å primært skrive feltnotater mellom pasientbesøkene. Kun det mest nødvendige ble nedskrevet slik at fokuset mitt var rettet ut mot feltet og for å påvirke feltet minst mulig. De korte notatene og stikkordene ble så skrevet ut til mer utfyllende feltnotater. Ifølge Fangen (2010) vil minnet vårt fra en hendelse kunne være mer forvrengt jo lengre tid som er gått siden vi erfarte det, og jeg har derfor etterstrebet å skrive utfyllende notater samme dag som feltøkten ble gjennomført.

Ved første øyekast kan feltnotatene fremstå nærmest som objektive fortellinger med beskrivelser av hva som skjedde, hvordan miljøet så ut, hva aktørene gjorde og sa, samt med innslag av mine tanker og refleksjoner. Min oppfatning er derimot at objektive feltnotater ikke er mulig og at feltnotatene er mine tolkninger av hva som skjedde, hvor en annen person kunne oppfattet samme situasjon annerledes (Spradley, 1980, Fangen, 2010). Selvfølgelig er det grader av objektivitet og subjektivitet, og feltnotater vil alltid være en kombinasjon av objektivitet (f.eks. klokkeslett for en hendelse) og tolkning, men noen data har langt mer tolkningsinnhold enn andre. Data fra observasjonene ble benyttet både som bakgrunn for tema under intervjuene og under analysen for å sette observerbare artefakter og uformelle samtaler i sammenheng med formelle intervjuer for å få innsikt i verdier og grunnleggende antagelser som ligger bak atferdsmønstre (Schein, 2010). Å være tilstede sammen med deltakerne ga oss en felles opplevelse som vi kunne samtale om, hente eksempler fra, og belyse nærmere i intervjuene. Jeg kunne etterspørre meninger i hendelser jeg la merke til og hendelser de ikke spontant fortalte om.

### *Semistrukturerte individuelle intervju*

Etter en periode med deltagende observasjon fortsatte intervjuer og observasjoner parallelt. Intervju brukes ifølge Roper & Shapira (2000) for å validere observasjoner gjort under deltagende observasjon, og for å gi retning for fremtidige observasjoner. Det brukes også for å samle data som ikke er observert, eller som ikke kan observeres (ibid). Ettersom deltakernes erfaringer, opplevelser, følelser og tanker ikke lar seg observere, må deltakerne fortelle om dem. Det kan gjøres på ulike måter men jeg valgte semistrukturerte individuelle intervju fordi jeg mente det ville gi rike data og samtidig bevare en fleksibilitet i at alle deltakere ikke måtte svare på nøyaktig de samme spørsmålene, selv om nøkkelspørsmål ble stilt til alle deltagere. Målet mitt var at de fikk trekke frem det de var opptatt av, og få deres beskrivelser med egne ord. Intervju ga meg muligheten til å be om utdypning av enkelte emner, og forklaringer på hendelser eller oppklaring av uklarheter. Samtidig hadde jeg bestemte tema jeg ønsket å snakke med dem om og utarbeidet derfor en intervjuguide som var veiledende under intervjuene. Alle intervju ble tatt opp på bånd og transkribert innen få dager (Spradley, 1979, Roper & Shapira, 2000).

Samtlige sykepleiedeltakere ble observert i minst en arbeidsdag før de ble intervjuet. Intervjuene ble gjennomført enten på slutten av sykepleierens arbeidsdag, eller en annen dag i sykepleierens fritid. Tid og sted for intervju ble avtalt mellom deltakerne og meg, hvor jeg tok hensyn til deres preferanser. De fleste intervju med sykepleiere ble gjennomført på egnede rom i hjemmetjenesteområdenes lokaler. Et intervju ble gjennomført i sykepleierens eget hjem. Endringer på vaktlista gjorde at det i ett tilfelle var en annen sykepleier-deltaker enn den opprinnelige som var forespurt den dagen, som møtte. Dette hadde jeg ikke innvirkning på og opplevde som uproblematisk.

Samtlige pasientintervju ble gjennomført i pasientens hjem på et tidspunkt som passet pasienten. Alle pasientene fikk informasjon om studien og ble forespurt om intervju i tilknytning til deltakende observasjon, men aldri ved første møte. De fikk alltid minst to timer alene til å lese informasjonsskrivet og vurdere hvorvidt de ønsket å delta, før intervjuet ble gjennomført (NESH, 2006).

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg to intervjuguider, en for intervju med sykepleiere (Vedlegg G) og en for intervju med pasienter (Vedlegg H). Intervjuguidene bygger på spørsmålshierarkiet som jeg utarbeidet. De ble utarbeidet i forkant av feltobservasjon, og revidert etter en periode med feltobservasjon for å stille spørsmål som reflekterer aktørenes verdenssyn og ikke bare min forforståelse (Roper & Shapira, 2000). Spørsmålene i intervjuguiden ble vurdert som meningsfulle for å få troverdige svar på mine forskningsspørsmål.

Intervjuene startet med åpne og vide spørsmål som ble snevret inn etter hvert. Jeg fortalte deltakerne at jeg ville høre om det de ville fortelle. Som forsker var jeg også ute etter det som hadde vist seg i praksis gjennom det deltakerne gjorde og samtalene handlet både om situasjoner deltakerne hadde opplevd alene og våre felles opplevelser fra feltet. Spørsmålene var både generelle og mer spesifikke. Deltakerne ble bedt om å fortelle om hendelser fra praksis og erfaringer med relasjoner til ulike pasienter. Både sykepleiere og pasienter trakk frem erfaringer som hadde gjort spesielt inntrykk på dem, noe som var tydelig i måten det ble fortalt om, med detaljrikdom og bevegethet. Erfaringer av mer generell og dagligdags karakter var ikke like detaljerte og ble fremstilt mer uspesifikt og med refleksjoner om generell praksis.

### 5.3.5 Fokusert etnografisk analyse – Delstudie II

Etnografisk materiale er stort og omfattende, og metoden er ganske fritt flytende og uten fast rigid struktur på analysen, noe jeg opplevde som utfordrende i begynnelsen. For å organisere og få en forståelse av de rike dataene valgte jeg å ta utgangspunkt i Roper og Shapiras (2000) tilnærming til å analysere etnografiske data. De beskriver en analytisk tilnærming som jeg mener at passer til avhandlingens hensikt og forskningsdesignet for øvrig. Roper og Shapira (2000) beskriver en fem trinns analyseprosess som jeg benyttet som utgangspunkt i analysen av data til artikkel II og III. Se tabell 3.

**Tabell 3. Trinn i fokusert etnografisk analyse.**

1. Koding for meningsfulle kategorier
2. Sortering etter mønstre
3. Identifisere ekstremverdier – Outliers
4. Generalisering med konstruksjoner og teorier
5. Notater med reflekterende bemerkninger - Memos

Å sette ord på nøyaktig hvert skritt i en etnografisk analyseprosess er vanskelig, men jeg vil forsøke å synliggjøre hvordan arbeidet med å analysere data har foregått. Jeg presenterer trinnene i analyseprosessen punktvis og innleder hvert punkt med en beskrivelse av hva trinnet består i før jeg går i detalj på hvordan jeg, rent konkret, gikk fram. Trinnene er ikke fulgt kronologisk, men jeg har hoppet mellom dem i analyseprosessen. I alle trinn i analysen har jeg forsøkt å være tro mot deltagernes erfaringer, samtidig er min evne til å analysere og tolke påvirket av min forforståelse og kan dermed ha vært styrende for mitt analytiske blikk (Alvesson & Sköldbberg, 2017).

Det samme datamateriale er analysert to ganger med ulike hensikter og fokus, noe som resulterte i artikkel II og III. Mens jeg i analysen av data i artikkel II søkte økt forståelse for SPR i denne konteksten, var fokus for analysen i artikkel III et resultat av mine observasjoner av sykepleiere som gjentatte ganger trikset med tidtakerne og tok beslutninger som var i strid med pasientens vedtak, og det ledet meg mot å søke forklaringer på denne atferden. Selve trinnene i analyseprosessene har vært de samme i artikkel II og III, men den praktiske gjennomføringen av koding og sortering har vært litt ulike, noe jeg vil redegjøre for under.

#### *Koding for meningsfulle kategorier*

Ifølge Roper og Shapira (2000) skal det transkriberte materialet grupperes i meningsfulle kategorier og organiseres for å sammenligne, finne kontraster og identifisere mønstre. Gjennom kodingen reduseres dataene til en håndterbar størrelse (ibid). Jeg startet i stor grad analysen allerede under datainnsamlingen ved at jeg observerte hendelser og atferd som jeg oppfattet som meningsfylt og valgte å følge videre i intervjuene. På samme måte ble data fra intervjuene fulgt i praksis og tatt med til videre intervjuer med andre deltakere. Først ble alle de transkriberte intervjuene og feltnotatene gjennomlest flere ganger for å bli kjent med innholdet. Da jeg skulle begynne kodingen tok jeg i bruk analyseverktøyet NVivo (2017) for å kode, organisere og strukturere materialet i meningsfulle kategorier.

I artikkel II valgte jeg å kode transkriberte intervjuer med sykepleiere, med pasienter og feltnotatene hver for seg. Jeg tok først for meg data fra sykepleierintervjuene og startet med ett intervju. Jeg identifiserte ord, setninger og tema som tredde frem i materialet som jeg deretter plasserte i en

kategori som jeg ga et navn som representerte det jeg oppfattet var kjernen i tekstutsnittet (Roper & Shapira, 2000, Miles et al., 2014). Deretter gikk jeg igjennom ett og ett sykepleierintervju og opprettet nye kategorier eller plasserte tekstutsnitt i eksisterende kategorier dersom de passet inn. Da jeg hadde kodet alle sykepleierintervjuene gikk jeg igjennom tekstutsnittene i samtlige kategorier, jeg så etter likhetstrekk mellom ulike kategorier og gjorde nye vurderinger og fortolkninger av hvilke tekstutsnitt som hørte hjemme i hvilke kategorier. Jeg endte med 103 kategorier fra sykepleieintervjuene, f.eks. *Den spesielle hjemmetjenesten, Skape tid og rom og Samtale*. Etter at alle sykepleierintervju var kodet gikk jeg videre og benyttet samme fremgangsmåte på pasientintervjuene. Jeg endte med 61 kategorier fra pasientintervjuene, f.eks. *Innhold i hverdagen, Å bli tatt på alvor og Travelhet*. Til slutt kodet jeg feltnotatene på samme måte hvor jeg gikk igjennom en dags feltnotater om gangen. Jeg endte med 101 kategorier fra feltnotatene, f.eks. *Å kjenne hverandre, Kontaktsøkende pasienter og Improvisere*. Noen kategorier gikk igjen mellom de ulike datakildene.

I artikkel III valgte jeg å analysere datamaterialet fra feltobservasjonene og intervjuene med sykepleiere og pasienter samlet, på bakgrunn av erfaringer fra analysen i artikkel II. Jeg startet denne gangen med feltnotatene da disse beskrev atferden jeg hadde observert som ledet meg til denne artikkelens fokus. Jeg kodet tekstutsnittene i feltnotatene på samme måte som i artikkel II. Deretter ble ett og ett pasientintervju, og så sykepleierintervjuene kodet i nye og eksisterende kategorier fra feltnotater. Da alle data var kategorisert gikk jeg kritisk igjennom alt datamaterialet og gjorde nye vurderinger og fortolkninger av hvilke tidsutsnitt som hørte hjemme i hvilke kategorier, på samme måte som

i artikkel II. Jeg endte med 84 kategorier, f.eks.: *Individuelle tilpasninger, Å gjøre andre oppgaver enn vedtaket sier og Paternalisme.*

### *Sortering etter mønstre*

Det neste trinnet innebærer å sortere eller gruppere de meningsfulle kategoriene i mindre sett. Man utvikler temaer ut fra grupperingene og man får følelse av mulige sammenhenger mellom informasjon (Roper & Shapira, 2000). Også her valgte jeg litt ulik framgangsmåte i artikkel II og III.

Etter jeg, i analysen til artikkel II, hadde kodet materialet i meningsfulle kategorier slet jeg med å finne veien videre da materialet var så omfattende. Jeg valgte å sortere datamaterialet med utgangspunkt i hensikten om å få økt forståelse for SPR i denne konteksten og så derfor etter mønstre som kan vise til meninger, oppfattelser og erfaringer med SPR. Etter hvert som jeg leste gjennom kategoriene og materialet, ble større trekk i datamaterialet tydeligere for meg. Jeg sammenfattet essensen av hver kategori med egne ord og opprettet tabeller med tre kolonner som representerte data fra sykepleierintervjuer, pasientintervjuer og observasjoner som jeg grupperte de meningsfulle kategoriene (med tilhørende tekstutsnitt og sitater). Kategorier innenfor hvert perspektiv (sykepleier, pasient og observatør) ble sortert og resortert flere ganger og gruppert sammen under felles mønsterkategorier som reflekterte identifiserte mønstre, og inkluderte både innsideperspektivene til deltakerne og observatør-perspektivet. Utforskningen av kulturelle mønstre bestod ikke bare i å se etter det som deltakerne aktivt gjorde eller sa, men også av å undersøke det som mange *ikke* gjorde eller sa. Et eksempel er hvordan pasientene omtalte sykepleiernes bruk av alarmtelefon som en indikasjon på hvor travelt sykepleierne har det, mens sykepleierne ikke nevnte deres



telefonbruk inne hos pasientene, noe som kan tyde på at sykepleiere ikke oppfatter bruken som problematisk. Analysen resulterte i fire temaområder som var tydelig innen samtlige tre perspektiver.

I analysen til artikkel III valgte jeg å analysere data fra sykepleierintervju, pasientintervju og deltagende observasjon samlet allerede ved kodingen av meningsfulle kategorier. Min intensjon var å se etter helheten, felles atferdsmønstre relatert til, og forståelser av det organisatoriske systemet. Jeg hadde som nevnt identifisert 84 meningsfulle kategorier og skrev nå sammendrag av det jeg tolket som kjerneinnholdet i hver av disse. Dette var for å redusere innholdet i kategoriene til en håndterbar mengde. Jeg opprettet en tabell hvor jeg satte inn sammendragene, sammen med sentrale sitater og feltnotater innen hver kategori. De meningsfulle kategoriene ble på nytt sammenlignet med hverandre, sortert og re-sortert til jeg til slutt satt igjen med 21 kategorier, som igjen ble sortert og gruppert i 7 mønsterkategorier. Disse ble så gruppert i tre endelige temaområder (se tabell 4 i artikkel III).

#### *Identifisere ekstremverdier - Outliers*

Ifølge Roper og Shapira (2000) kan situasjoner, hendelser eller settinger som ikke *passer* med resten av resultatene bli identifisert. Disse holdes i bakhodet og etter hvert som de ulike stegene i forskningsprosessen utvikles tas det stilling til om det f.eks. skal innhentes mer informasjon om hendelsene.

Under datainnsamling og analyse vurderte jeg hvorvidt deltakernes praksiser og uttrykte meninger så ut til å sammenfalle med resten av datamaterialet, og søkte aktivt å forstå meningen bak praksiser og uttrykte meninger som kunne tolkes som ekstremverdier. Gjennom intervju og uformelle samtaler kunne jeg da teste hvorvidt jeg hadde tolket en handling

eller ytring riktig, og om det kunne forstås som en ekstremverdi (outlier) (Roper & Shapira, 2000, Miles et al., 2014). Data som ikke passet med resten av funnene ble gruppert for seg og vurdert opp mot resten av funnene for å avgjøre om dette var et tema som burde følges videre, eller som kunne bidra til ny forståelse av funnene. Uttrykte meninger og praksiser ble også vurdert opp mot hverandre for å se om de samsvarte. Det var særlig en sykepleiers uttrykte meninger som ikke passet inn med resten av sykepleiernes uttrykte meninger. Jeg brukte denne sykepleierens ytringer for å kritisk vurdere hvorvidt jeg kunne finne tilsvarende meninger hos resten av deltakergruppen, noe jeg ikke fant. Jeg sammenlignet så sykepleierens ytringer med samme sykepleiers handlinger og oppdaget at det sykepleieren sa ikke korresponderte med sykepleierens praksiser, hvor også denne sykepleieren hadde adoptert lignende praksiser som resten av deltakergruppen. Ytringer som ikke passet med resten av data ble da kategorisert som outliers. Ekstremverdier ble også brukt for å avdekke eller bekrefte kulturelle likheter. F.eks. var det en hendelse hvor en sykepleier ikke tok av jakken hjemme hos en pasient som reagerte med irritasjon på det. Dette bekreftet mine observasjoner og tydeliggjorde sykepleiernes ritualer med å ta av jakken og symbolikken som lå i det, en måte å si at: *jeg har tid til deg*. Jeg diskuterte også slike hendelser med deltakerne for å forstå om de selv reflekterte over det.

### *Generalisering med konstruksjoner og teorier*

Ifølge Roper og Shapira (2000) er oppdagelsen av stadig voksende og abstrakte nettverk av sammenhengende konsepter som kan forklare hendelser og praksiser et sentralt mål i fokusert etnografisk analyse. For å kunne generalisere funn om SPR i hjemmesykepleiekulturen søkte jeg etter

forbindelser mellom deltagernes innsideforståelse (emic) av praksiser og meninger, og mine utside fortolkninger (etic) av de samme praksisene og meningene. Jeg forsøkte å undersøke mønstrene og funnene i lys av eksisterende teorier og litteratur for en dypere forståelse av de rike og komplekse dataene. Hvordan denne generaliseringen foregår, rent konkret, gjøres i liten grad rede for i litteraturen (Cruz & Higginbottom, 2013) eller eksisterende fokuserte etnografier (Higginbottom, 2011, Nelson, 2016).

I analysen av artikkel II og III innebar dette steget bl.a. litteraturgjennomgang og refleksjoner over mønstre som ble identifisert gjennom koding og sortering, i et forsøk på å forstå identifiserte mønstre og sammenhenger. Et konkret eksempel på min fremgangsmåte i dette steget var søken på å forstå sykepleierne praksiser med bl.a. å trikse med tidtakerne. Sykepleiere hadde selv uttrykte meninger om bakgrunnene for denne praksisen. Jeg søkte igjennom litteratur etter forklaringer på fenomenet og fant beskrivelser av lignende praksiser i andre profesjoner. Jeg kom over begrepet *Gaming the system*, som kan defineres som å bruke regler og prosedyrer (som i utgangspunktet er skapt for å beskytte et system) for å manipulere systemet slik at man får et ønsket utfall. Slik *gaming* kan være basert på altruistiske motiver, men kan også foregå i egen persons interesse (Régis, 2011). Som funnene demonstrerer var praksisen med å game systemet mer utbredt enn kun sykepleiernes triksing med tidtakeren, men dette er et eksempel på hvordan denne delen av analyseprosessen foregikk. Jeg vil påpeke her at *generalisering* i denne sammenhengen ikke betyr at funnene er generaliserbare i kvantitativ forstand, men at viktige prinsipper allikevel kan utledes som kan bidra til økt forståelse av praksiser, overbevisninger og fenomener i lignende settinger.

### *Notater med reflekterende bemerkninger - Memos*

Memos er innsikt eller ideer som man har om dataene og skrives underveis for å kunne vite om noe behøver ytterligere avklaring eller testing. Memos hjelper forskere å holde oversikt over sine antagelser, fordommer og meninger gjennom hele forskningsprosessen (Dale et al., 2012). Underveis i datainnsamlingen, under og etter observasjoner, etter intervju og underveis i analyseprosessen har jeg notert ned mine egne refleksjoner, tanker og ideer i form av memos som representerer mine umiddelbare tanker og fortolkninger i prosessen (Roper & Shapira, 2000, Miles et al., 2014).

### **5.3.6 Etske overveielser**

Som sykepleier er etiske overveielser sentralt i min profesjon, og det faller meg naturlig å konsekvent vurdere hvordan mine valg i forskningsprosessen påvirker menneskene rundt meg, og spesielt deltakerne i studien. Samtidig krever forskningsetikk og profesjonsetikk ulike etiske overveielser. Begrepet forskningsetikk viser til verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å regulere vitenskapelig virksomhet. Forskningsetikken har sitt opphav i FN's menneskerettighetskonvensjon og reguleres blant annet gjennom Helsinkideklarasjonens prinsipper om god etisk standard i forskning som involverer mennesker (Hamran, 1992). Norsk Sykepleierforbund baserer sine forskningsetiske prinsipper på International Council of Nurse`s (ICN), som igjen har hentet sitt grunnlag fra Helsinkideklarasjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2011, World Medical Association, 2013). I etnografiske studier er forskeren også forskningsinstrumentet, noe som innebærer at jeg er nær personene som gjøres til gjenstand for forskningen. Det har krevd en særlig kritisk bevissthet om min rolle i feltet og en følsomhet og bruk av skjønn i møte med deltakerne.

### *Informert samtykke*

Sykepleiere som ble inkludert i studien deltok både på intervju og observasjon og i tråd med NESH (2006) punkt 9 (hensyn til personvern) ble informert skriftlig samtykke innhentet før datainnsamlingen startet. Blant pasientene var det mer komplisert å sørge for at tilstrekkelig informasjon ble gitt og samtykke innhentet blant alle som ble observert med sykepleierne. Hjemmesykepleien er lagt opp med mange og korte besøk hos ulike pasienter, noe som betyr at deltakende observasjon er uforutsigbart. Av etiske og juridiske hensyn var jeg opptatt av at alle pasienter som ble observert i samspill med sykepleierne fikk informasjon om studien og hadde mulighet til å samtykke til deltakelse. Jeg kontaktet derfor rådgivere ved REK og Senter for Medisinsk Etikk i forkant av studien, og utarbeidet en plan for innhenting av informert samtykke. Ved hvert besøk hos nye pasienter gikk sykepleier først inn og informerte om hvem jeg var og om det var greit at jeg kom inn. Deretter ga jeg kort muntlig informasjon om studien og tilbydde pasientene et skriv med informasjon og sørget for å få muntlig samtykke for min tilstedeværelse. Da mange av besøkene hos pasienter var svært korte og mange pasienter ikke var interessert i formalia var det utfordrende å sikre at tilstrekkelig informasjon ble gitt (og forstått) hver gang, samt å sørge for at pasientene forstod hva de samtykket til.

Pasientenes helsetilstand og samtykkekompetanse ble vurdert av sykepleierne før invitasjon til deltakelse i intervju. Pasienter som ble inkludert til intervju fikk utdypende muntlig og skriftlig informasjon om studien på lik linje med sykepleierne. Deltakerne ble informert om at all data ville bli anonymisert og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi grunn. Det var viktig for meg at deltakerne visste at de kunne trekke seg dersom de opplevde å ha fortalt noe de ikke ønsket at skulle brukes i

forskningen. Det forskningsetiske ansvaret ligger hos forskeren og informert samtykke kan aldri frita meg fra det ansvaret. Helsinkideklarasjonen slår fast at samfunnets og vitenskapens behov for ny kunnskap aldri kan forsvare at forskningsobjektet utsettes for unødig (og ufrivillig) ubehag og risiko (World Medical Association, 2013). Det oppstod ingen problematiske eller utfordrende situasjoner, og ingen deltakere har valgt å trekke tilbake opplysninger. Samtykket gjaldt for hele innsamlingsperioden, men siden deltagende observasjon er uforutsigbar og går over tid valgte jeg å se på prosessen med informert samtykke som dynamisk og kontinuerlig, noe som innebærer at jeg ved nye situasjoner spurte deltagere om de samtykket til min tilstedeværelse og minnet om muligheten til å trekke samtykket underveis. Av etiske og juridiske hensyn valgte jeg å ikke observere sykepleierne under rapportene på starten av, og midt i vaktene. Min hensikt var å unngå situasjoner hvor taushetsbelagte opplysninger ble utlevert om pasienter som ikke hadde samtykket til min tilstedeværelse.

#### *Anonymisering og behandling av personidentifiserbare data*

Alle direkte og indirekte personidentifiserbare opplysninger er håndtert i henhold til Personopplysningsloven (2000), Helseforskningsloven (2008) og Nord universitets kvalitetssikringssystem (Nord Universitet, u.å.). Det ble gjort digitalt opptak av samtalene, noe deltakerne ga tillatelse til før intervjuene startet. Opptakene ble lagret i henhold til NESH (2006) og ble slettet etter transkripsjon. Gjennom samtykkeskjema ble direkte personidentifiserbare data samlet inn og registrert. Disse ble aidentifisert med en tallkode (koblingsnøkkel). En loggbok knyttet sammen deltakernes navn og tallkoden, og loggboken ble oppbevart i et låst skap på universitetets område, atskilt fra

Samtykke-skjema og innsamlet data. Samtykkeskjemaene ble også oppbevart forskriftsmessig. I de transkriberte intervjuene er det registrert indirekte personidentifiserbare opplysninger som kjønn, utdanning og alder. I tillegg ble det enkelte ganger referert til stedsnavn som kan være personidentifiserende sammen med andre opplysninger. Disse data ble lagret elektronisk på PC låst med kode og oppbevart på låst rom. Alle data som publiseres i studien anonymiseres og kan ikke identifisere enkeltpersoner i materialet, jamfør krav om konfidensialitet (NESH, 2006). Alle lagrede data slettes ved studiens slutt og lagres ikke for gjenbruk jamfør NESH (2006) punkt 15, ettersom det ikke var avtalen.

#### **5.4 KAPPESYNTese**

I denne kappen ønsket jeg å løfte forståelsen av funnene i avhandlingens tre artikler til et høyere abstraksjonsnivå for potensielt å kunne utvikle overgripende teoretiske forklaringer på sykepleiere og pasienters overbevisninger og praksiser. Jeg valgte derfor å gjennomføre en ny syntese hvor målet var knyttet til avhandlingens overordnede hensikt om å utforske og få økt forståelse for SPR som profesjonell praksis i en tid av NPM. Jeg benyttet samme framgangsmåte som i syntesen av artikkel I og siden utvalget artikler var bundet til avhandlingen utførte jeg ikke nye litteratursøk. Jeg anså en egenevaluering av mine egne artiklers kvalitet som en potensiell feilkilde og ba derfor en kollega gjøre en kvalitetsevaluering i henhold til CASP (2013). CASP er ikke velegnet til evaluering av ME (artikkel I), og artikkel I ble i tillegg vurdert med hensyn til validitetskriterier skissert av Noblit og Hare (1988) og Bondas og Hall (2007a). Samtlige artikler føyer seg etter ENTREQ (Tong et al., 2012) rammeverk for synteserapportering (artikkel I) eller COREQ (Tong et al., 2007)

retningslinjer for rapportering av kvalitativ forskning (artikkel II og III). Som nevnt ble nye retningslinjer for gjennomføring av metaetnografi publisert i 2019 (France et al., 2019), og eksisterte ikke da syntesen av avhandlingens artikler ble gjennomført. Jeg har retrospektivt sjekket at kappen og syntesen samsvarer retningslinjer og anbefalinger for rapportering av ME (ibid).

Som forfatter av de tre artiklene som var inkludert i syntesen, hadde jeg inngående kjennskap til artiklenes funn. Jeg gikk allikevel systematisk igjennom hver artikkel og identifiserte nøkkeltema og metaforer som ble brukt som grunnlag for å sammenligne og sortere fortolkninger, for å se etter likheter og forskjeller mellom temaene og gjøre nye fortolkninger av sammenhengene mellom studiene. Rekkefølgen studier sammenlignes kan påvirke syntese-resultatet (Campbell et al., 2011), og jeg vurderte at det var mest naturlig å velge en kronologisk tilnærming. Jeg begynte med artikkel I hvor identifiserte tema og metaforer fra artikkel I ble sammenlignet med identifiserte tema og metaforer i artikkel II. I denne fasen opprettet jeg nye oversatte tema, som så ble sammenlignet med identifiserte tema og metaforer i artikkel III. Artiklene hadde flere overlappende temaer, men også unike tema. Etter å ha sammenlignet, fortolket og evaluert artiklene vurderte jeg det slik at studiene kunne danne en argumentasjonslinje og dermed kunne en argumentasjonslinjesyntese gjennomføres (Noblit & Hare, 1988, Campbell et al., 2011).

En argumentasjonslinjesyntese undersøker hva man kan si om en helhet basert på de individuelle studiene som er inkludert. Målet er å skape en ny helhetlig forståelse som er større enn de individuelle delene (Noblit & Hare, 1988, Campbell et al., 2011). De oversatte temaene ble sammenlignet, fortolket, satt sammen i ulike kategorier og tatt fra hverandre igjen i forsøk på å forstå helheten. Prosessen med å utvikle kappesyntesen kan ikke reduseres til



mekaniske skritt da det involverte mye tankearbeid, refleksjoner og fortolkninger fram og tilbake. Gjennom prosessen med oversettelser, fortolkninger og refleksjoner utviklet jeg en syntese som representerer en ny forståelse av artiklenes samlede funn. Jeg skisserte et utkast av en syntesemodell som jeg brukte som utgangspunkt i det videre arbeidet med tekstmaterialet. Jeg leste på nytt igjennom artiklene og identifiserte tema og metaforer i lys av synteseutkastet. Jeg forsøkte å bevare nøkkelfunnene i hver artikkel samtidig som jeg utviklet metaforer med tilstrekkelig helhet og abstraksjon til å integrere funnene i alle artiklene og utvikle sammenhengende beskrivelser (Noblit & Hare, 1988, Pope et al., 2007, Atkins et al., 2008). Gjennom denne prosessen utviklet jeg åtte konstruksjoner som uttrykker argumentasjonslinjesyntesen, samt en synteseillustrasjon (Figur 4) som synliggjør en helhetlige forståelse av SPR som profesjonell praksis.

## 6. RESULTATER

I resultatkapittelet velger jeg kun å gi en helt kort oppsummering av hovedfunnene fra hver av de tre artiklene. Mitt hovedfokus i dette kapittelet er på funnene fra kappesyntesen av avhandlingens tre artikler. For dypere innblikk i de enkelte artiklenes funn henviser jeg derfor leseren til de vedlagte artiklene, som med fordel kan leses før kappesyntesen og påfølgende diskusjon.

### 6.1 DELSTUDIE I

Gjennom å syntetisere kunnskap fra publiserte kvalitative studier basert på pasienter og sykepleieres perspektiver i kommunehelsetjenesten, var hensikten med delstudie I (artikkel I) som nevnt å utforske og få økt forståelse for om, og hvordan sykepleier-pasient relasjoner kan fremme pasientens helse.

#### 6.1.1 Artikkel I – *The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography.*

Ti primærstudier som ble publisert mellom 1997 og 2014 innfridde forskningshensikten og inklusjonskriteriene, og ble vurdert til å ha høy kvalitet ved bruk av CASP (2013). Inkluderte studier rapporterte lignende funn og en sammenlignende oversettende syntese var mulig (Noblit & Hare, 1988). Seks sentrale tema ble identifisert: Entre pasientens verden; Å ha tillit og dele av seg selv; Identifisere ulike behov og avdekke endringer; Pasienter som mestere over egen helse; Pasienter opplever helse i sykdom og Sykepleiere strekker seg lengre. Disse sentrale temaene ble syntetisert til metaforen *sykepleier-pasient*

*relasjoner som en fortelling om helsefremming*, som illustrerer betydningen av den felles fortellingen som sykepleier og pasient sammen danner.

Funnene viser at SPR er helsefremmende og virkningsfulle på flere måter enn pasientens subjektive opplevelse av omsorg. Funnene øker forståelsen av hvordan sykepleier-pasient relasjoner kan fremme pasienters helse, ikke bare når det gjelder sykdom, fysisk tilstand og behandling, men også fysisk, emosjonell, psykisk og sosial velvære. I sykepleier-pasient relasjoner ligger også potensiale om å styrke pasientens egne helsefremmende ressurser.

## **6.2 DELSTUDIE II**

Delstudie II er som nevnt en empirisk studie gjennomført i seks ulike hjemmetjenesteområder, i to norske kommuner. Jeg benyttet fokusert etnografisk tilnærming (Roper & Shapira, 2000) med deltagende observasjon og intervju med ti sykepleiere og åtte pasienter. To artikler er publisert fra delstudie II og metode og datamateriale er den samme i begge artiklene, men datamaterialet er analysert med ulikt fokus og hensikt.

### **6.2.1 Artikkel II – The nurse-patient relationship in the New Public**

#### **Management era, in public home care: A focused ethnography**

Hensikten med artikkel II var å få økt forståelse for sykepleier-pasient relasjoner i en tid av NPM i norsk hjemmesykepleie, gjennom å utforske sykepleieres og pasienters opplevelser og praksiser i hjemmesykepleien.

Funnene demonstrerer den vedvarende betydningen av SPR i moderne norsk hjemmetjeneste. Samtidig identifiseres store variasjoner i grad av nærhet og følelsesmessig engasjement. Organisatoriske grenser, tids-begrensninger,

høy arbeidsbelastning og disharmoni mellom sykepleieres kompetanse og pasienters komplekse sykdommer påvirker praksis på en måte som reduserer betydningen av SPR, og påvirker forholdene hvor disse relasjonene dannes og utvikles. I møte med et system som sykepleiere opplever at er sub-optimalt velger sykepleiere å praktisere på bakgrunn av sine egne profesjonelle vurderinger og funnene indikerer kulturelle mønstre i måtene sykepleiere og pasienter velger å prioritere og ivareta sykepleier-pasient relasjonen. Funnene er kategorisert i fire tema: Hjemmetjenesten som en kompleks og fragmentert arena for sykepleier-pasient relasjoner; Nærhet og følelsesmessig involvering; Pasienter med komplekse behov og sykepleiere som mangler kompetanse og Samspill og friksjon i SPR.

Hjemmesykepleiekulturens idealer om helhetlig og individuelt tilpasset omsorg og pleie lever fremdeles, men funnene viser at ideal-praksis ikke kan realiseres blant annet på grunn av New Public Managements påvirkning. Det skaper en avstand mellom hjemmesykepleiekulturens idealer og den faktiske praksis i hjemmesykepleien. Over tid kan det oppstå en overgang til en New Public Management-kultur som vil få betydning for kvaliteten i sykepleier-pasient relasjoner, og meningene sykepleiere og pasienter legger i relasjonene.

### **6.2.2 Artikkel III – Gaming the system to care for patients: A focused ethnography in Norwegian public home care**

Hensikten med denne artikkel var å oppnå økt forståelse for hvordan sykepleiere og pasienter forholder seg til og håndterer organisasjonssystemene de utsettes for i norsk hjemmesykepleie.

Funnene indikerer kulturelle mønstre knyttet til det som kan sees som sykepleieres ulydige atferd og manipulering av organisasjonssystemer som de

oppfatter at baseres på økonomiske verdier i stedet for helhetlig omsorg og humanistiske verdier. Rigid organisering gjør det vanskelig å avvike fra forhåndsdefinerte oppgaver og tilpasse sykepleien til pasientens skiftende behov. Manipulering av systemet skaper paradoksalt nok muligheter for å skreddersy sykepleie. Sykepleiernes handlinger bygger på antagelser om hvilke aspekter av sykepleie som er essensielle for å fremme pasientens helse og sikre velvære. Dette er blant annet individualisert pleie, sykepleier-pasient relasjoner og omsorg, aspekter sykepleiere oppfatter som lite verdsatt i New Public Management inspirert organisering. Funnene viser at pasientene deler sykepleiernes oppfattelse av hva som er sentralt for å muliggjøre sykepleie av høy kvalitet, og at de tilpasser sin atferd for å lette sykepleieres arbeid, og unngår å stille krav til sykepleierne. Funnene er kategorisert i tre hovedområder: Rigide organisasjonssystemer som kompliserer sykepleie på pasientens bekostning; Å fokusere på pasientens helse og velvære og Kompensere for et mangelfullt system.

Funnene synliggjør at organisasjonssystemene på mange måter hemmer sykepleie og omsorg av høy kvalitet, og at pasientene får helhetlig omsorg, ikke på grunn av, men på tross av systemet. De observerte praksisene til sykepleiere og pasienter er fortolket som måter å bevisst eller ubevisst «lure systemet» for å sikre at pasienten mottar best mulig pleie. Sykepleiernes luring av systemet kan ironisk nok også være med på å få NPM til å fremstå mer problemfri enn det som faktisk er tilfelle.

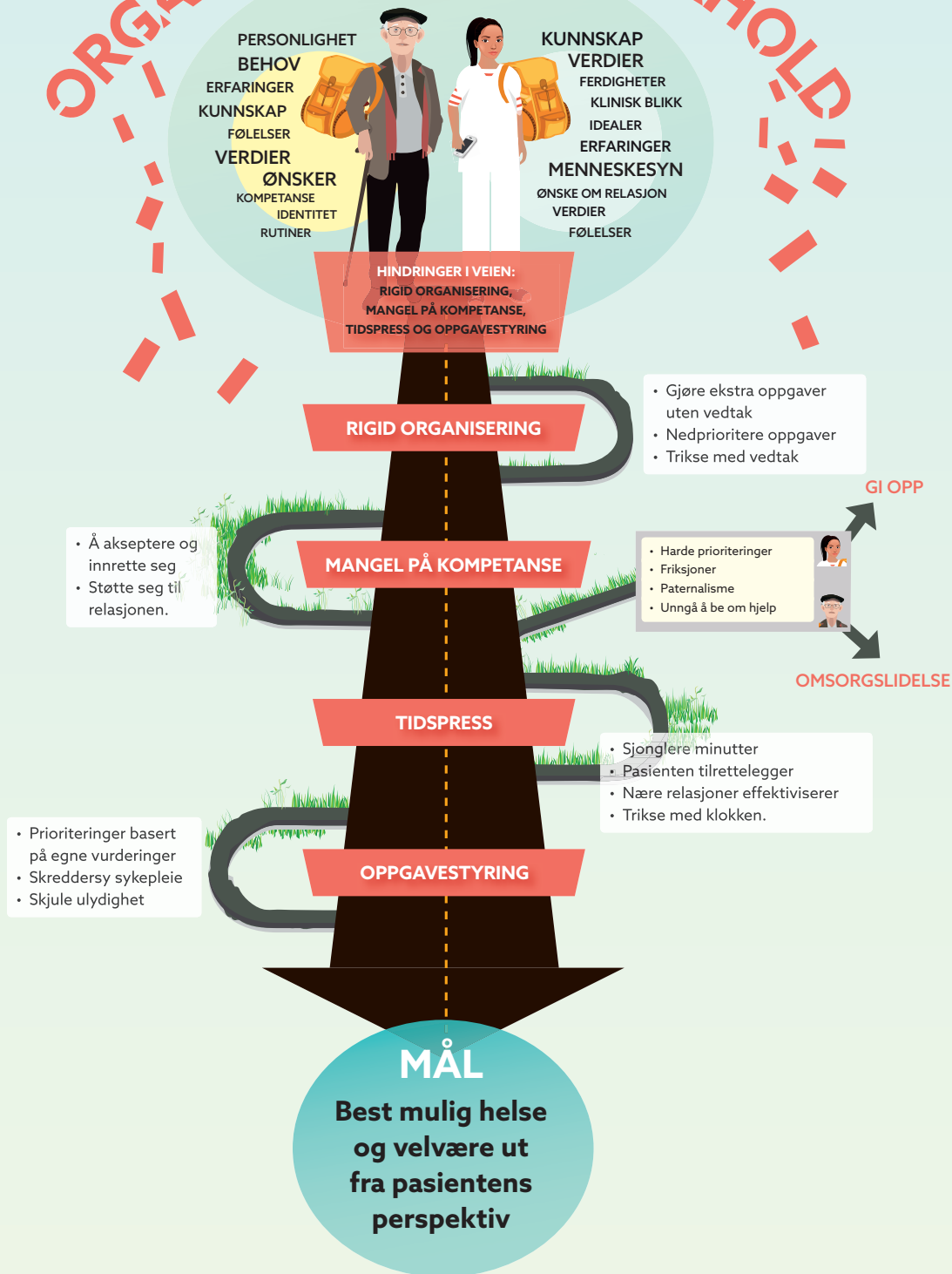
### **6.3 SYNTSE AV AVHANDLINGENS SAMLEDE FUNN**

Jeg har analysert funnene fra avhandlingens tre artikler og skapt en argumentasjonslinjesyntese som bidrar til en helhetlig forståelse av SPR som

profesjonell praksis (Noblit & Hare, 1988) og uttrykker at SPR er veien som sykepleier og pasient sammen går for å nå deres felles mål om at pasienten oppnår det pasienten opplever som best mulig helse og velvære. Denne veien utfordres og forlenges av hindringer som oppstår på grunn av organisatoriske forhold, og sykepleier og pasient må finne nye stier rundt hindringene for å kunne fortsette sin vei mot målet. Stiene er mer kronglete og uforutsigbare enn relasjonsveien, og kan lede sykepleier og pasient på villspor, lengre bort fra målet. Gjennom nøye analysearbeid har ulike metaforer tredd fram for meg som jeg har valgt å benytte i syntesen, f.eks. relasjonsveien, hindringer og sykepleieren og pasientens ryggsekk. Metaforer er typisk for argumentasjonslinjesyntese (Noblit & Hare, 1988) og kan åpne for ny forståelse av komplekse og abstrakte fenomener (Wiklund, 2014), men de kan også lede leseren på ville veier. Metaforene jeg har valgt å benytte er prøvd ut i ulike sammenhenger som bl.a. forskningsseminar, for å undersøke om de hjelper på forståelsen av funnene.

Syntesen muliggjør et overblikk på hvordan sykepleiere og pasienter forstår relasjonene til hverandre, og strategiene de benytter for å utvikle og vedlikeholde SPR i hjemmesykepleien. Funnene synliggjør hvordan sykepleiere og pasienter ofte velger å følge sine egne oppfattelser av hva som utgjør sykepleie av høy kvalitet. Syntesen illustreres i Figur 4 og beskrives gjennom følgende åtte konstruksjoner: Målet er best mulig helse og velvære ut fra pasientens perspektiv; Sykepleier-pasient relasjonen er veien mot målet; Sykepleieren med sin ryggsekk; Pasienten med sin ryggsekk; Organisatoriske forhold; Hindringer i veien mot målet; Nye stier rundt hindringene og Stier bort fra målet. I resten av kapitlet omtaler artiklene kun med tallene I, II og III.

# ORGANISATORISKE FORHOLD



FIGUR 4. SYNTSEILLUSTRASJON

### **6.3.1 Målet er best mulig helse og velvære ut fra pasientens perspektiv**

I samtlige artikler fremgår forståelser som tyder på at best mulig helse og velvære for pasienten er det overordnede målet i møtet mellom sykepleier og pasient, samt at mer spesifikke delmål tilpasses den unike pasientens ønsker og behov. Det synes som at målene hovedsakelig omhandler pasientens egne opplevelser av hva som utgjør best mulig helse og velvære for akkurat ham eller henne. Målene innebærer at pasienter skal føle seg sett, hørt, bekreftet og verdifull, samt oppleve trygghet, mestring og glede (I-III). Ivaretagelsen av pasientens rent medisinske tilstand fremtrer også som et mål, i form av blant annet å oppdage tidlige tegn på sykdomsutvikling og iverksette tiltak (I, II). Pasientens medisinske tilstand vil nødvendigvis også påvirke pasientens opplevelse av egen helse.

Det overordnede målet forstås ikke som en endestasjon, hvor pasienten settes i en evig tilstand av ideell helse og velvære. Målene er derimot dynamiske, de formes og endres etter hvert som relasjonsveien blir til. Det gjør veien uforutsigbar og stiller krav til fleksibilitet, evner og muligheter til å stake ut en ny kurs (III).

### **6.3.2 Sykepleier-pasient relasjoner er veien til målet**

Funnene synliggjør det helsefremmende potensialet som sykepleiere og pasienter opplever at eksisterer i SPR. Det fremgår en forståelse av at det er gjennom SPR at best mulig helse og velvære lar seg oppnå (I-III). SPR blir på denne måten veien som sykepleier og pasient sammen må gå for å nå deres felles mål for møtet.



Relasjonens helsefremmende potensiale baserer seg på kjennskapet sykepleier og pasient utvikler sammen, og er avhengig av en gjensidighet hvor begge parter ønsker å være i SPR og bidrar aktivt (I, II). Ved første møte er sykepleier og pasient ukjente for hverandre og relasjonsveien kan forstås som smal og ujevn. Etter hvert som de beveger seg nedover langs veien utvikles ofte en gjensidig tillit hvor sykepleier og pasient deler mer personlige opplevelser som gir en dypere kontakt og mulighet til å forstå den andres perspektiv (I, II). Pasienten kan føle seg invitert til å dele sin historie, sine innerste tanker, bekymringer og utfordringer (I), og gjennom at pasienten føler seg sett, tatt seriøst, forstått, trygg og verdsatt, kan pasientens opplevelse av helse og velvære økes (I-III). Gode følelser fra disse møtene kan også vare ut over den konkrete situasjonen (II).

Tillit tar lang tid å bygge (II), men er også kjernen i SPR og muliggjøres av tid til å bli kjent og til å snakke sammen, le og gråte (I-III). Etter hvert som tillit og kjennskap utvikles blir relasjonsveien bredere og lettere å gå, noe som også betyr at de kan bevege seg raskere mot målet (II). Sykepleierne blir i tillegg ofte mer engasjert, dedikert og forpliktet, hvor de aktivt støtter sin pasient, skreddersyr pleien til den unike pasienten og strekker seg lengre for å møte pasientens behov (I, II). Nærheten i SPR, og den dype kjennskapet til pasienten gjør sykepleieren i stand til å lettere identifisere behov som pasienten ikke selv klarer å uttrykke. Sykepleiere opplever at dyp kontakt kombinert med hyppige møter over lange perioder setter dem i en unik posisjon til å observere og oppdage endringer i tilstand og behov, samt å lette pasientens sykdomsbyrde ved bl.a. å iverksette tidlige tiltak som motvirker sykdomsutvikling og at pasienten må innlegges på institusjon (I, II).

Mange sykepleiere forsøker bevisst å danne nære SPR med pasienter for at de skal få kunnskap om den individuelle pasienten og for å kunne involvere pasienten i egen pleie på en betydningsfull måte (I, II). Funnene tyder på at både sykepleier og pasient får verdifulle erfaringer og økt kunnskap om helse og sykdom av å gå relasjonsveien sammen. Pasienten blir også mer selvstendige og kompetent til å ta avgjørelser om sin egen behandling og pleie, og kan ta en større del i å forme sine egne mål, og veien dit (I, II). SPR kan dermed også ansees som en viktig del av langtidspleien og behandlingen i hjemmetjenesten (II, III).

### **6.3.3 Sykepleieren med sin ryggsekk**

SPRs helsefremmende potensiale avhenger av menneskene som inngår i den. Sykepleieren spiller en sentral rolle i å danne og ivareta helsefremmende relasjoner, og SPR vil bl.a. påvirkes av sykepleierens menneskesyn, idealer, personlighet, verdier, kunnskap, ferdigheter, klinisk blikk, erfaringer, vilje til å inngå i relasjonen og følelser for pasienten (I-III). Dette er deler av sykepleierens metaforiske ryggsekk. Hva som ligger i sykepleierens ryggsekk kan påvirkes av mange forhold, men artiklene synliggjør allikevel flere fellestrekk. Gjennomgående er sykepleierens forståelse av pasienten som et unikt individ med mange dimensjoner (fysisk, psykisk, sosial, åndelig) som henger sammen og påvirker hverandre. Pasienten har dermed også behov for pleie som ivaretar alle disse dimensjonene (I-III). Videre forstås mellommenneskelige aspekter som viktige (I, II), men også som krevende å imøtekomme (III). Sykepleiere opplever glede og tilfredshet ved å ta del i nære relasjoner (I, III), men viljen til å delta i SPR kan reduseres dersom relasjonen oppleves utfordrende (II). Kontakten mellom sykepleier og pasient forstås som

avhengig av sykepleierens evne til å være mentalt tilstedeværende i relasjonen, dele av seg selv, være engasjert og investert i pasienten. SPR påvirkes også av sykepleierens følelser for pasienten, om sykepleieren føler et profesjonelt ansvar for pasienten, eller om forpliktelsen sitter dypere og de utvikler et mer personlig forhold i tillegg (I, II).

#### **6.3.4 Pasienten med sin ryggsekk**

Sykepleiere kan ikke gå relasjonsveien alene. Pasienten må være med og sykepleieren er helt avhengig av pasientens villighet og evne til samarbeid og å delta i relasjonen (I, II). Det er allikevel sykepleierens ansvar å invitere pasienten med i SPR, et ansvar som ikke kan pålegges pasienten. Relasjonsveien vil nødvendigvis påvirkes av pasienten med sin ryggsekk full av pasientens unike erfaringer, verdier, kompetanse, personlighet, fysiske og psykiske tilstand, rutiner, følelser, ønsker og behov (I-III). Pasientens villighet til å delta i relasjonen kan bl.a. henge sammen med pasientens tidligere erfaringer fra SPR, motivasjon, ønske om hjelp og følelser for sykepleierne. For mange pasienter (spesielt ensomme) er SPR svært viktig og de kan bli nært knyttet til sykepleieren (I, II). Andre pasienter har ikke samme behov eller ønske om å inngå i nære relasjoner (III). Pasientens evne til samarbeid påvirkes bl.a. av pasientens alder, fysisk/mental sykdom, kognitiv svikt og rusmiddel-avhengighet. Det betyr at det ikke er alle pasienter som evner å delta like aktivt i SPR. Pasienter i hjemmesykepleien preges av økende alder, komplekse sykdommer, sviktende sanser og kognitiv svikt, noe som vil påvirke relasjonene som dannes i hjemmetjenesten (II, III).

### **6.3.5 Organisatoriske forhold**

Organiseringen av hjemmetjenesten skal i utgangspunktet tilrettelegge for at veien mot målet blir lettere å gå. I Figur 4 er organisatoriske forhold illustrert som et slags tak, nettopp for å synliggjøre det som kan ha vært fruktbare intensjoner om å heve kvaliteten på tjenestene og samtidig spare penger. Dette metaforiske taket skal tilrettelegge for, og beskytte veien mot best mulig helse og velvære. Funnene synliggjør derimot at taket er defekt, og de organisatoriske forholdene kompliserer utøvelsen av sykepleie, heller enn å støtte den (II, III). Hverdagen i hjemmesykepleien organiseres på bakgrunn av økonomiske verdier og funnene avdekker et komplekst og rigid organisatorisk system hvor tid, lønnsomhet og oppgavestyring er sentrale aspekter (II, III). Organisatoriske forhold fører på mange måter til hindringer i veien mot best mulig helse og velvære for pasienten.

### **6.3.6 Hindringer i veien mot målet**

Sykepleiere og pasienter møter hindringer av ulik størrelse på sin vei mot best mulig helse og velvære. Funnene viser at særlig sykepleierne opplever organiseringen av hjemmetjenester som unødvendig tungvint, rigid og byråkratisk (II, III). Mange sykepleiere oppfatter at pasientene tildeles minst mulig vedtakstid og det oppleves som unødvendig at pasienten må ha vedtak på enhver oppgave som sykepleieren skal bistå med (III). Videre rapporteres det om at sykepleiere bruker mye tid på administrative oppgaver, dokumentasjon og rapportering. Dette oppfattes av noen sykepleiere som overvåkning og uhensiktsmessig tidsbruk, og sykepleiere blir frustrerte over å måtte forsvare sine vurderinger (III).

Tilliten i SPR utfordres når sykepleiere mangler tilstrekkelig kompetanse til å ivareta komplekse behov. Sykepleiere opplever at de ikke klarer å møte det økte behovet for kompetanse som henger sammen med at pasientene i hjemmetjenesten er eldre og sykere enn før og at de skrives raskere ut fra institusjon (II). Sykepleiere prioriteres til kompliserte oppgaver, og må beherske avansert utstyr og vanskelige prosedyrer (II, III). SPR synes særlig utfordret ved psykiske lidelser og alvorlig kognitiv svikt, da sykepleiere opplever det vanskelig å kommunisere med disse pasientene, noe som kan medføre at pasienten blir usikker og sykepleieren føler seg utilstrekkelig (II).

Eldre og sykere pasienter fører til økt arbeidsbelastning når sykepleiere må respondere på flere alarmer og besøk hos pasienter forstyrres av mange telefonsamtaler (III). Mangelen på tid oppfattes av pasienter som det største hinderet i relasjonsveien (II, III). Tidspress fører til kortvarige besøk hos pasienter og reduserer sykepleiernes muligheter til å ivareta psykososiale behov, grunnleggende sykepleie, observasjoner og å skreddersy pleien (II, III). Sykepleiere fremhever at det også skaper frustrasjon og påvirker SPR, omsorg, kvalitet og medfølelse. Tidskabalene kan oppleves som helt uløselige og skaper travelhet og stress (III).

Funnene fremhever at ekstern styring av oppgaver og tidsbruk er et omfattende hinder i relasjonsveien (II, III). Sykepleiere føler seg tvunget til å følge forhåndsbestemte og tidsstyrte oppgaver på arbeidslister, noe som reduserer deres muligheter til å tilpasse sykepleien til pasientens skiftende behov (III). Oppgavestyring kombinert med stressende arbeidslister bidrar til at besøk må deles mellom flere helsepersonell, noe som fører til fragmenterte besøk, mangel på sykepleiekontinuitet, uforutsigbarhet og usikkerhet for pasienter (II, III).

### 6.3.7 Nye stier rundt hindringene

I møte med hindringer som vanskeliggjør relasjonsveien stilles sykepleierne og pasientene overfor dilemmaer knyttet til hvordan disse hindrene skal håndteres. I Figur 4 illustreres en forenklet kategorisering av hindringene, og stiene sykepleiere og pasienter velger rundt disse. Å gå opp nye stier er sykepleiere og pasienters måter å kompensere for mangelfull organisering. Funnene indikerer at deres oppfattelser av at det er gjennom SPR at pasienten kan oppnå best mulig helse og velvære (I-III) leder dem ut på jakt etter nye stier rundt hindringene, slik at de kan finne tilbake til relasjonsveien.

I møte med en organisering som oppleves tungvint og byråkratisk velger mange sykepleier å gjøre flere små omsorgsfulle handlinger som det ikke er vedtak på, men som de opplever at er viktige for pasienten (I, III). Slike handlinger oppleves av både sykepleiere og pasienter som verdifulle, men sykepleiere fremhever at de er vanskelige å fiksere i vedtakene. Noen sykepleiere manipulerer vedtakene for å få økt vedtakstiden slik at de kan bruke den tiden som de selv mener er best (III). Sykepleiere kan også velge bort og nedprioritere oppgaver de anser som mindre viktige, som f.eks. dokumentasjon eller administrative oppgaver (III) til fordel for f.eks. å bare være tilstede sammen med pasienten, når pasienten trenger det (II).

Manglende kompetanse er et vanskelig hinder å finne stier rundt da det går på sykepleiernes egne evner til å ivareta pasientens behov, og kan påvirke deres opplevelse av å gjøre en god jobb (II). Funnene viser at når tillit først er etablert i SPR er pasienter mer tilbøyelig til å tolerere sykepleierens manglende kompetanse og å dele av sin pasientkompetanse for at de sammen skal mestre komplekse prosedyrer eller vanskelige situasjoner. Gjennom at pasienten aktiverer sine ressurser kan sykepleieren på denne måten støtte seg til SPR som

allerede er dannet (I, II). Det fremstår videre som at noen pasienter trivialisierer sin egen lidelse, stiller få krav og bare er takknemlige for at sykepleieren gjør sitt beste og forsøker å hjelpe (II, III).

Å manipulere tidtakerne er en utbredt måte for sykepleiere å forsøke å manøvrere rundt tidspresset. Ved å gjøre dette og dokumentere som om de har vært hos pasienten hele vedtakstiden selv om de ikke har det, sikrer sykepleierne at pasienten ikke mister vedtakstid (III). Forståelser av viktigheten av å skape tid og muligheter til samtaler, relasjonsbygging og uforutsette hendelser, gjør at de sjonglerer minutter mellom pasienter. Ved å bruke mindre tid hos en pasient som har en god dag og har nok tid på vedtaket, kan de bruke mer tid hos andre som trenger det (II, III), en slags Robin-Hood mentalitet i sykepleie. Sykepleierne er også avhengige av pasientens villighet og evne til å samarbeide for å håndtere tidspresset. Pasientenes forsøk på å tilpasse sin atferd, forberede seg til besøket og organisere dagene etter sykepleieren kan forstås ut fra deres ønske om å glede sykepleierne og ville gi tilbake (I-III). Det fremstår dermed som at nære SPR kan effektivisere besøkene ved at pasientene motiveres til å tilrettelegge, og samarbeidet flyter raskere (I, II).

Sykepleiere føler en dyp forpliktelse for å ivareta pasienten og å tilpasse pleien til pasientens unike og skiftende behov (I-III). Flere uttrykker at de føler seg kompetente, kjenner pasienten best og vil ha frihet til å bedømme hvordan deres tid best kan disponeres (III). Til tross for at arbeidsoppgavene er forhåndsbestemt og tidsstyrt velger mange sykepleiere å gjøre omprioriteringer basert på egne vurderinger, kombinert med pasientens ønsker og behov. På denne måten kan pleien skreddersys til de behovene som er viktigst for akkurat den pasienten, akkurat den dagen. Å gå relasjonsveien sammen med pasienten gir dem kunnskapen som er nødvendig for å være i stand til å skreddersy pleien,

og ofte prioriteres tid til samtaler (II, III). Noen sykepleiere er åpne om sine vurderinger og forsvarer de om nødvendig til sine ledere, mens andre gjør andre oppgaver i hemmelighet og føler de gjør noe ulovlig (III).

### **6.3.8 Å ikke finne stier rundt hindringene**

Funnene indikerer at sykepleiere og pasienter forsøker å *klatre over hindringer* som ikke er så store at det stopper dem i å fortsette videre på relasjonsveien. Med det menes at de ofte strekker seg for at pleien skal kunne gis i tråd med organisatoriske rammer og krav, uten at det går på akkord med de menneskesyn, verdier, idealer osv. som sykepleier og pasient har i sine ryggsekker (II, III).

Når hindringene er vanskelige eller umulige å overkomme og de ikke finner stier rundt, kan det oppleves svært utfordrende. Sykepleiere og pasienter kan allikevel forsøke å klatre over slike hindringer. F.eks. for å overkomme tidspresshinderet blir sykepleierne helt avhengige av pasienter som forbereder seg og tilrettelegger for raske besøk (II). Pasientene er gjerne like opptatte av at sykepleierne skal ha det bra, som sykepleierne er av at pasientene skal ha det bra (I). Mange pasienter synes synd på sykepleierne når de har det travelt (II), og opplever ubehag ved å bruke sykepleiernes dyrebare tid. Pasienter kan unngå å stille spørsmål eller be om hjelp, stille få krav, trivialisere egne lidelser og strekke seg svært langt for å forsøke tilrettelegge (II, III). Prioriteringene rundt hvilke behov som er viktigst blir hardere, og sykepleierne opplever å måtte prioritere bort flere av pasientens helt grunnleggende behov (III). Videre viser funnene at fokus skyves bort fra pasienten og mot tiden, hvor sykepleier kan bli opptatt med å innfri målene om korrekt tidsbruk (III). Noen ganger gir sykepleiere og pasienter opp forsøkene



om å overkomme hindringene, og aksepterer at pasienten ikke får hjelp med alle sine behov. De stanser da sin vandring ned relasjonsveien (II, III).

I møte med uoverkommelige hindringer kan sykepleier og pasient havne på forskjellige stier og bevege seg bort fra hverandre, og relasjonsveien. Stress og travelhet skaper friksjoner og usikkerhet i SPR. Sykepleiere kan opptre mer paternalistisk og presse pasienter for å få gjennomført oppgavene. Som en konsekvens kan pasienten låse av, og nekte å samarbeide eller motta hjelp (II). Særlig utfordrende er dette i møte med pasienter som lider av psykiske lidelser og kognitiv svikt. Disse relasjonene fremstår spesielt utsatte for å bli preget av stillhet og SPR kan nærmest bli ikke-eksisterende. Overflatiske relasjoner kan øke pasientens omsorgslidelse, lede til møter hvor nærhet og omsorg er fraværende, og gjøre at pasientens behov ikke møtes dersom sykepleiere bare mekanisk gjennomfører oppgavene i vedtakene og ingenting mer (I-III).

## 7. DISKUSJON

I denne avhandlingen utforsker jeg SPR som profesjonell praksis i hjemmesykepleiekontekst som er organisert med utgangspunkt i NPM-ideologier, slik det fremkommer av deltagende observasjon og intervjuer med sykepleiere og pasienter. For å få økt forståelse for SPR i hjemmesykepleie har det vært viktig å få kunnskap om SPRs helsefremmende potensiale, gjennom å syntetisere internasjonale primærstudier. Relasjonenes helsefremmende potensiale kan hemmes eller fremmes av sykepleiernes vilkår og muligheter i praksis (Tønnessen et al., 2011). Funn er presentert i tre artikler hvor forskningsspørsmålene er forsøkt besvart og diskutert i de individuelle artiklene. I dette diskusjonskapittelet vil jeg med utgangspunkt i avhandlingens overordnede hensikt om økt forståelse av SPR som profesjonell praksis, diskutere artiklenes funn og kappesyntesen opp mot teori og tidligere forskning. Det er NCS som er teoretisk perspektiv, men jeg trekker også inn andre teoretiske ståsteder og forskning da det bidrar til økt forståelse av funnene. Til slutt vil jeg i kapittel 7.6 belyse metodologiske betraktninger.

I artiklene har jeg integrert sykepleierne og pasientenes perspektiver i større grad enn jeg gjør i kappediskusjonen hvor fokus er på *sykepleiernes* profesjonelle praksis, uttrykt som ivaretagelse av SPR og helhetlig sykepleie. Min avhandling er en ph.d. i studier av profesjonspraksis, som er en tverrfaglig doktorgradsutdanning hvor man søker å utvikle kunnskap om profesjonsutøvelse. Å løse utfordringer i praksis krever sensitivitet, skjønn, dømmekraft og kunnskap om hva som er riktig å gjøre i den konkrete situasjonen og ferdigheter til å faktisk gjøre det. Sykepleiernes kunnskaper, ferdigheter og

moral kommer dermed til uttrykk i deres handlinger i møte med pasienten (Halås et al., 2017).

## **7.1 SYKEPLEIER-PASIENT RELASJONER SOM PROFESJONELL PRAKSIS I HJEMMESYKEPLEIE**

I avhandlingen omtaler jeg SPR som profesjonell praksis. Denne konkrete ordlyden ble utviklet i arbeidet med kappen, som et resultat av kappesyntesen. I arbeidet med avhandlingen har dybden og bredden av SPR blitt enda tydeligere for meg, og hvordan innholdet i relasjonene er uendelig mye mer enn det som er synlig på overflaten. Sykepleie er anerkjent som en profesjon (Lund, 2012) og Parsons (1968) beskrev profesjoner som yrkesgrupper med tre essensielle kjennetegn: formell opplæring, tilegnelse av bestemte ferdigheter og institusjonalisert bruk av kunnskaper og ferdigheter som profesjonen behersker (ibid). SPR som profesjonell praksis henviser til måtene sykepleierne anvender sine kunnskaper og ferdigheter i møte med pasienter. Det reflekterer forståelsen av at det er *gjennom* SPR at sykepleiernes kunnskaper og ferdigheter kommer til uttrykk, og i størst mulig grad kan benyttes for å gi helhetlig omsorg, pleie og å støtte pasientens helseprosesser (Dahlberg & Segesten, 2010). SPR blir dermed en profesjonell praksis, hvor praksis i denne sammenhengen forstås som mer enn fysiske handlinger, men også refererer til sykepleiernes benyttelse av sine kunnskaper, erfaringer, profesjonsidentitet og verdiprioriteringer i det praktiske liv (Wackerhausen, 2002, Halås et al., 2017). Videre representerer SPR som profesjonell praksis både en idealpraksis som etterstrebes, og den reelle hjemmesykepleiepraksis. SPR som idealpraksis er ikke alltid mulig som en reell praksis på grunn av ytre forhold som manglende

kompetanse, økonomiske begrensninger osv. og dermed oppstår det avstand mellom profesjonens ideelle og reelle praksis.

Funnene viser at det i norsk HSK rår en bevissthet om SPRs helsefremmende potensiale (i tråd med internasjonal kontekst i artikkel I) og en forståelse blant sykepleiere og pasienter av at det er gjennom SPR at sykepleie av høy kvalitet kan nås og at pasienten kan oppnå best mulig helse og velvære. SPR kan således forstås som en salutogen faktor i tråd med NCS perspektiv (Arman et al., 2015). Det er allikevel ikke bare SPR som trengs for å oppnå best mulig helse og velvære. For at sykepleie skal ha høy kvalitet kreves også bl.a. teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter, klinisk blikk, erfaring, handlingsberedskap, evne til refleksjon, bruk av skjønn, moralsk handling, osv. (Eriksson, 1995, Benner, 2000, Martinsen, 2003b, Nortvedt & Grimen, 2004). SPR har også ulik betydning og implementeres forskjellig avhengig av setting. I en intensivavdeling der pasienten er kritisk syk, kanskje sedert og ligger på respirator, er det andre aspekter ved sykepleie som trer fram som viktigere enn SPR, for å nå helse og velvære. Relasjonsveien er altså ikke den eneste veien til målet og omsorgsfulle SPR er på ingen måte ensbetydende med sykepleie av høy kvalitet. Også i hjemmesykepleie er mange pasienter alvorlig syke, hvor flere er svært gamle, skrøpelige, multisyke og kronikere. Selv om sykepleierens teoretiske og praktiske kunnskaper, ferdigheter, handlingsberedskap, erfaring og kliniske blikk også er helt sentralt i denne settingen, spiller SPR en spesiell rolle. Den hjemmeboende pasienten har behov for en annen type sykepleie enn pasienten på intensivavdelingen, og SPR som dannes i pasientens hjem er annerledes enn SPR dannet på institusjon (Lindahl et al., 2010, McGarry, 2010).

Selv om sykepleier og pasient møtes flere ganger over lang tid, viser funnene at tidsrommet de disponerer sammen ofte er svært begrenset. Hvor

man på institusjon vil kunne svinge innom pasientrommet flere ganger i timen, er det vanskelig i hjemmesykepleie. Sykepleierne blir i større grad avhengig av å utføre en form for komprimert sykepleie, og derfor må de kjenne sin pasient for å kunne fange opp sykdomstegn, samt at pasienten har tillit til sykepleieren og tørr å fortelle om plager og bekymringer (Dinç & Gastmans, 2013, Leslie & Lonneman, 2016). For å kunne gå relasjonsveien sammen fordres tillit, og sykepleierne i denne studien var ekstremt opptatt av å bevare pasientens tillit. Hjemmesykepleiere kommer i høy grad inn i pasientens private sfære. De kommer inn i pasientens hjem og inn på deres soverom. Pasienter mottar hjelp av sykepleiere til det de ikke klarer å gjøre selv, eller ikke lengre forstår hvordan de skal gjøre. Sykepleiere nyter stor tillit av samfunnet og ikke minst av pasientene. Tillit innebærer også mye makt, og kan omformes til mistillit dersom kvaliteten, fagligheten og profesjonsetikken i sykepleieutøvelsen ikke ivaretas på en god måte (Martinsen, 2005, Grimen, 2009, Lipsky, 2010). Kanskje derfor er sykepleierne i denne studien så opptatt av å ivareta denne tilliten.

Funnene antyder at SPR i hjemmesykepleie er en del av langtidsbehandlingen og pasientene opplever SPR som svært viktig for deres helse og velvære. Risikoen for omsorgslidelse er dermed desto større dersom ikke-omsorgsfulle relasjoner utvikles (Dahlberg, 2002, Eriksson, 2010). Å kunne gjøre en forskjell for et medmenneske oppleves av sykepleierne som meningsfullt, og er en drivkraft i SPR. Funnene viser også at hjemmet som kontekst gjør at sykepleierne må ta pasientens totale situasjon til betraktning, hvor hjemmemiljøet, familiesituasjon og praktiske forhold påvirker oppgavene som skal gjøres og stiller store krav til sykepleiernes handlingsberedskap, og utøvelse av faglig og etisk skjønn (Nortvedt & Grimen, 2004, Martinsen, 2005, Grimen & Molander, 2008).

SPR er ikke målet med sykepleie, men ifølge avhandlingens funn er det veien sykepleierne og pasientene velger å gå sammen for å nå målet. At SPR kan forstås som en relasjonsvei og fortelling om helse (artikkel I) støtter, utvider og kontekstualiserer det Kasén (1996) omtaler som pasientens historie som i SPR formes av sykepleierens deltagelse. Dahlberg et al. (2003) påpeker at omsorgens hensikt er å lindre lidelse og finne veier som muliggjør velvære. Kombinert med Erikssons (1995, 2001) fremhevelse av SPR som selve substansen av NCS, kan relasjonsveien forstås som helt sentral for utøvelsen av faget. Ifølge Olsen et al. (2013) opplever sykepleiere å være maktesløse i møte med hindringer som assosieres med organisasjonen, som f.eks. ressursmangel. Når sykepleiere og pasienter i denne studien møter organisatoriske hindringer i relasjonsveien finner de stier rundt eller over, for å kunne fortsette på veien. Sykepleiernes valg og prioriteringer langs relasjonsveien, og i møte med hindringene er uttrykk for deres profesjonsidentitet, verdiprioriteringer og grunnleggende antagelser (Spradley, 1980, Schein, 2010). Det er en del av HSK og påvirker derfor SPR (Kleiman et al., 2004). Sykepleiernes yrkesutøvelse er også et uttrykk for deres praktiske kunnskap, en erfaringsbasert kunnskapsform som tar sitt utgangspunkt og kommer til uttrykk i hverdagens konkrete yrkesutøvelse. Kunnskapen eies av individet som har erfart situasjonen og derfor ikke er allment tilgjengelig (McGuirk & Methi, 2015, Halås et al., 2017).

## **7.2 EN TRUSSEL MOT FUNDAMENTALE VERDIER**

Alle offentlige organisasjoner har behov for å etablere og bygge systemer slik at tjenestene kan organiseres best mulig. Valg av organiseringsystem kan begrunnes i f.eks. ivaretagelse av helse og omsorg, ressursbesparelser, økonomistyring osv., og systemet skal hjelpe organisasjonen å nå formålene

(Schein, 2010, Orvik, 2015). Selv om helsepolitiske intensjoner er gode, som bl.a. å sikre helhetlig omsorg og behandling av høy kvalitet til alle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, 2018), fremstår det ikke som at intensjonene er støttet med nødvendige økonomiske midler. I stedet innføres økonomi- og effektivitetsfokuserte styringsregimer som standardiserer sykepleiernes arbeidsoppgaver og binder deres autonomi på en måte som til dels motarbeider helsevesenets overordnede intensjoner om helhetlig omsorg (Vabø, 2007, 2012). Er økonomi dermed blitt selve målet, og ikke bare middelet som brukes for å nå helsevesenets mål?

Økonomi som den ultimate verdi strider grunnleggende mot humanistiske verdier som først og fremst fordrer en human solidaritet (Wackerhausen, 2002). Avhandlingens funn synliggjør helt fundamentalt forskjellige verdisystemer som medfører kulturkollisjon og konflikt i hjemme-sykepleie. Det fremstår ikke som at systemverdier (som styring og kontroll) kan gis fotfeste og legitimitet ut fra helsevesenets basale formål, som er pasientens helse og behov. Til tross for at pasienten kan forstås som selve årsaken til helsevesenets eksistens. Helsepolitiske målformuleringer sammenfaller i stor grad med sykepleieverdier (rent språklig), men systemet har iboende styringsprinsipper (NPM) som reelt tar utgangspunkt i andre verdier. Helsevesenet uttrykker sine verdier både eksplisitt språklig gjennom intensjoner og målformuleringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, 2018), og implisitt gjennom styringsambisjoner og organisasjonssystemer i praksis (Vabø, 2007, Orvik, 2015). Helsevesenet som helhet besitter dermed motsetningsfylte verdisystemer i seg selv. Styringssystemene synes å basere på en objekt-ontologisk forståelse, hvor mennesket reduseres til noe objektivert. Det medfører en avstand til den andre som medmenneske, som øker risikoen for

kontroll, manipulering og en instrumentell tilnærming der målet helliggjør middelet (Broadbent & Laughlin, 2002, Ekeland, 2014). Omsorg er fokus og det ontologiske grunnlaget for sykepleie (Eriksson, 1995, Bondas, 2003, Martinsen, 2003b, Dahlberg & Segesten, 2010), og i likhet med Dahlberg (2018) og Eriksson (2014) vil jeg hevde at omsorg ikke kan reduseres til en spesifikk teknikk eller måling, men er helsefremmende handlinger som skapes i møtet mellom omsorgsgiveren og pasienten.

I denne studien erfarer sykepleiere at de styres på bakgrunn av økonomiske verdier, og det er en tydelig konflikt mellom deres etiske mandat og opplevde verdier og NPMs kostnadseffektive drift. Pleie og omsorgsarbeid blir i større grad avbrutt, intensivert, oppdelt og registrert. Det er ikke bare sykepleierne og pasientene som er utsatt for press, men også kommunene som er velferdsstatens forlengede arm (Gautun & Syse, 2013) og skal innfri helsevesenets lovnader til pasientene innen stramme budsjettammer.

Underbemanning og overtidsnekt som ble fremhevet i denne studien, kan være måter kommunen forsøker å holde budsjettet. I tillegg synes det å være få sykepleierstillinger i forhold til ansatte totalt, samt en undervurdering av de tidsressursene som helhetlig pasientomsorg krever, og av tiden indirekte pasientarbeid (som kjøring, dokumentasjon, administrasjon) beslaglegger. Helsetjenester har ifølge Dahlberg (2018) hatt en tendens til omsorgspaternalisme hvor pasienten er en passiv mottaker av omsorg. Spørsmålet er om man kan gi omsorg uten å knyte bånd og bygge relasjoner.

Moderne helsetjenester har blitt økonomisk drevne medisinske hendelser som bare tillater metoder som sammenfaller med det rådende paradigmet (ibid). Forhåndsdefinering av oppgaver, sjekklister, tidsstyring og dokumentasjonskrav sammenfaller som hånd i hanske med NPM-ideologien



(Boston, 2013), men styring og effektivitetspresset ser ut til å være så omfattende at sykepleierne fratras sitt faglige og etiske skjønn, til tross for at skjønn er avgjørende for velferdsordninger og offentlig virksomhet (Heggen & Solbrekke, 2009, Vetlesen, 2010).

Sykepleieres profesjonsutøvelse kommer i høy grad til eksistens, det får sin form og endres av målene, vilkårene, rammene og mulighetene som sykepleiere har i praksis. Martinsen og Wærness (1991) mener at sykepleierprofesjonens sterke bånd til humanistiske og medisinske fag løsnes under trykk fra et effektivisert tankesett (ibid). Sykepleierens kunnskap og praksis er ikke isolert fra omverdenen, men påvirkes og formes av et mangfold av forhold, deriblant i de siste tiårene også av endringer med utspring fra NPM. Det er nettopp for sykepleierens vilkår og muligheter i møte med pasienten at NPM-inspirerte endringer har avgjørende betydning, og dermed på vesentlige måter også (med)skaper og (med)endrer sykepleierens profesjonelle praksis og praktiske kunnskap (Tønnessen et al., 2011, Tønnessen & Nortvedt, 2012, Wackerhausen, 2017b). Konsekvenser av styring og tidspress er blant annet at sykepleie ikke kan tilpasses pasientens ønsker og timeplan. Tidspress og stress påvirker pasientene (Eilertsen & Kiik, 2016), noe som også var tydelig i denne studien hvor flere pasienter bl.a. unngikk å be om hjelp for å ikke belaste sykepleierne mer. Tidspress kan føre til omsorgslidelse ved at pasienten oversees eller får inntrykk av at han er en byrde (Kasén et al., 2008, Eriksson, 2010). Martinsen (2012) kaller dette for gjøremålstravelhet, hvor pleien uttrykkes i tidsbruk og fokus flyttes fra pasienten til en oppmerksomhet mot klokken, noe som også var synlig i denne studien. Som en konsekvens gis f.eks. kveldsmedisin og kveldsmat kl. halv fem, og pasientbesøk splittes mellom pleiere. Gjøremålstravelheten påvirker sykepleieres mulighet til å tilpasse seg

pasientens behov og påvirker dermed også SPR. Selv om helse og lidelse eksisterer side om side (Wiklund, 2003) er det uheldig om pasientens sykdomslidelse lindres samtidig som omsorgslidelsen øker. Når omsorgslidelsen øker fjernes også fokus fra pasientens tilfriskning (Eriksson, 2010).

Sykepleiere står i krysspress. De skal på den ene siden forholde seg til effektivitetspress, økonomi, styring og dokumentasjonskrav, og samtidig være tro mot egne verdier, etikk og skjønn (Heggen & Solbrekke, 2009, Vetlesen, 2010). Deres beskrivelser av sin egen arbeidshverdag, beslutningsmyndighet og ressursmangel sammenfaller med det Lipsky (2010) kaller for bakkebyråkrater. Sykepleierne møter pasientene ansikt til ansikt, langt borte fra der makten sitter og beslutningene treffes når det gjelder hvilke tjenester og hvor mye tid pasienten tildeles. Sykepleierne har stort ansvar, men få muligheter til å utføre jobben i samsvar med faglige idealer pga. begrensninger i rammebetingelsene arbeidet er underlagt (ibid). Helsevesenets gode intensjoner synes å vanskelig la seg etterleve i praksis, og det blir sykepleiernes dilemma å spre knappe ressurser på stadig flere pasienter, uten at de har makt til å definere kvaliteten på tjenestene de leverer (Tønnessen et al., 2011, Papastavrou et al., 2014, Scott et al., 2018). Dersom helsevesenet har vokst fast i en økonomisk ideologi risikerer vi at sykepleiere blir tvunget til å forkaste humanistiske idealer, og etter hvert akseptere at de må føye etter økonomisk orienterte verdier og forutsetninger. En kontinuerlig påvirkning av standardiserte oppgaver og krav om effektivitet kan på sikt endre sykepleiernes tankesett, praksis og profesjonsidentitet (Brænd & Larsen, 2017). De kan akseptere at deres dømmekrafts relative autonomi begrenses. Profesjonsidentiteten settes under press når sykepleierne nedprioriterer sider av sin faglighet, sine verdier og profesjonsetikk (Jørgensen, 2014). Resultatet kan bli at sykepleierne gir opp

kampen mot det organisatoriske presset og blir mer byråkrater enn pasientadvokater i møte med pasientene, noe som setter tilliten i SPR på spill. Tilliten sykepleierne har bidrar til å gi helsevesenet legitimitet. Dersom tilliten til sykepleiere skulle svinne hen, vil tilliten til velferdsstaten og helsetjenestene også lide (Grimen, 2009, Lipsky, 2010, Leslie & Lonneman, 2016).

### **7.3 PROFESJONELL PRAKSIS OG KONTEKST I ENDRING**

Martinsen (2005) bruker begrepet *kuldebølgen* om fokuset på produktivitet, effektivisering og gjennomstrømming av pasienter i helsevesenet, og mener pasienter står i fare for å bli objektivisert og depersonalisert når sykepleiere får en mer instrumentell og standardisert holdning overfor pasientene. Hun mener at muligheter for samtaler, relasjonsbygging og den gode omsorgen forsvinner med kuldebølgen (ibid). Selv om avstanden mellom hva sykepleiere selv mener at de burde gjøre og hva de faktisk har tid til å gjøre er stor, fremtrer en distansert og depersonalisert holdning til pasienter som unntaket heller enn regelen i hjemmesykepleien i denne studien. Fokuset på produktivitet og effektivisering var noe som sykepleierne mente at tilhørte *de andre*, omtalt som systemet eller kommunen. Det var et fokus som mange sykepleiere tok aktivt avstand fra og som dermed (foreløpig) ikke synes å ha festet grep i praksis. Samtidig preges noen SPR i hjemmesykepleien av en tydelig distanse som kan bunne i mange faktorer som kjemi eller manglende vilje til å inngå i relasjoner, men også en gryende kuldebølge. Slik Martinsen (2005) beskriver, synes mulighetene for samtale og relasjonsbygging nesten å være forsvunnet i organiseringen. Å engasjere seg følelsesmessig, ved å møte pasienten med det den har på hjertet av gleder og sorger, er usynlig arbeid og kan således forstås som ineffektivt i organisatorisk øyemed (Vetlesen, 2010, Wollscheid et al.,

2013). Omsorg er mer enn å utføre riktige oppgaver (Eriksson, 2002, Martinsen, 2003b), men samtaler og emosjonell støtte tillegges tilsynelatende lite verdi i dagens organisering. Dette til tross for mange ulike pasienthistorier som forteller det motsatte, hvor det å bli hørt og anerkjent oppleves som viktigst (Moe et al., 2013, Wälivaara et al., 2013). Manglende muligheter til å ivareta psykososiale behov kan også ha sammenheng med at slike behov ikke er godt nok integrert som signifikante elementer i tildelingsprosessen, at psykiske og sosiale behov oppleves vanskeligere å vurdere og formulere vedtak på enn fysiske behov (Hansen et al., 2018), samt et fokus på fysiske behov på bekostning av andre omsorgsdimensjoner i skriftlig sykepleiedokumentasjon når pasienten utskrives fra institusjon til hjemmet (Olsen et al., 2014).

Funnene peker på at der systemet ikke tilrettelegger for samtaler og relasjonsbygging skaper sykepleierne og pasientene tid og rom til det når det er behov. Wærness (1991, 2001) omtaler sykepleiernes villighet til å yte ekstra innsats som omsorgsrasjonalitet, og viser til en evne til å kombinere fornuft og medfølelse i tolkningen av, og møtet med pasientens behov. Prioriteringen av relasjonelle forhold går nødvendigvis på bekostning av andre deler av sykepleie, av andre pasienter eller på bekostning av kollegaer som må overta arbeidsoppgaver. Sykepleieren kan i så tilfelle bebreides for å være idealistisk, eller foraktes av kollegaer for ikke å være en lagspiller. Nedprioritering av dokumentasjon kan føre til mangel på tilstrekkelig skriftlig informasjon fra hjemmesykepleie til sykehus ved innleggelse av pasienten, noe som rapporteres som et alvorlig problem når det oppstår akutte situasjoner mens pasienten er innlagt (Olsen et al., 2014). Handlinger motivert av omsorgsrasjonalitet kan forstås som individuelt motiverte handlinger (Kirchhoff, 2010), og hva som prioriteres og nedprioriteres overlates til tilfeldighetene, avhengig

av hvilken sykepleier som tar beslutningen. Pasientomsorgens kvalitet kan bli vilkårlig om sykepleiere i utstrakt grad handler ut fra sine følelser, heller enn fornuft (og forhåndsbestemte oppgaver).

Med NPM har det bl.a. dukket opp en terminologi fra vareproduksjon (Boston, 2013). Mange av sykepleierne i studien snakket f.eks. om pasienter som *brukere* eller *innbyggere* og at de skulle *levere tjenester* i stedet for å gi pleie. En slik sterilisert faglighet kan ifølge Wackerhausen (2002) føre til en dehumaniserende omgang med pasienten, noe som i utgangspunktet kan true profesjonsidentiteten, da humanistiske fag og perspektiver utgjør en stor del av sykepleiefaget. Funn i denne studien tyder derimot ikke på at en endring i begrepsbruk foreløpig har rokket ved sykepleiernes verdiprioriteringer og grunnleggende antagelser når det gjelder forståelse av, og fokus på SPR og den unike pasienten. I likhet med funn i andre studier (Broadbent & Laughlin, 2002, Wollscheid et al., 2013) uttrykte mange av sykepleierne at deres lojalitet lå hos pasienten, ikke hos organisasjonen. Sykepleiernes beslutninger fokuserer på det som er viktigst for pasienten, noe også Berggren & Carlström (2010) fant. Lojaliteten som uttrykkes også kan forstås som en slags lojalitet mot sine egne profesjonsverdier - humanistiske verdier som setter mennesket i sentrum (Wackerhausen, 2002, Kirchhoff, 2010).

Sykepleiernes profesjonelle praksis synes ikke å ha innrettet seg systemet, men heller å ha tilpasset seg de organisatoriske rammene på en måte som gjør det mulig å utøve sin profesjon mest mulig i tråd med eget skjønn og verdier, og samtidig (så langt det går) tilfredsstillende systemets behov for styring og kontroll - en omsorgsrasjonell tilnærming (Wærness, 1984, 2001). Profesjonell praksis er i endring, men det betyr ikke at profesjonsverdiene står svakere enn før. Funnene i denne studien viser at SPR er sterkt fundert i

sykepleiernes yrkesutøvelse i dagens hjemmesykepleie. Deres verdi-prioriteringer synliggjøres gjennom deres handlinger og en påfallende sterkt bevissthet knyttet til å handle i tråd med egne verdier. I kontrast til flere andre studier fant Brænd og Larsen (2017) at sykepleiere på sykehus opplevde at deres profesjonsetikk stod enda sterkere etter, enn før innføring av NPM, og at fokus på økonomi hadde styrket deres profesjonelle ytelse.

Hjemmesykepleiernes tydelige fokus på individualisert og helhetlig omsorg som inkluderer alle menneskets dimensjoner, kan være en konsekvens av at deres profesjonsverdier er truet, noe som skaper motstand. Samtidig fant Brænd og Larsen (2017) at noen sykepleiere er lettet over å ha mer avstand til pasienters følelser og var komfortable med en profesjonell distanse. Selv om jeg ikke fant dette i hjemmesykepleien, kan en slik profesjonell distanse forstås som et symptom på en økende depersonaliserende og standardisert holdning, i tråd med Martinsens (2005) beskrivelse av kuldebølgen.

Schein (2010) mener at kulturen er den primære kilde til motstand mot endring, og argumenterer for at ledere ikke kan styre organisasjonens medlemmer dersom de ikke er bevisst kulturen de er en del av. Selv om det kan legges vekt på å endre symboler og emosjonelle eller ekspressive sider ved organisasjonen (slik som terminologi), vil verdiene og antagelsene om rett og galt, som Schein selv skisserer, være vanskelig å endre (ibid). I mine data var det en sykepleier som omtalte NPMs styringssystemer med positivt fortegn. Uttalelser som i denne studiens analyser ble tolket som outlier da de ikke samsvarte med andre sykepleieres beskrivelser, eller den samme sykepleierens praksis. Sykepleierens uttalelser kan derimot også forstås som en gryende omfavelse av de nye styringsformene, hvor flere og flere sykepleiere ser NPM-systemets fordeler.

## 7.4 MOTSTAND OG ULYDIGHET I HJEMMESYKEPLEIEN

SPR beskrives i NCS som et kjerneelement i den profesjonelle sykepleiers kunnskap og praksis (Eriksson, 1995, 2001, Kasén, 2002, Martinsen, 2003b, Dahlberg & Segesten, 2010), og mine funn antyder at det fortsatt er tilfelle i hjemmesykepleiepraksis. Reell kulturell endring krever endring av gruppens grunnleggende antagelser og spørsmålet er hvorvidt en slik endring kan initieres av ledelse (Bondas, 2003, 2018). Schein (2010) påpeker at mange endringsprogrammer mislykkes fordi utfordringer av gruppens grunnleggende antagelser utløser angst og forsvar blant gruppens medlemmer. Kanskje er det nettopp slik sykepleiernes handlinger i HSK må forstås, som et forsvar av egne verdier, grunnleggende antagelser og identitet som sykepleier.

Forståelsen av profesjonsidentitet på et konkret praktisk nivå knyttes direkte til den enkelte praktikers konkrete praksis, og det er mange faktorer som spiller inn på hvorfor sykepleieren gjør som hun gjør i en bestemt situasjon (Wackerhausen, 2002). Sykepleiernes mer og mindre reflekterte praksis kan bunne i deres profesjonsidentitet, omsorgsrasjonalitet og grunnleggende antagelser. De tenker ikke alltid over hvorfor de gjør som de gjør. Funnene tyder på at de gang på gang velger å gå relasjonsveien og det synes å gå på automatikk - det er en vane. De samme handlingene gjentas gang på gang til de har blitt automatiserte handlingsmønstre i HSK (Spradley, 1980). Det er handlingsmønstre som bunner i dypt funderte antagelser og det er vanskelig å reprogrammere profesjonsidentiteten ved ytre styringsregimer (Schein, 2010). I HSK er det naturlig for sykepleierne å velge relasjonsveien i møte med pasienten. Sykepleierne er fri til å velge en annen vei, men styres av profesjonsidentiteten som gjør at de følger den etablerte relasjonsveien.

For at organisasjonens tilsiktede formål skal ivaretas er det vesentlig at sykepleierne praktiserer i tråd med systemet (Hood & Dixon, 2015), men sykepleierne yter motstand. De finner nye stier som gjør det mulig å følge relasjonsveien til tross for hindringer de møter. Noen trikser med tidtakeren, andre stresser, gjør oppgaver pasienten ikke har vedtak på, tar mindre pauser eller gir opp. Noen varsler sine ledere og slår i bordet når de opplever at arbeidsmengden er for stor og at fagligheten er truet, mens andre skjuler sin ulydighet mot systemet og opponerer i hemmelighet. Lignende praksiser med å manipulere og å kompensere for svakheter i organisasjonen er funnet blant både ledere og helsepersonell i ulike områder av helsetjenestene (Kirchhoff, 2010, Berggren & Carlström, 2010, Olsen et al., 2013, Wollscheid et al., 2013, Sæterstrand et al., 2015, Jensen & Villadsen, 2016). Å gi tjenester uten at pasienten har vedtak på det kan møte den enkelte pasientens umiddelbare behov, men praksisen kan også være urettferdig overfor pasienter som faktisk har vedtak, men mister sin tid til andre pasienter (Holm et al., 2017). Resultatet blir uansett en slags mellomløsning hvor verken organisasjonens eller sykepleiernes mål nås fullt ut, og systemet (rent overflattisk) synes å fungere.

Sykepleierne og pasientenes kompensasjon for systemets feil og mangler kan i praksis få NPM til å fremstå mer suksessrik og mindre problematisk enn det faktisk er. Sykepleiernes ulydige praksis er dermed med på å usynliggjøre noen av de problematiske sidene og konsekvensene av NPM-inspirert styring. Ved å med overlegg lure systemet kan sykepleierne derfor komme til å (ikke intensjonelt) støtte systemet gjennom at skadevirkninger av NPM usynliggjøres (Kirchhoff, 2010). Det samme gjelder for pasientene som tilpasser sine forventninger og krav for å ikke presse sykepleierne ytterligere. Kanskje er konsekvensene på sikt at systemet gamer sykepleierne og pasientene, f.eks.



ved at pasientene stiller færre og færre krav og tar til takke med stadig mindre hjelp, eller at sykepleiernes profesjonsidentitet gradvis tar form av NPM-systemets rammebetingelser og innholds-fastsettelse av sykepleiernes arbeid. Også Kleiven et al. (2016) har ytret bekymring for endring i sykepleiernes profesjonsidentitet hvor omsorgsperspektivet og SPR får mindre plass. Kan vi blindt ha tillit til at omsorgskulturen fortsetter uansett hva?

Systemet begjærer lydige arbeidstakere, men et premiss i NPM er at man ikke har full tillit til arbeidstakerne, noe som resulterer i det veldige kontrollbehovet (Boston, 2013, Jørgensen, 2014, Hood & Dixon, 2015). Funnene viser at sykepleierne er ulydige mot systemet, noe som i praksis bekrefter NPMs premiss om at yrkesutøverne ikke er til å stole på. Men er det egentlig lydighet eller ulydighet systemet ønsker? Den politiske filosofen Hannah Arendt (1996) trekker lydighet til sin ytterste konsekvens i sine beskrivelser av Adolf Eichmann (som under andre verdenskrig organiserte transport av jøder til konsentrasjonsleirer) som en ekstremt lovlydig byråkrat i en kriminell stat. Arendt beskriver mennesker som abdiserer sin autonomi og valgfrihet for å ureflektert følge ordre som farlige, og deres handlinger kan gå hardt ut over andre mennesker (ibid). Selv om Arendts tenkning er langt unna dagens sykepleiepraksis, har dette likevel overføringsverdi som en hyllest til refleksjonen, utøvelsen av etisk skjønn og den sunne fornuften.

## **7.5 ER DET BEHOV FOR FORANDRING AV HJEMMESYKEPLEIERNES PROFESJONELLE PRAKSIS?**

Sykepleiefaget er dypt forankret i det som kan forstås som normative idealbeskrivelser av SPR (Eriksson, 1995, Kasén, 1996, Martinsen, 2003b,

Peplau, 2004), men denne forankringen egner seg ikke alene til å beskrive og forstå sykepleiernes arbeid i dagens hjemmesykepleie. Moderne hjemmesykepleie praktiseres i en kultur med konkurrerende verdier som synes uforenelige (Wollscheid et al., 2013, Greve et al., 2016). At det er så store avstander mellom verdiene som hjemmetjenesten organiseres etter og sykepleiernes idealer og prioriteringer tilrettelegger for en HSK som aksepterer og legitimerer ulydig atferd og triksing med systemet. Hjemmesykepleiere kan oppleve skuffelse og skam når deres egen praksis ikke lever opp til idealene (Eilertsen & Kiik, 2016). I streben etter å tilfredsstille organisasjonens krav og samtidig leve opp til profesjonens idealer kan sykepleierne oppleve et identitetsproblem. NPM er ikke bare en måte å organisere helsetjenester på, men det påvirker også sykepleiernes tankesett og profesjonelle virke (Wackerhausen, 2002, Brænd & Larsen, 2017). I lojalitet til systemet gjør sykepleierne mange oppgaver som forventes av dem, om ikke annet enn for å vise at de er gjort. Dette kan lede til en identitetskrise, hvor sykepleieren sitter igjen uten ansvarsfølelse for noe mer enn sin egen overlevelse i systemet. Helsepolitiske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk har endret, og vil i fremtiden fortsette å endre innholdet i sykepleieres arbeid (Bjornsdottir, 2009, Fjørtoft, 2014). Spørsmålet er om organisasjonssystemene som bør tilpasse seg sykepleierne, eller om sykepleierne som bør innrette seg etter systemet.

Sykepleierne har på sett og vis lært seg å leve med systemet og tilpasset sin praksis for å kunne arbeide mest mulig i tråd med egne verdier, innenfor organisasjonens rammebetingelser. Samtidig tærer det på sykepleierne som også kan oppleve usikkerhet med tanke på hva deres profesjonsutøvelse egentlig skal bestå i. Landets medier melder om at mange kommuner opplever sykepleiermangel og kompetanseflukt fra helse- og omsorgstjenestene

(Thommesen, 2018, Skogheim & Landstad, 2018). Avhandlingens funn kan tyde på at en slik kompetanseflukt kan bunne i frustrasjon over tidspress, oppgavestyring og at sykepleiere opplever å måtte gå på akkord med sine verdier og utdanning. Standardisering av oppgaver kan ifølge Björnsdóttir (2013) være nyttig i hjemmesykepleie, så lenge sykepleierne har nok frihet til å yte faglig og etisk skjønn når det trengs. En endring i organisasjonssystem som gir sykepleierne mer frihet til selv å vurdere hvordan arbeidstiden best bør benyttes kan skape lykkeligere ansatte, og arbeidsglede kan ifølge Orvik (2015) skape kvalitet for pasienter og øke virksomhetens produktivitet og effektivitet. Prosjektet *Tillitsmodellen* er et forsøk på å utfordre etablerte organisasjonsmodeller ved å gi fagpersonell større ansvar og myndighet til å vurdere hvilke tjenester den enkelte har behov for (Eide et al., 2017). Om Kompetanseløft 2020 (2017) skal innfri sine mål om en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, og sikre at sektoren har nok og kompetent bemanning, er det en stor utfordring at kompetent helsepersonell velger å forlate sine stillinger på grunn av mangel på muligheter til å utøve sitt fag i tråd med egne verdier og prioriteringer.

Svært mye forskning fremhever NPMs negative konsekvenser for pasienter, sykepleiepraksis og sykepleieprofesjonen (Björnsdóttir, 2009, Trygstad, 2009, Vabø, 2012, Krol & Lavoie, 2014, Debesay et al., 2014, Haukelien et al., 2015, Sæterstrand et al., 2015). Ifølge Nordtvedt (2013) ropes det fra alle hjørner om at nedprioriteringer og nedskjæringer av individuelle omsorgshensyn er gått for langt og truer det faglige og etiske grunnlaget for forsvarlig sykepleiepraksis. Samtidig er tid og penger blitt en del av sykepleierens hverdag, og dagens helsevesen kan ikke lengre *bare* ta hånd om syke pasienter, det må også være en virksomhet som er økonomisk bærekraftig

og effektiv. I lys av velferdsstatens store kostnader og den spådde kompetansekrisen i helsesektoren er det viktig at sykepleiernes tid prioriteres riktig (Tønnessen, 2011, Scott et al., 2018). Dermed er det legitimt å stille spørsmålstegn ved om det er riktig samfunnsøkonomisk prioritering å bruke tid på relasjonsdannelse og terapeutiske samtaler. Kanskje trengs en diskusjon på hvor grensene for framtidens sykepleieres ansvarsområde skal gå, men da må sykepleiere og pasienter inkluderes i slike diskusjoner. Kan f.eks. sykepleiere forventes å ta en stedfortrederfunksjon for ensomme eldre med manglende nettverk?

Idealet om nære og omsorgsfulle SPR kan vise seg å bli umulig å etterleve i hjemmesykepleien. Er det virkeligheten som har blitt fjernet fra sykepleieidealene, eller er det sykepleieidealene som er virkelighetsfjerne? Kanskje kan noen av funnene tolkes dit at sykepleierne må endre sine idealer slik at de faktisk kan nås i den komplekse og pressete hverdagen i hjemmesykepleie. Samtidig argumenteres det for at sykepleiere må finne tilbake til sine idealer og kjerneverdier (Uhrenfeldt L. et al., 2018), for hvis sykepleie strippest for sitt fundament, er det da lengre sykepleie som praktiseres? At sykepleie i dag har profesjonsstatus oppfatter jeg at har betydning for deres evne og mulighet til å ta selvstendige valg i praksis, basert på faglig og etisk skjønn. Å handle ut fra eget skjønn er en ledestjerne i profesjonelt arbeid (Austgard, 2003, Svensson & Karlsson, 2008) og profesjoner er ifølge Fauske (2008) tildelt posisjoner som gir makt, tillit og rett til å utøve skjønn. Austgard (2003) fremhever faglig selvstendighet som et fellestrekk ved profesjoner, og definerer profesjonell selvstendighet som den friheten sykepleiere har til å gjøre egne vurderinger og handle ut fra disse. Det er derfor

svært bekymringsfullt at sykepleiernes profesjonelle handlingsrom innskrenkes av organisasjonssystemer.

Et gjennomgående tema i Dahlberg og Segestens (2010) teori er at omsorgen skal føre til helse og velvære, og at pasienten skal være delaktig i denne prosessen. Omsorgslidelse kan oppstå som en direkte konsekvens av at pasienten ikke inkluderes i denne prosessen, eller at omsorgsyteren ikke kan vurdere pasientens virkelige behov pga. manglende kunnskap og refleksjon (Dahlberg, 2002, Kasén et al., 2008, Eriksson, 2010). Kompetente sykepleiere har større potensiale til å være mer årvåken til pasienters unike behov (Tyrrell et al., 2012) og dersom sykepleiere mangler kompetanse kan pasientenes sikkerhet stå i fare (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Mange av pasientene i denne studien er gamle og syke, deres tilstand svinger og behovet for å utøve skjønn på stående fot og på en klok måte er helt nødvendig. Når pasientens sårbarhet øker, forsterkes også behovet av å oppfattes som ett unikt menneske (Harrefors et al., 2009) samtidig som risikoen for omsorgslidelse øker (Eriksson, 2010). Møtene mellom sykepleier og pasient er uforutsigbare og det er dermed vanskelig å forhåndsdefinere hvilke oppgaver som skal utøves og hvor lang tid det skal ta. Om sykepleierne fokuserer på oppgaven som skal gjøres og glemmer pasienten kan omsorgslidelse oppstå, og sykepleierne kan overse tidlige tegn på sykdomsutvikling, noe som også øker pasientens sykdomslidelse (Kasén et al., 2008, Eriksson, 2010).

Etikk i omsorg og SPR vises i *måten* man opptrer på og handler (Martinsen, 2003a, 2005, Holopainen et al., 2014). Pasienter beskriver hvordan det ikke er det sykepleierne gjør som er viktigst for dem, og i mange tilfeller kan det være viktigere for pasienten at sykepleieren er nærværende og respektfull i en ekte tilstedeværende, heller enn å *gjøre* noe (Parse, 1994, 1998, Moe et al.,

2013). I jakten på effektive helsetjenester kan både den menneskelige og økonomiske verdien av SPR bli undervurdert. For selv om relasjonenes økonomiske verdi ikke kan overføres direkte inn i budsjetter så viser avhandlingens funn at SPR har helsefremmende effekter bl.a. fordi sykepleieren kjenner pasienten så godt at hun blir i stand til å fange opp tidlige tegn på sykdom og iverksette tiltak slik at pasienten ikke blir alvorlig syk og opplever lidelse. Dermed kan samfunnet potensielt spares for store kostnader som omfattende behandling ville krevd. Kanskje vel så viktig bidrar SPR til ivaretagelse av pasienters psykiske, sosiale og åndelige helse, for har man det ikke bra inni seg, så påvirker det resten av kroppen også. Å investere tid og penger i SPR og helhetlig, individualisert omsorg kan derfor vise seg å være økonomisk rasjonelt.

## **7.6 METODOLOGISKE BETRAKTNINGER**

Alle metoder har sine styrker og svakheter, og varierende grad av brukbarhet når det gjelder min studies hensikt. Avhandlingens forskningsdesign er formet på bakgrunn av hensikt og forskningsspørsmål, som i sin tur er formet av bl.a. min forforståelse og forståelseshorisont, eksisterende litteratur og data (Maxwell, 2013, Alvesson & Sköldbberg, 2017). Jeg har i kapittel 4 forsøkt å synliggjøre koherens mellom forskningsspørsmål, vitenskapsteoretisk posisjonering, metodologi og metode. Mine spørsmål stiller bestemte epistemologiske fordringer til metodevalg og kun noen metoder innfrir disse fordringene og kan gi gyldig svar. I valg av metode var det derfor viktig å vurdere forskjellige metoders erkjennelsesmessige yteevne i relasjon til mine spørsmål (Wackerhausen, 2017a). Det metodiske valget falt på etnografi ettersom det er godt egnet for å få økt forståelse for meningen bak en gruppe

menneskers overbevisninger og praksiser. Mye av kritikken som rettes mot etnografi er av ontologisk og epistemologisk karakter, og kan rettes mot kvalitative metoder generelt (Cruz & Higginbottom, 2013), men jeg vil drøfte mine metodiske valg og forskningsprosessen på tilnærmingens egne premisser.

### **7.6.1 Delstudie I**

Metaetnografi springer ut fra samme epistemologi som etnografi og fremstod som en hensiktsmessig tilnærming da jeg kunne samle, oversette og syntetiserer funn fra primærstudier med ulike fokus og metoder, men med funn som var relevante for å få svar på mine forskningsspørsmål og hensikt. Flere sentrale metodologiske betraktninger i delstudie I er allerede belyst i kapittel 5.2, og gjentas ikke her.

Styrker ved ME i delstudie I ligger i et omfattende litteratursøk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering av artikler og inklusjon av studier med både pasient- og sykepleieperspektiv. Kvalitetsvurdering av primærstudier (CASP, 2013) og av egen syntese knyttet til bl.a. grundig litteratursøk, tydelighet i hensikt og fremgangsmåte, struktur og sammenheng, synliggjøring av audit trail, fordypning i primærstudier osv. er kontinuerlig etterstrebet i tråd med anbefalinger (Noblit & Hare, 1988, Bondas & Hall, 2007a) og er viktig for metaetnografiens validitet. Jeg har etterstrebet å beskrive delstudiens søke- og analyseprosess så etterrettelig som mulig for at leseren skal kunne vurdere søkeprosessen, kvalitetsvurderingen og brukbarheten av syntesens funn. Samtidig er det umulig å detaljbeskrive samtlige skritt. Det har vært viktig å virkelig fordype meg i primærstudiene for å kunne være tro mot primærforfatterens originale tolkninger (Noblit & Hare, 1988). Tross fordypning i primærstudiene kan jeg ha tolket studiene inn i min

forforståelse og iboende antagelser, noe som ville svekke syntesefunnenes troverdighet.

Den utstrakte bruken av metasynteser i helseforskning er kritisert bl.a. fordi mange nyere metasynteser representerer en mer teknisk og teoretisk overflatisk form for vitenskapelig virksomhet. Syntesene er med andre ord ofte teknisk godt gjennomført, men med naive og overflatiske beskrivelser av funn (Bondas & Hall, 2007a, France et al., 2015, Thorne, 2017). I ME som i all metasyntese er det vanskelig å vite noe om noe innhold som er relevant for min studie er gått tapt fordi det ikke var primærfokus i de opprinnelige studiene. Det viste seg også vanskelig å fastslå i hvilken grad forskerne av primærstudienes tolkninger ble påvirket av deres bakgrunn eller teoretiske perspektiv. Primærstudienes opprinnelsesland, metoder og perspektiver varierte og kan medføre at resultatene er overførbare til flere settinger, men det gjorde også funnene vanskeligere å syntetisere. Sandelowski og Borroso (2007) hevder at metasyntese kan kritiseres for å fjerne de opprinnelige funnene langt fra den unike opplevelsen og fra deres kontekst. Gyldigheten hviler derfor på syntesens tolkningslogikk, der studienes funn omformes og avsløres i syntesens sluttprodukt (ibid). Delstudie I har et unikt fokus, og temaene og metaforen tilbyr en økt forståelse for helsefremmende effekter av SPR i internasjonal kontekst, på en måte som er konsistent med primærstudiene, men også trekkes videre.

### **7.6.2 Delstudie II**

Fokusert etnografi kritiseres da etnografiske forskere tradisjonelt ikke skal ha insider- eller bakgrunnskunnskap om den kulturelle gruppen, men heller være en mer nøytral og distansert observatør (Knoblauch, 2005). Mine



bakgrunnskunnskaper ser jeg på som både en styrke og en svakhet i denne studien. En styrke fordi det setter meg bedre i stand til å forstå bl.a. sykepleiernes språk, utfordringer og vurderinger, men en svakhet da jeg kan risikere å tillegge sykepleierne og pasientene meninger de faktisk ikke har. Det er alltid en fare for at jeg fortolker deltagernes utsagn og atferd ut fra min egen virkelighetsforståelse, noe som åpenbart vil redusere studiens troverdighet (Lincoln & Guba, 1985, Morse et al., 2002). Jeg har forsøkt å være kritisk reflektert og oppmerksom mot mine egne holdninger, verdier og fordommer, og hvordan de kan påvirke hvilke spørsmålene jeg stiller og ikke stiller, typen data jeg samler inn (og ikke samler inn) og metodene, analysene og fortolkningene jeg gjør forskningsprosessen. Empirien er uansett nødvendigvis valgt ut, filtrert og tolket av meg, og kunne fått ett annet uttrykk dersom forskeren var en annen. For å øke studiens pålitelighet redegjør jeg grundig for egen forforståelse, samt alle steg i datainnsamling og analyse for at leseren i størst mulig grad skal kunne vurdere hvilken grad av tolkningsinnhold funnene har (Geertz, 1993, Malterud, 2011). Samtidig kan jeg ikke gjøre samtlige skritt i forskningsprosessen transparent for leseren fordi FE ikke er en lineær prosess, men krever fleksibilitet i å håndtere situasjoner når de oppstår og endre forskningsdesignet etter det som skjer i feltet. Dermed er det vanskelig å hvile studiens troverdighet på en logisk fasthet i forskningsprosessen.

Mitt forskningsfelt er komplekst og flerdimensjonalt, og én enkelt forskningsmetodisk tilnærming vil bare avdekke bestemte aspekter ved utvalgte deler av denne kompleksiteten. Jeg anser valget om å kombinere deltagende observasjon og intervju med både sykepleiere og pasienter som en av studiens styrker da jeg får tilgang på ulike perspektiver og ulike typer data, både om hva deltagerne sier og gjør, og data om deres forståelser og

forklaringer om det de gjør (Spradley, 1979, 1980, Roper & Shapira, 2000). Det gir en mer helhetlig forståelse av SPR og HSK, noe jeg anser som viktig for studiens pålitelighet. Samtidig har det vært utfordrende å analysere rike data fra ulike perspektiv og forstå hvordan disse henger sammen.

Med et spisset fokus og min relativt korte og periodevise tildeværelse i hjemmesykepleien sammenlignet med tradisjonell etnografi kan det stilles spørsmål ved troverdigheten ved kunnskapen som er ervervet (Knoblauch, 2005). Særlig problematisk opplevde jeg feltobservasjon i pasientenes hjem da det ligger i hjemmesykepleiens natur at besøkene er korte og hyppige. Dermed var det ikke anledning til å observere interaksjoner mellom én sykepleier og én pasient over tid. Knoblauch (2005) og Wall (2015) argumenterer for at det er fokuset på kulturell forståelse og beskrivelse som definerer etnografi heller enn form og varighet av feltstudien. Å samle data på samme oppstykkede måte som hjemmesykepleierne arbeidet kan også forstås som en styrke da det gir et unikt innblikk i HSKs kontekst.

Undersøkelseeffekter er mer problematisk i kvalitative studier enn kvantitative, og etnografi kritiseres ofte for sin nærhet til feltet og subjektive natur i at fortolkninger er ett av tilnærmingens kjennetegn (Cruz & Higginbottom, 2013). Som etnografisk forsker er jeg selv instrumentet for datainnsamlingen, og som deltaker i den sosiale konteksten som studeres kan jeg ikke betraktes som nøytral (Hammersley & Atkinson, 2007). Interaktive datasamlingsmetoder innebærer at deltakerne kan påvirkes av forskeren og informasjonen farges. Deltakerne kan også begrense min tilgang til informasjon ut fra deres forståelse av meg. Det er derfor ikke et spørsmål om min forforståelse, deltagelse i feltet og samhandling med deltagerne påvirker mine fortolkninger eller deres atferd, men *hvordan* den påvirker (Borbasi et al., 2005,

Cruz & Higginbottom, 2013). Min tilstedeværelse i feltet vil på en eller annen måte forstyrre den naturlige atferden og interaksjonene til sykepleierne og pasientene. Dette krever en følsomhet og bruk av skjønn i møte med deltakerne, og jeg etterstrebet å ikke unødig forstyrre den naturlige samhandlingen i feltet.

For å redusere risikoen for å få feilaktig eller mangelfull informasjon forsøkte jeg å vise en åpen, ikke-dømmende holdning, å lytte nøye til det deltakerne sa og å være tydelig om min rolle og intensjoner (Roper & Shapira, 2000). Andre faktorer kan også ha spilt inn i intervjuene, som at pasienten er redd for å miste vedtak, eller sykepleieren er redd for å bli gjenkjent. Det er vanskelig å sikre seg mot alle faktorer som kan spille inn, men ved bl.a. å gi god informasjon om taushetsplikt, anonymisering og å forsøke å skape en god atmosfære i intervjuet, kan faktorene reduseres. Det er vanskelig å vite sikkert om deltagerne oppfører seg slik de ville gjort om jeg ikke var tilstede. Min tilstedeværelse kan ha påvirket utfallet av studien, noe som gjør at man ifølge Roper og Shapira (2000) kan stille spørsmålstegn ved objektiviteten til metoden. Samtidig er tilstedeværelsen der helt nødvendig for å kunne observere hendelsene og atferden i feltet. I datainnsamlingen observerte jeg at noen deltakere ble oppmerksomme eller stoppet opp i det de gjorde dersom jeg skrev feltnotater. For å minimere min effekt på feltet forsøkte jeg bl.a. derfor å ikke notere inne hos pasienter, og heller oppsummere senere. Det kan ha påvirket detaljnivået og kvaliteten i notatene.

Fortolkninger er et kjennetegn ved etnografi og tilnærmingen gjør det derfor vanskelig, om ikke umulig, for andre forskere å reprodusere eksakt samme funn som en tidligere etnografisk studie. At etnografiske funn på grunn av sitt fokus på kultur ikke kan generaliseres til andre settinger møter kritikk når

det kommer til metodens brukbarhet og vitenskapelige verdi (Knoblauch, 2005, Hammersley & Atkinson, 2007). Samtidig kan man argumentere for at etnografiske data har overføringsverdi til andre settinger dersom omgivelsene og rammene er relativt like. Å si noe bastant om funnenes gyldighet for andre enn akkurat de jeg snakket med og observerte er vanskelig. Jeg har forsøkt å være bevisst i hvilken grad mine observasjoner og notater fra en håndfull gitte tidsrom har gyldighet og er representative for totalen av hendelser i hjemmesykepleien. Ulike funn i denne studien vil ha ulik grad av gyldighet i ulike kontekster og jeg har forsøkt å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, altså: hva det er gyldig om og under hvilke betingelser. Jeg har kun snakket med et utvalg sykepleiere og pasienter, og vært tilstede i perioder. Ikke all informasjon fra de tidsrommene har gyldighet for resten av tiden, noen observasjoner kan ha gyldighet i et visst omfang, og andre ikke i det hele tatt. Noen deler av funnene har stor overføringsverdi til flere settinger og kan gi innsikt i systemer og områder som ligger utenfor det undersøkte feltet, som f.eks. verdikonflikter mellom organisasjonssystemene og sykepleieprofesjonen. Funn om sykepleieres atferdsmønstre rundt triksing av tidtakere og vedtak kan ha overføringsverdi og gyldighet til settinger med lignende organisasjonssystem. Mens funn om f.eks. manglende kompetanse til å ivareta pasienter med psykisk sykdom og alvorlig kognitiv svikt, kan ha gyldighet kun i forskningsfeltet. I presentasjonen av resultatene har jeg forsøkt å tilpasse utsagnsstyrken med evidensstyrken (Wackerhausen, 2004) ved f.eks. å forsøke å synliggjøre om utsagn støttes av mange, eller få sykepleiere eller pasienter. For å sørge for transparens og pålitelighet har jeg også i artiklene synliggjort (i flere tabeller) hvilke sykepleiere og pasienter som har bidratt til ulike funn. Jeg har også valgt å bruke mange verbatim sitater og feltnotater i

resultatpresentasjonene for å synliggjøre overensstemmelse mellom rådata, analyser og funn.

## 8. KONKLUSJONER

Hensikten med avhandlingen var å utforske SPR som profesjonell praksis, i en hjemmesykepleiekontekst som er organisert med utgangspunkt i NPM-ideologier. I denne avhandlingen slås det fast at SPR i kommunehelsetjeneste har flere helsefremmende effekter og at den fremdeles er en svært viktig del av hjemmesykepleie. Selv om noen SPR preges av friksjon og negative følelser, oppleves de fleste SPR som omsorgsfulle og normativt *gode* av sykepleierne og pasientene. Funnene viser med andre ord at SPR er nyttig og helsefremmende ut over pasientens subjektive opplevelse av omsorg og nærhet. Relasjonene trues av rigide organisasjonssystemer og funnene peker på flere systemiske mangler, hvor sykepleiere opplever å bli undervurdert og å kjempe en stille kamp for å bevare sin autonomi, fleksibilitet og ivareta helhetlig pasientomsorg som SPR er en fundamental del av. At SPR i HSK kan forstås som sykepleiernes profesjonelle praksis synliggjør relasjonenes plass og signifikante del av sykepleiernes veletablerte profesjonsidentitet. Problemet er hvor lenge er det mulig å holde fast sin profesjonsidentitet og SPR som profesjonspraksis, dersom kjerneinnholdet ikke anerkjennes, men motarbeides av ekstern ramme- og innholdsfastsettelse av sykepleieres bevegelsesrom og praksis.

«Ikke alt som kan telles teller, og ikke alt som teller kan telles» skal Albert Einstein ha sagt i sin tid. Et sitat med klar overføringsverdi til denne avhandlingen. I vår streben etter å effektivisere helsetjenester og dokumentere tjenestenes kvalitet, kan det se ut som at essensielle elementer av omsorg og pleie (som SPR) har forsvunnet i organisasjonssystemet. Hjemmesykepleiernes oppgaver og tidsbruk styres, telles, måles og dokumenteres som aldri før. *Helse*

og *helhetlig omsorg* som er velferdsstatens verdiorienterte målsetninger, er redusert til tellbare mål som antall minutter og pasienter. Det man egentlig er interessert i å vite noe om (helse og omsorg) lar seg ikke så lett måle, og dermed måles hjemmesykepleierne på det som kan måles, som antall sårskift utført eller dosetter utlevert. Når det som er viktig ikke kan måles blir det som kan måles viktig, og fokus rettes den veien. Etter oppgavene er utført og dokumentert fremstår det utad som tjenestene har høy kvalitet, men systemet synliggjør ikke om oppgavene ble utført omsorgsfullt, eller om de ut fra faglig og etisk skjønn var riktig å gjøre i situasjonen. I et slikt system blir helsefremmende effekter av SPR usynliggjort og siden de menneskelige og økonomiske verdiene av relasjonene vanskelig lar seg måle og dokumentere, investerer ikke systemet tid og ressurser i å etablere og ivareta relasjoner.

Sykepleierne lar seg ikke styre fullt ut fordi de er avhengige av å bruke skjønn og dømmekraft med en viss autonomi, og de føler seg kompetente til å vurdere hvordan deres tid skal brukes. Sykepleiere og pasienter har utviklet praksiser som gjør det mulig for dem å bli kjent med hverandre og danne SPR. Funnene indikerer at de aller fleste pasienter mottar individuelt tilpasset og helhetlig omsorg, ikke på grunn av systemet, men på tross av det. Et behov for endring av måten helsetjenestene organiseres på trer frem, og her kan den nevnte tillitsmodellen være et alternativ. Skal hjemmesykepleie være omsorgsfull må sykepleierne ha mulighet til å ivareta pasientens individuelle og skiftende behov her og nå, og ikke styres av vedtak som er gjort for lenge siden av noen som kanskje ikke har sett pasienten. Myndigheten til å avgjøre hva som er pasientens viktigste behov akkurat den enkelte dagen bør flyttes nærmere pasienten, til helsepersonellet som kjenner og møter pasienten. Det bør

prioriteres tid til SPR og til helhetlig omsorg. Det er behov for mindre detaljstyring og mindre rapportering som stjeler tid sykepleierne fra pasienten.

Organisasjonssystemet må ha tillit til at sykepleiere og annet helsepersonell kan jobben sin og gjør den etter beste evne, men samtidig er det behov for en viss grad av styring. Sykepleierlønninger beslaglegger store deler av helsevesenets budsjett og sykepleierne tidsbruk er en grunnleggende ressurs i helsetjenestene. Helsevesenets ressurser vil alltid være begrenset i forhold til pasientenes uendelige behov, og fullstendig frislipp av sykepleierne tid vil medføre en enorm ressursbruk som går på bekostning av andre menneskers behov. Pasientens sikkerhet avhenger av sykepleierne vurderinger og dersom prioriteringsansvar og beslutningsmyndighet utelukkende overlates til den enkelte sykepleieren kan sårbare pasienter bli offer for den enkeltes subjektivitet og vilkårlighet. Pasientens helse og velvære kan derfor ikke alene ligge i hendene til den enkelte sykepleieren på vakt. Det er nødvendig å kartlegge den enkelte pasientens behov og ha oversikt over sykepleierne oppgaver slik at de til en viss grad kan planlegges og tids-estimeres. Nøkkelord her er *til en viss grad* og *estimere*. Organisasjons-systemer og planleggingen må være veiledende, hvor behovet for å utøve skjønn i relativ autonomi anerkjennes på ledelsesnivå. I dagens HSK gjøres dette i skjul, i opposisjon, og med stille aksept av ledere, noe som sliter på sykepleierne og pasientene.

## **8.1 IMPLIKASJONER**

Denne avhandlingen belyser aspekter ved sykepleieprofesjonell praksis som har praktiske, kliniske og teoretiske implikasjoner i flere av hjemmetjenestens dimensjoner. For det første belyses ulike helsefremmende effekter av SPR i kommunehelsetjenesten, som synliggjør at det kan være samfunnsøkonomisk



gunstig å investere tid og penger i relasjonsdannelse og ivaretagelse. Det legitimerer også fortsatt fokus på relasjonsdannelse i utdanning av helsepersonell, spesielt sykepleiere. Gjennom SPR er sykepleiere i stand til å forebygge sykdomsutvikling og ivareta pasientens psykososiale behov som ut fra et helhetlig menneskesyn også har betydning for pasientens fysiske tilstand.

Funnene synliggjør også behov for endring av organisasjonssystemene i hjemmetjenesten, i alle fall i kommunene som er undersøkt, men også sannsynligvis i mange av landets kommuner da mange bruker lignende organiseringssystem. Sykepleiere har lite reell makt til å gjøre noe med problemene de opplever i praksis. Avhandlingens funn viser at organisatoriske forhold hindrer utøvelsen av helhetlig og individualisert sykepleie, herunder dannelse og ivaretagelse av SPR. Ut fra min vurdering bør kommunene revidere sine modeller for organisering av tjenestene mer i retning av f.eks. tillitsmodellen. I tillegg må helsepolitiske intensjoner støttes med nødvendige økonomiske midler fra regjeringen. Revidering av tjenestens organisasjonssystemer er viktig både for å sikre omsorg og pleie av høy kvalitet (i tråd med helsepolitiske intensjoner), men også av økonomiske årsaker da store studier viser at NPM-inspirert organisering faktisk er mer kostbart. I en tid med knappe ressurser og kompetansemangel er det uheldig å beslaglegge sykepleiernes tid med rapportering og dokumentasjon som oppleves uhensiktsmessig, og til dels gjennomføres kun for å bevise at det er gjort.

Kappesyntesen tilbyr et teoretisk bidrag gjennom forståelsen av SPR som en bred prosess og en profesjonell praksis i moderne hjemmesykepleie. Funnene er kunnskapsbidrag til eksisterende sykepleieteorier og legitimerer sykepleier-pasient relasjoners posisjon som en fundamental del av profesjonsutdanningen og sykepleieprofesjonell praksis. Avhandlingen bidrar i så måte til

å videreutvikle sykepleievitenskap og forståelsen av omsorg til hjemmesykepleiepasienter.

## **8.2 VIDERE FORSKNING**

Avhandlingen gir grunnlag for videre forskning innen flere områder i hjemmesykepleie. Jeg etterlyser primærstudier som ser konkret på SPRs helsefremmende effekter i hjemmesykepleie spesielt. Om man kan påvise direkte effekter av SPR på pasientens helse, ville man i enda større grad kunne legitimere bruken av tid og ressurser på relasjonsdannelse i praksis.

I artikkel II påvises kompetansemangel blant sykepleierne som ivaretar en stadig eldre og sykere gruppe. Kompetansemangel er en alvorlig trussel mot pasientens sikkerhet og det trengs mer kunnskap om konkret hvilke områder sykepleiere i hjemmesykepleien mangler kunnskap, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å forhindre fremtidig kompetansemangel. I tillegg til kvalitative design som kan gi dybdekunnskap om kompetansemangelen kan det være hensiktsmessig å undersøke utvikling og endring av selvopplevd kompetansenivå blant sykepleiere i hjemmesykepleie, f.eks. ved bruk av longitudinelle design. Det er urovekkende om sykepleiere, som en av de høyest utdannede gruppene i hjemmetjenesten, opplever å ikke ha kompetanse til å ivareta pasientene på et forsvarlig vis.

Det ville også vært nyttig å utforske hvor utbredt fenomenet med å lure systemet er i hjemmetjenesten, og i andre områder av helsetjenestene. Å kartlegge dybden og omfanget av fenomenet gjennom både kvalitative og kvantitative studier kunne derfor vært aktuelt, både blant sykepleiere og annet helsepersonell som helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere. Mixed methods design kan derfor være hensiktsmessig. Etter utprøving av tillitsreformen i

enkelte hjemmetjenesteområder ville det vært relevant å undersøke SPR i denne organisatoriske konteksten, for å i større grad kunne vurdere systemets betydning for utvikling av sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleie. Vil en tillitsreform føre til høyere kvalitet på tjenestene og vil det være økonomisk gunstig og bærekraftig? Kanskje kan det være gjennomførbart å utvikle og teste en helt ny organiseringsmodell som både er kostandaeffektiv og sikrer en forsvarlig og omsorgsfull hjemmetjeneste.

## REFERANSER

- AADLAND, E. 2004. *Og eg ser på deg...* Oslo, Universitetsforlaget.
- AALTVEDT, V., JUVLAND, L. & ÖRESLAND, S. 2017. Omsorgsdiskurs og budsjettstyringsdiskurs - to konstituerende diskurser som konstruerer lederskap i hjemmetjenesten. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 7, 209-223.
- ABELSEN, B., GASKI, M., NØDLAND, S. I. & STEPHANSEN, A. 2014. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. *Rapport IRIS - 2014/382*. Stavanger.
- ALVESSON, M. & SKÖLDBERG, K. 2017. *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*, Lund, Studentlitteratur AB.
- ALVSVÅG, H. 2014. Kari Martinsen. Philosophy of caring. In: ALLIGOOD, M. R. (ed.) *Nursing theorists and their work*. St. Louis: Elsevier.
- ANTONOVSKY, A. & SJØBU, A. 2012. *Helsens mysterium : den salutogene modellen*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- ARENDDT, H. 1996. *Den banale ondskaben: Eichmann i Jerusalem*, Göteborg, Daidalos.
- ARMAN, M., RANHEIM, A., RYDENLUND, K., RYTTERSTRÖM, P. & REHNSFELDT, A. 2015. The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly*, 28, 288-296.
- ARNTZEN, E. 2016. *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- ARONSON, J. 2006. Silent complaints, suppressed expectations: the cumulative effects of home care rationing. *International Journal of Health Services*, 36, 535-556.
- ASKINAZI, A. 2004. Caring about caring. *Nursing Forum*, 39, 33-34.
- ATKINS, S., LEWIN, S., SMITH, H., ENGEL, M., FRETHEIM, A. & VOLMINK, J. 2008. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 21.
- ATKINSON, P. 2007. Editorial Introduction. In: ATKINSON, P., COFFEY, A., DELAMONT, S., LOFLAND, J. & LOFLAND, L. (eds.) *Handbook of Ethnography*. London: SAGE Publications Ltd.
- AUSTGARD, K. I. B. 2003. Profesjon eller instruksjon? *Nordic Journal of Nursing Research*, 23, 39-41.
- BENNER, P. 2000. *Fra novice til ekspert - Mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejeforskning*, København, Munksgaard Danmark.

- BENNER, P. & WRUBEL, J. 1989. *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*, Menlo Park, Calif, Addison-Wesley.
- BERGGREN, I. & CARLSTRÖM, E. 2010. Decision making within a community provider organization. *British Journal of Community Nursing*, 15, 611-617.
- BERLIN, J. M. & CARLSTRÖM, E. 2015. Cultural camouflage - a critical study of how artefacts are camouflaged and mental health policy subverted. *International journal of Health Planning and Management*, 30, 111-126.
- BINDELS, J., COX, K., WIDDERSHOVEN, G., SCHAYCK, O. C. & ABMA, T. A. 2014. Care for community-dwelling frail older people: a practice nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2313-2322.
- BIRKELAND, A. 2013. Eldre, ensomhet og sykepleie. *Sykepleien Forskning*, 2, 114-122.
- BIRKELAND, A. & FLOVIK, A. M. 2018. *Sykepleie i hjemmet*, Oslo, Cappelen Damm akademisk.
- BJORNSDOTTIR, K. 2009. The ethics and politics of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 732-739.
- BJÖRCK, M. & SANDMAN, L. 2007. Vårdrelation - Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden*, 27, 14-19.
- BJÖRNSDÓTTIR, K. 2013. The place of standardisation in home care practice: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1411-1420.
- BONDAS, T. 2003. Caritative Leadership: Ministering to the Patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27, 249-255.
- BONDAS, T. 2013. Finland and Sweden - Qualitative research from nursing to caring. In: BECK, C. T. (ed.) *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York: Routledge.
- BONDAS, T. 2018. Self-organizing Development Teams for Innovative Nursing Care. *Nursing administration quarterly*, 42, 269-277.
- BONDAS, T., HALL, E. & WIKBERG, A. 2013. Metasynthesis in health care. In: LIAMPUTTONG, P. (ed.) *Research methods for health: Foundations for evidence-based practice*. Victoria: Oxford University Press.
- BONDAS, T. & HALL, E. O. C. 2007a. Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qualitative Health Research*, 17, 113-121.
- BONDAS, T. & HALL, E. O. C. 2007b. A decade of metasynthesis research in health sciences: A meta-method study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2, 101-113.
- BORBASI, S., JACKSON, D. & WILKES, L. 2005. Fieldwork in nursing research: positionality, practicalities and predicaments. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 493-501.

- BOSTON, T. 2013. Basic NPM Ideas and their Development. In: CHRISTENSEN, T. & LÆGREID, T. (eds.) *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Burlington: Ashgate.
- BRIDGES, J., NICHOLSON, C., MABEN, J., POPE, C., FLATLEY, M., WILKINSON, C., MEYER, J. & TZIGGILI, M. 2013. Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 760-772.
- BRITTEN, N., CAMPBELL, R., POPE, C., DONOVAN, J., MORGAN, M. & PILL, R. 2002. Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of health services research & policy*, 7, 209-215.
- BROADBENT, L. & LAUGHLIN, R. 2002. Public service professionals and the New Public Management. Control of the professions in the public services. In: FERLIE, E., MCLAUGHLIN, K. & OSBORNE, S. (eds.) *New public management: current trends and future prospects*. London: Routledge.
- BRÆND, J. A. & LARSEN, K. 2017. Transformasjon av en profesjon - sykehuset mellom penger og pasienter. . In: FEIRING, M. K., JURITZEN, I. R. & LARSEN, K. T. I. (eds.) *Kritiske perspektiver i helsefagene - utdanning, yrkespraksis og forskning*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- CAMPBELL, P., POUND, P., MORGAN, M., DAKER-WHITE, G., BRITTEN, N., PILL, R., YARDLEY, L., POPE, C. & DONOVAN, J. 2011. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment*, 15, 1-160.
- CAMPBELL, R., POUND, P., POPE, C., BRITTEN, N., PILL, R., MORGAN, M. & DONOVAN, J. 2003. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medicine*, 56, 671-684.
- CASP. 2013. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative Checklist* [Online]. Available: [http://media.wix.com/ugd/dded87\\_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf](http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf) [Accessed June 7 2016].
- CECI, C. 2006. Impoverished practice: analysis of effects of economic discourses in home care case management practice. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 19, 56-68.
- CHRISTENSEN, T. & LÆGREID, P. 2001. New Public Management i norsk statsforvaltning In: TRANØY, B. S. & ØSTERUD, Ø. (eds.) *Den Fragmenterte Staten: reformer, makt og styring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- CORBETT, S. & WILLIAMS, F. 2014. Striking a professional balance: Interactions between nurses and their older rural patients. *British Journal of Community Nursing*, 19, 162-167.
- CRUZ, E. V. & HIGGINBOTTOM, G. 2013. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher*, 20, 36-43.
- DAHLBERG, K. 2002. Vårdlidande - det onödige lidande. *Vård i Norden*, 22, 4-8.
- DAHLBERG, K. 2018. The art of understanding. In: VISSE, M. & ABMA, T. (eds.) *Evaluation for a Caring Society*. Charlotte, NC: Information age publishing, INC.
- DAHLBERG, K. & SEGESTEN, K. 2010. *Hälsa och vårdande. I teori och praxis*, Stockholm, Natur & Kultur.
- DAHLBERG, K., SEGESTEN, K., NYSTRÖM, M., SUSERUD, B. O. & FAGERBERG, I. 2003. *Att förstå vårdvetenskap*, Lund, Studentlitteratur.
- DALE, B., SÆVAREID, H. I., KIRKEVOLD, M. & SÖDERHAMN, O. 2011. Older home-living patients perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1, 219-234.
- DALE, B., SÖDERHAMN, U. & SÖDERHAMN, O. 2012. Psychometric properties of the Norwegian version of the General Health Questionnaire (GHQ-30) among older people living at home. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 151-157.
- DEBESAY, J., HARSLOF, I., RECHEL, B. & VIKE, H. 2014. Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context. *Social Science & Medicine*, 119, 74.
- DELMAR, C. 2008. No recipe for care as a moral practice. *International Journal of Human Caring*, 12, 38-43.
- DELMAR, C. 2013. Becoming Whole: Kari Martinsen's Philosophy of Care – Selected Concepts and Impact on Clinical Nursing. *International Journal of Human Caring*, 17, 20-28.
- DINÇ, L. & GASTMANS, C. 2013. Trust in nurse–patient relationships. *Nursing Ethics*, 20, 501-516.
- DJØNNE, E., MYHRER, S. & KAURIN, M. 2017. *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016*. Oslo.
- DOLONEN, K. A. 2019. Hjemmetjenesten i Kristiansand er hos brukerne i bare 42 prosent av arbeidstiden. *Sykepleien*, 31.01.2019.
- EIDE, H. & EIDE, T. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- EIDE, S. B., GRELLAND, H. H., KRISTIANSEN, A., SÆVAREID, H. I. & AASLAND, D. G. 2011. *Fordi vi er mennesker: en bok om samarbeidets etikk*, Bergen, Fagbokforl.

- EIDE, T., NILSEN, E. R., GULLSLETT, M. K., OLAFSEN, A. H., AABERGE, A. H. & EIDE, H. 2017. Tillitsmodellen - erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune. *Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge nr. 13/2017*. Drammen: Høgskolen i Sørøst-Norge.
- EILERTSEN, I. & KIIK, R. 2016. Nurses' emotional challenges in providing home care in Norway. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36, 82-87.
- EKELAND, T.-J. 2014. Frå objekt til subjekt – og tilbake? - Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11, 211-220.
- ERIKSSON, K. 1995. *Vårdandets idé*, Stockholm, Liber Utbildning.
- ERIKSSON, K. 2001. *Vårdvetenskap som akademisk disiplin*, Vasa, Åbo Akademi, Institutionen för Vårdvetenskap.
- ERIKSSON, K. 2002. Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*, 15, 61-65.
- ERIKSSON, K. 2010. *Det lidende menneske*, København, Munksgaard.
- ERIKSSON, K. 2014. *Vårdprocessen*, Göteborg, Liber AB.
- FALLAN, E., OLSEN, T. E., DALEQ, B. & HOBBEL, M. A. 2015. Bruk av balansert målstyring i norske kommuner. *Magma*, 8.
- FANGEN, K. 2010. *Deltagende observasjon*, Bergen, Fagbokforlaget.
- FAUSKE, H. 2008. Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. In: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier Oslo*: Universitetsforlaget.
- FETTERMAN, D. M. 2010. *Ethnography: Step-by-Step*, Thousand Oaks, SAGE Publications, Inc.
- FINGFELD-CONNETT, D. 2006. Meta-synthesis of presence in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 708-714.
- FJØRTOFT, A. K. 2014. *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- FORSKRIFT OM EGENANDEL FOR KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER. 2011. *Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester av 16. Desember 2011 nr. 1349* [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349> [Accessed 30.08.2018].
- FORVALTNINGSLOVEN. 1967. *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10 Februar 1967* [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NLE/lov/1967-02-10> [Accessed 30.03.2017].



- FRANCE, E. F., CUNNINGHAM, M., RING, N., UNY, I., DUNCAN, E. A., JEPSON, R. G., MAXWELL, M., ROBERTS, R. J., TURLEY, R. L., BOOTH, A., BRITTEN, N., FLEMMING, K., GALLAGHER, I., GARSIDE, R., HANNES, K., LEWIN, S., NOBLIT, G. W., POPE, C., THOMAS, J., VANSTONE, M., HIGGINBOTTOM, G. M. A. & NOYES, J. 2019. Improving reporting of meta-ethnography: The eMERGe reporting guidance. *Journal of Advanced Nursing* [Online]. Available: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13809>.
- FRANCE, E. F., RING, N., NOYES, J., MAXWELL, M., JEPSON, R., DUNCAN, E., TURLEY, R., JONES, D. & UNY, I. 2015. Protocol-developing meta-ethnography reporting guidelines (eMERGe).(Clinical report). *BMC Medical Research Methodology*, 15.
- FUGLSETH, K. & SKOGEN, K. 2006. *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*, Oslo, Cappelen akademisk.
- GALLAGHER, E., ALCOCK, D., DIEM, E., ANGUS, D. & MEDVES, J. 2002. Ethical dilemmas in home care case management. *Journal of Healthcare Management*, 47, 85-96.
- GARDNER, D. 1992. Presence. In: BULECHEK, G. & MCCLOSKEY, J. (eds.) *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. 2 ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- GARDNER, H. 2008. Introduction. In: GARDNER, H. (ed.) *Responsibility at work – How leading professionals act (or don't act) responsibly*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- GAUTUN, H. & SYSE, A. 2013. Samhandlingsreformen - Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehuset? *NOVA Rapport 8/13*. Oslo: NOVA.
- GEERTZ, C. 1993. *The interpretation of cultures : selected essays*, London, Fontana.
- GJEVJON, E. L. R. 2014. *Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.
- GLAVIN, K. & ERDAL, B. 2000. *Tverrfaglig samarbeid i praksis : til beste for barn og unge i kommune-Norge*, Oslo, Kommuneforlaget.
- GOVERNMENT OF FINLAND. 2019. *Health and social services reform* [Online]. Available: <https://alueuudistus.fi/en/services-and-freedom-of-choice/language-rights> [Accessed 15.01.2019].
- GREVE, C., LÆGREID, P. & RYKKJA, L. 2016. Introduction: The Nordic Model in Transition. In: GREVE, C., LÆGREID, P. & RYKKJA, L. (eds.) *Nordic Administrative Reforms: Lessons for Public Management*. London: Macmillan Publishers Ltd.

- GRIMEN, H. 2009. *Hva er tillit?*, Oslo, Universitetsforlaget.
- GRIMEN, H. & MOLANDER, K. 2008. Profesjon og kjønn. In: MOLANDER, A. & TÆRUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- GUBA, E. & LINCOLN, Y. 1994. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- GULLIKSTAD, B. & RASMUSSEN, B. 2004. Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering i offentlig sektor. Trondheim: SINTEF Rapport.
- HAGERTY, B. M. & PATUSKY, K. L. 2003. Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 145-150.
- HALL, J. & MC WILLIAM, C. 2006. About the Culture of In-Home Nursing. *Home Health Care Services Quarterly*, 25, 75-90.
- HALLDORSOTTIR, S. 1991. Five basic modes of being with another. In: GAUNT, D. A. & LEININGER, M. M. (eds.) *Caring: The compassionate healer*. New York: National League for Nursing Press.
- HALLDORSOTTIR, S. & HAMRIN, E. 1997. Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20, 120-128.
- HALÅS, C. T., KYMRE, I. G. & STEINSVIK, K. 2017. Introduksjon. In: HALÅS, C. T., KYMRE, I. G. & STEINSVIK, K. (eds.) *Humanistiske forskningstilnæringer til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. 2007. *Ethnography: principles in practice*, London, Routledge.
- HAMRAN, T. 1992. *Pleiekulturen: En utfordring til den teknologiske tenkemåten*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- HANNES, K., LOCKWOOD, C. & PEARSON, A. 2010. A comparative analysis of three online appraisal instruments' ability to assess validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 20, 1736-1743.
- HANSEN, A., HAUGE, S. & BERGLAND, Å. 2017. Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services – a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers. *BMC Geriatrics*, 17, 211.
- HANSEN, A., HAUGE, S., HELLESØ, R. & BERGLAND, Å. 2018. Purchasers' deliberations on psychosocial needs within the process of allocating healthcare services for older home-dwelling persons with dementia: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18, 746.

- HARREFORS, C., SÄVENSTEDT, S. & AXELSSON, K. 2009. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 353-360.
- HAUKELIEN, H., VIKE, H. & VARDHEIM, I. 2015. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Bø i Telemark.
- HEGGEN, K. M. & SOLBREKKE, T. D. 2009. Sykepleieansvar – fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt. *Tidsskrift for ARBEIDSLIV*, 11, 49-61.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2013. God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. *Meld. St. 10 (2012–2013)*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2015. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. *Meld. St. 26 (2014-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2018. Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. *Meld. St. 15 (2017-2018)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN. 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24 Juni 2011 nr. 30* [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven> [Accessed 28.03.2017].
- HELSEDIREKTORATET. 2015. *IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester* [Online]. Oslo: Helsedirektoratet. Available: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplosveileder-for-personell-i-kommunale-helse-ogsosialtjenester/Sider/default.aspx> [Accessed 28.03.2017].
- HELSEDIREKTORATET 2016. Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Oslo: Helsedirektoratet.
- HELSEDIREKTORATET 2017. Kompetanseløft 2020. Oslo: Helsedirektoratet.
- HELSEFORETAKSLOVEN. 2002. *Lov om helseforetak av 15 Juni 2001 nr. 93* [Online]. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93> [Accessed 28.03.2017].
- HELSEFORSKNINGSLOVEN. 2008. *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> [Accessed 10.09.2015].

- HELSEPERSONELLOVEN. 1999. *Lov om helsepersonell av 02. Juli 1999 nr. 64* [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell> [Accessed 28.03.2017].
- HEM, M. & HEGGEN, K. 2003. Being professional and being human: One nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 101-108.
- HENDERSON, V. 2006. The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 21-31.
- HIGGINBOTTOM, G. 2011. The transitioning experiences of internationally educated nurses into a Canadian health care system: A focused ethnography. *BMC Nursing*, 10.
- HIGGINBOTTOM, G. M. A., PILLAY, J. J. & BOADU, N. Y. 2013. Guidance on Performing Focused Ethnographies with an Emphasis on Healthcare Research. *The Qualitative Report*, 18, 1-16.
- HILLI, Y. & ERIKSSON, K. 2017. The Home as Ethos of Caring - a concept determination. *Nursing Ethics*.
- HIPPE, J. M. & TRYGSTAD, S. C. 2012. Ti år etter - ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus. *Fafo-rapport 2012:57*. Oslo: FAFO.
- HOLLOWAY, I. 2005. *Qualitative Research in Health Care*, Maidenhead, Open University Press.
- HOLM, S. G., MATHISEN, T. A., SÆTERSTRAND, T. M. & BRINCHMANN, B. S. 2017. Allocation of home care services by municipalities in Norway : a document analysis. *BMC Health Services Research*, 17:673.
- HOLOPAINEN, G., KASÉN, A. & NYSTRÖM, L. 2014. The space of togetherness – a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 186-192.
- HOOD, C. & DIXON, R. 2015. *A Government that Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades of Reform and Change in UK Central Government* New York, Oxford University Press.
- INGSTAD, K. 2010. Arbeidsforhold ved norske sykehjem--idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30, 14-17.
- JENSEN, S. M. & VILLADSEN, K. 2016. "Civil Disobedience" and Conflicting Rationalities in Elderly Care. In: GUBRIUM, J. F., ANDREASSEN, T. A. & SOLVANG, P. K. (eds.) *Reimagining the Human Service Relationship*. New York: Columbia University Press.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. 2015. *The Joanna Briggs Institute for the Unified management, assessment and review of information* [Online]. Adelaide, Australia. Available: <http://joannabriggs.org/sumari.html> [Accessed 02.05.17 2017].

- JUTHBERG, C. 2008. *Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden*. Ph.d. avhandling, Umeå universitet.
- JØRGENSEN, S. L. 2014. Anerkendende ledelse under budgetpres. *Økonomistyring og Informatik*, 29, 245-287.
- KARLSSON, C. E., EK, K., BERGH, I. & ERNSTH BRAVELL, M. 2014. Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: A Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 190-200.
- KASEN, A. 1994. *Vårdrelationen - en begreppsanalytisk studie*. Doktorgradsavhandling. Vasa, Åbo Akademi.
- KASÉN, A. 1996. Vårdrelationen som berättelse och förbindelse - en begreppsanalytisk upptackt. *Hoitotiede*, 8, 175-183.
- KASÉN, A. 2002. *Den vårdande relationen*, Åbo, Åbo Akademi University Press.
- KASÉN, A. 2012. 'Patient och sjuksköterska' i en vårdande relation. In: GUSTIN, L. W. & BERGBOM, I. (eds.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- KASÉN, A., NORDMAN, T., LINDHOLM, T. & ERIKSSON, K. 2008. "When the patient suffers from care" - nurse's characterization of patients' suffering related to care. *Vård i Norden*, 28, 4-8.
- KIHLGREN, A., BLOMBERG, K. & JAMES, I. 2015. A reciprocal relationship - an opportunity and a solution for a meaningful daily life in home care - the older person's perspective. *Clinical Nursing Studies*, 3, 71-81.
- KILLET, A., BURNS, D., KELLY, F., BROOKER, D., BOWES, A., LA FONTAINE, J., LATHAM, I., WILSON, M. & O'NEILL, M. 2016. Digging deep: how organisational culture affects care home residents' experiences. *Ageing & Society*, 36, 160-188.
- KIRCHHOFF, J. 2010. *De skjutte tjenestene : Om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Ph.d. avhandling, Karlstad University.
- KIRKEVOLD, M. 2013. Qualitative nursing research in Norway, Denmark and Iceland. In: BECK, C. T. (ed.) *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York: Routledge.
- KLEIMAN, S., FREDERICKSON, K. & LUNDY, T. 2004. Using an eclectic model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship. *Nursing Education Perspectives*, 25, 249-253.
- KLEIVEN, O. T., KYTE, L. & KVIGNE, K. 2016. Sykepleieverdier under press? *Nordisk Sykeplejeforskning*, 6, 311-326.
- KNOBLAUCH, H. 2005. Focused ethnography. *Forum Qualitative Social Research*, 6, Art. 44.

- KROL, P. & LAVOIE, M. 2014. Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy*, 15, 112-124.
- KVALITETSFORSKRIFT FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE 2003. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- LEE, R. P., HART, R. I., WATSON, R. M. & RAPLEY, T. 2015. Qualitative synthesis in practice: some pragmatics of meta-ethnography. *Qualitative Research*, 15, 334-350.
- LEININGER, M. M. & MCFARLAND, M. R. 2002. *Transcultural nursing: Concepts, theories and practices*, New York, McGraw-Hill Inc.
- LESLIE, J. L. & LONNEMAN, W. 2016. Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship. *Home healthcare now*, 34, 38-42.
- LINCOLN, Y. S. & GUBA, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*, Thousand Oaks, CA. , Sage Publications.
- LINDAHL, B., LIDÉN, E. & LINDBLAD, B. M. 2010. A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 454-463.
- LIPSKY, M. 2010. *Street-level Bureaucracy - Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russel Sage Foundation.
- LONG, A. F. & GODFREY, M. 2004. An evaluation tool to assess the quality of qualitative research studies. *International Journal of Social Research Methodology*, 7, 181-196.
- LOPEZ, S. 2006. Emotional labor and organized emotional care - Conceptualizing nursing home care work. *Work and Occupation*, 33, 133-160.
- LUND, E. 2012. *Virke og profesjon*, Oslo, Akribe AS.
- LUND, T. & RIIS, B. 2003. *Bestiller-utfører modellen - et verktøy for økt effektivitet og legitimitet - eller byråkrati i nye klær?* Mastergradsavhandling, Handelshøjskolen i København.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MARTINSEN, B., MORTENSEN, A. S. & NORLYK, A. 2018. Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses - a meta-ethnography. *British Journal of Community Nursing*, 23, 597-604.
- MARTINSEN, K. 2003a. *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*, Oslo, Universitetsforlaget.

- MARTINSEN, K. 2003b. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MARTINSEN, K. 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, Oslo, Akribe.
- MARTINSEN, K. 2012. *Løgstrup og sykepleien*, Oslo, Akribe.
- MARTINSEN, K. & WÆRNESS, K. 1991. *Pleie uten omsorg* Oslo, Pax Forlag.
- MAXWELL, J. A. 2013. *Qualitative research design : an interactive approach*, Los Angeles, Sage.
- MCGARRY, J. 2009. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health & Social Care in the Community*, 17, 83-91.
- MCGARRY, J. 2010. Relationships between nurses and older people within the home: exploring the boundaries of care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 265-273.
- MCGUIRK, J. & METHI, J. S. 2015. Introduksjon. In: MCGUIRK, J. & METHI, J. S. (eds.) *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- MCQUEEN, A. 2000. Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 723-731.
- MELEIS, A. I. 2012. *Theoretical Nursing: Development and progress*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M. & SALDAÑA, J. 2014. *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*, Los Angeles, SAGE.
- MILLS, A. E. & WERHANE, P. H. 2015. Organizational Moral Distress. In: COOPER, C. L. (ed.) *Wiley Encyclopedia of Management*. Chichester: Wiley.
- MINER-WILLIAMS, D. 2007. Connectedness in the nurse-patient relationship: A Grounded Theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 1215-1234.
- MOE, A., HELLZEN, O. & ENMARKER, I. 2013. The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing Ethics*, 20, 737-747.
- MOK, E. & CHIU, P. 2004. Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 475-483.
- MOLIN, J., GRANEHEIM, U. H. & LINDGREN, B. M. 2016. Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care; patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11.
- MORSE, J. M. 1991. Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468.
- MORSE, J. M. 2007. Does health research warrant the modification of qualitative methods? *Qualitative Health Research*, 17, 863-865.

- MORSE, J. M., BARRETT, M., MAYAN, M., OLSON, K. & SPIERS, J. 2002. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, 13-22.
- MORSE, J. M. & RICHARDS, L. 2002. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*, Thousand Oaks, Sage.
- MØRK, E. 2013. Hjemme så lenge som mulig. In: RAMM, J. (ed.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- MØRK, E., BEYRER, S., HAUGSTVEIT, F. V., SUNDBY, B. & KARLSEN, H. T. 2018. Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. *Rapporter 2018/26*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- NAKREM, S. 2014. Ledelse og organisering: Moderniseringens fallgruver. *Sykepleien* 92, 30-35.
- NELSON, M. M. 2016. NICU Culture of Care for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome: A Focused Ethnography. *Neonatal Network*, 35, 287-296.
- NESH 2006. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo: Forskningsetiske komiteer.
- NEWMAN, S. & LAWLER, J. 2009. Managing health care under New Public Management A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology*, 45, 419-432.
- NICKEL, S., SCHRODER, M. & STEEG, J. 2012. Mid-term and short-term planning support for home health care services. *European Journal of Operational Research*, 219, 574-587.
- NOBLIT, G. W. & HARE, R. D. 1988. *Meta-ethnography : synthesizing qualitative studies*, Newbury Park, Calif, Sage Publications.
- NORD UNIVERSITET. u.å. *Kvalitetssikringssystem for etikk og personvern* [Online]. Available: <https://www.nord.no/no/forskning/forskningsetikk/Documents/Kvalitets-system-for-etikk-og-personvern.pdf> [Accessed 07.06.2017].
- NORHEIM, K. H. & THORESEN, L. 2015. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10, 14-22.
- NORSK SYKEPLEIERFORBUND. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler* [Online]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Available: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) [Accessed 21.05.2015].
- NORTVEDT, P. 2013. Få helsearbeidere har tid nok. *Tidsskriftet Sykepleien*, 101, 70-71.



- NORTVEDT, P. & GRIMEN, H. 2004. *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- NORTVEDT, P., HEM, M. H. & SKIRBEKK, H. 2011. The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing Ethics*, 18, 192-200.
- NORTVEDT, P., PEDERSEN, R., GROTHE, K., NORDHAUG, M., KIRKEVOLD, M., SLETTEBO, A., BRINCHMANN, B. S. & ANDERSEN, B. 2008. Clinical prioritisations of healthcare for the aged - professional roles. *Journal of Medical Ethics*, 34, 332-335.
- NÆSS, S. 2001. Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskriftet Norsk Legeforening*, 121, 1940-1944.
- OECD 2011. *Health Reform*, Paris, OECD Publishing.
- OLSEN, R. M., HELLZÉE, O., SKOTNES, L. H. & ENMARKER, I. 2014. Breakdown in informational continuity of care during hospitalization of older home-living patients: a case study. *International Journal of Integrated Care*, 14.
- OLSEN, R. M., ØSTNOR, B. H., ENGMARKER, I. & HELLZÉE, O. 2013. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2963-2973.
- ORVIK, A. 2015. *Organisatorisk kompetanse - Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*, Oslo, Cappelen Damm.
- OZARAS, G. & ABAAN, S. 2018. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. *Nursing Ethics*, 25, 628-639.
- PAPASTAVROU, E., ANDREOU, P. & EFSTATHIOU, G. 2014. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *International journal of Health Planning and Management*, 29, 3-25.
- PAPASTAVROU, E., EFSTATHIOU, G. & CHARALAMBOUS, A. 2011. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1191-1205.
- PARSE, R. R. 1994. Quality of life: Sciencing and living the art of human becoming. *Nursing Science Quarterly*, 7, 32-38.
- PARSE, R. R. 1998. *The Human Becoming School of Thought*, Thousand Oaks, SAGE Publications Inc.
- PARSONS, T. 1968. Professions. In: SKILLS, D. L. & MERTON, R. K. (eds.) *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The MacMillan Company & The Free Press.

- PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN. 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. Juli 1999 nr. 63* [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> [Accessed 25.04.2018].
- PEDERSEN, O. K. 2011. *Konkurrencestaten*, København, Hans Retizels Forlag.
- PEPLAU, H. E. 2004. *Interpersonal Relations in Nursing : A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, New York, Springer Publishing Company.
- PERSONOPPLYSNINGSLOVEN. 2000. *Lov om behandling av personopplysninger* [Online]. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31> [Accessed 10.09.2015].
- PHELAN, A., MCCARTHY, S. & ADAMS, E. 2018a. Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 626-636.
- PHELAN, A., MCCARTHY, S. & ADAMS, E. 2018b. Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. *British Journal of Community Nursing*, 23, 34-40.
- PHELAN, A. & MCCORMACK, B. 2016. Exploring nursing expertise in residential care for older people: a mixed method study. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 2524-2535.
- POLIT, D. & BECK, C. 2012. *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.
- POPE, C., MAYS, N. & POPAY, J. 2007. *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: a guide to methods*. Maidenhead: Open University Press, McGraw Hill Education.
- QRS INTERNATIONAL 2017. NVivo qualitative data analysis Software. 11 ed.
- REEVES, S., KUPER, A. & HODGES, B. D. 2008. Qualitative research methodologies: ethnography. *BMJ*, 337.
- RÉGIS, C. 2011. Physicians Gaming the System: Modern-Day Robin Hood? *Health Law Review*, 13, 19-24.
- ROLFE, G. 2001. *Closing the theory-practice gap - A new paradigm for nursing*, Oxford, Butterworth-Heinemann Ltd.
- ROPER, J. M. & SHAPIRA, J. 2000. *Ethnography in nursing research*, Thousand Oaks, Calif, Sage.
- RØRTVEIT, K., HANSEN, B., LEIKNES, I., JOA, I., TESTAD, I. & SEVERINSSON, E. 2015. Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship- a systematic review of qualitative studies. *Open Journal of Nursing*, 5, 195-209.

- SAMHANDLINGSREFORMEN 2009. Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- SANDELOWSKI, M. 1993. Theory unmasked: the uses and guises of theory in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 16, 213-218.
- SANDELOWSKI, M. & BARROSO, J. 2007. *Handbook for synthesizing qualitative research*, New York, Springer.
- SARGENT, A. 2012. Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nursing Inquiry*, 19, 134-143.
- SAVIKKO, N., ROUTASALO, P., TILVIS, R. S., STRANDBERG, T. & PITKALA, K. 2005. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- SCHEIN, E. H. 2010. *Organizational culture and leadership*, San Francisco, Jossey-Bass.
- SCOTT, A. P., HARVEY, C., FELZMANN, H., SUHONEN, R., HABERMANN, M., HALVORSEN, K., CHRISTIANSEN, K., TOFFOLI, L. & PAPASTAVROU, E. 2018. Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nursing Ethics*.
- SELBERG, R. 2013. Nursing in Times of Neoliberal Change: An Ethnographic Study of Nurses' Experiences of Work Intensification. *Nordic Journal Of Working Life Studies*, 3, 9-35.
- SKOGHEIM, C. & LANDSTAD, T. 2018. Kritisk mangel på sykepleiere i Bodø: – Gir store driftsutfordringer. *Avisa Nordland*, 5. Oktober.
- SPRADLEY, J. 1979. *The ethnographic interview*, Belmont, Wadsworth Engage Learning.
- SPRADLEY, J. 1980. *Participant observation*, London, Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- STAJDUHAR, K., FUNK, L., ROBERTS, D., CLOUTIER-FISHER, D., MCLEOD, B., WILKINSON, C. & PURKIS, M. 2011. Articulating the Role of Relationships in Access to Home Care Nursing at the End of Life. *Qualitative Health Research*, 21, 117.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ 2015. Dette er Norge 2015 - Hva tallene forteller. Oslo.
- STAVROPOULOU, A., KABA, E., OBAMWONYI, V. A., ADEOSUN, I., ROVITHIS, M. & ZIDIANAKIS, Z. 2012. Defining nursing intimacy: Nurses' perceptions of intimacy. *Health Science Journal*, 6, 479-495.
- STEIN-PARBURY, J. 2009. *Patient and person : Interpersonal skills in nursing*, Sydney, Elsevier, Churchill Livingstone.

- STRANDÅS, M. & BONDAS, T. 2018. The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 11-22.
- STRANDÅS, M., WACKERHAUSEN, S. & BONDAS, T. 2019a. Gaming the system to care for patients: A focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Services Research*.
- STRANDÅS, M., WACKERHAUSEN, S. & BONDAS, T. 2019b. The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 400-411.
- SUNDELÖF, E. M. A., HANSEBO, G. & EKMAN, S. E. 2004. Friendship and Caring Communion: The Meaning of Caring Relationship in District Nursing. *International Journal of Human Caring*, 8, 13-20.
- SVENSSON, L. G. & KARLSSON, A. 2008. Profesjoner, kontroll og ansvar. In: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- SÆTERSTRAND, T. M., HOLM, S. G. & BRINCHMANN, B. S. 2015. Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29, 4-16.
- THOMMESEN, L. 2018. Stor sykepleiemangel: -Dette er en varslet krise. *NRK*, 6. Mai.
- THORNE, S. 2017. Metasynthetic Madness: What kind of Monster have we created? *Qualitative Health Research*, 27, 3-12.
- THORNE, S., JOACHIM, G., PATERSON, B. & CANAM, C. 2002. Influence of the Research Frame on Qualitatively Derived Health Science Knowledge. *International Journal of Qualitative Methods*, 1, 1-34.
- TONG, A., FLEMMING, K., MCINNES, E., OLIVER, S. & CRAIG, J. 2012. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12, 181.
- TONG, A., SAINSBURY, P. & CRAIG, J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 349-357.
- TRAVELBEE, J. 1971. *Interpersonal aspects of nursing*, Philadelphia, PA: Davis Company.
- TRYGSTAD, S. C. 2009. Endringer i norske kommuner og konsekvenser for ansatte. *Fafo-rapport 2009:14*. Oslo: FAFO.

- TURPIN, L. J., MCWILLIAM, C. L. & WARD-GRIFFIN, C. 2012. The Meaning of a Positive Client-Nurse Relationship for Senior Home Care Clients with Chronic Disease. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 31, 457-469.
- TYRRELL, E. F., LEVACK, W. M., RITCHIE, L. H. & KEELING, S. M. 2012. Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2466-2476.
- TØNNESEN, S. 2011. *The challenge to provide sound and diligent care - a qualitative study of nurses decisions about prioritization and patients experiences of the home nursing service*. Ph.d. avhandling, Oslo Univeristet.
- TØNNESEN, S. & NORTVEDT, P. 2012. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien Forskning*, 7, 280-285.
- TØNNESEN, S., NORTVEDT, P. & FØRDE, R. 2011. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs. Ethics*, 18, 386-396.
- UHRENFELDT, L. & HALL, E. O. 2015. Job satisfaction as a matter of time, team, and trust: A qualitative study of hospital nurses' experiences. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5, 1-8.
- UHRENFELDT L., SØRENSEN EE., BAHNSEN IB. & PU., P. 2018. The centrality of the nurse-patient relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3197-3204.
- VABØ, M. 2007. Organisering for velferd: Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. *Rapport 22/07*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- VABØ, M. 2011. Changing governance, changing needs interpretations. Implications for universalism. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31, 197-208.
- VABØ, M. 2012. Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health and Social Care in the community*, 20, 283-291.
- VAISMORADI, M., SKÄR, L., SÖDERBERG, S. & BONDAS, T. 2016. Normalizing suffering : A meta-synthesis of experiences of and perspectives on pain and pain management in nursing homes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11.
- VAN DE VEN, A. H. 2007. *Engaged scholarship: a guide for organizational and social research*. Oxford: Oxford University Press.

- VAN HECKE, A., GRYPDONCK, M., BEELE, H., VANDERWEE, K. & DEFLOOR, T. 2011. Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. *Journal of clinical nursing*, 20, 429.
- VAN MANEN, M. 1990. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy.*, Albany, NY, State University of New York Press.
- VARCOE, C., DOANE, G., PAULY, B., RODNEY, P., STORCH, J., MAHONEY, K., MCPHERSON, G., BROWN, H. & STARZORNSKI, R. 2004. Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 316-325.
- VETLESEN, A. J. 2010. Empati under press. *Sykepleien Forskning*, 98, 60-63.
- WACKERHAUSEN, S. 1996. Kausalt-felt metoden - En metode til utvælgelse af personer i kvalitative undersøkelser. *Nyt om forskning*, 5, 27-31.
- WACKERHAUSEN, S. 2002. *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse*, København, Hans Rietzels Forlag.
- WACKERHAUSEN, S. 2004. Kausale felter, meta-antagelser og metodisk pluralisme. In: HANSEN, N. B. & GLEERUP, J. (eds.) *Vidensteori, professionsuddannelse og professionsforskning*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- WACKERHAUSEN, S. 2009. Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 455-473.
- WACKERHAUSEN, S. 2017a. Forskningsspørsmål, epistemologi og metode - med fokus på praktisk kunnskap. In: HALÅS, C. T., STEINSVIK, K. & KYMRE, I. G. (eds.) *Humanistiske forskningstilnærminger til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WACKERHAUSEN, S. 2017b. Genstandsfelt, definition og ontologi - med fokus på praktisk kundskab. In: HALÅS, C. T., STEINSVIK, K. & KYMRE, I. G. (eds.) *Humanistiske forskningstilnærminger til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WALL, S. 2015. Focused Ethnography: A Methodological Adaptation for Social Research in Emerging Contexts. *Forum: Qualitative Social Research*, 166.
- WARD-GRIFFIN, C. 2001. Negotiation Care of Frail Elders: Relationships Between Community Nurses and Family Caregivers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33, 63-81.
- WHO. 1948. *Constitution of the World Health Organization* [Online]. Available: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) [Accessed 20. oktober 2016].

- WIECHULA, R., CONROY, T., KITSON, A. L., MARSHALL, R. J., WHITAKER, N. & RASMUSSEN, P. 2016. Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72, 723-734.
- WIKLUND, L. 2003. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*, Stockholm, Natur och kultur.
- WIKLUND, L. G. 2014. Att förstå något genom något annat - metaforer i narrativ hermeneutik. In: LASSENIUS, E. & SEVERINSSON, E. (eds.) *Hermeneutik i vårdpraxis - Det nära, det flyktiga, det dolda*. Malmö: Gleeups Utbildning AB.
- WILKES, L., CIOFFI, J., WARNE, B., HARRISON, K. & VONU-BORICEANU, O. 2008. Clients with chronic and complex conditions: their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 160-168.
- WILLIAMS, A. 2001. A study of practising nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 188-196.
- WILLIS, E., CARRYER, J., HARVEY, C., PEARSON, M. & HENDERSON, J. 2017. Austerity, new public management and missed nursing care in Australia and New Zealand. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 3102-3110.
- WOLLSCHIED, S., ERIKSEN, J. & HALLVIK, J. 2013. Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 414-421.
- WONG, C. A., CUMMINGS, G. G. & DUCHARME, L. 2013. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21, 709-724.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION. 2013. *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* [Online]. Available: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> [Accessed 21.05.2015].
- WÄLIVAARA, B. M., SÄVENSTEDT, S. & AXELSSON, K. 2013. Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences. *The Open Nursing Journal*, 7, 89-95.
- WÆRNESS, K. 1984. The Rationality of Caring. *Economic and Industrial Democracy*, 5, 185-211.
- WÆRNESS, K. 2001. Omsorgsetikk, omsorgsrasjonalitet og forskningens ansvar. In: RUYTER, K. W. & VETLESEN, A. J. (eds.) *Omsorgens tvetydighet - egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ZOLNIEREK, C. D. 2014. An Integrative Review of Knowing the Patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 3-10.





Vedlegg



## Informasjonsskriv til leder ved hjemmetjenesteområdet

Mitt navn er Maria Strandås, og jeg er sykepleier, universitetslektor og doktorgradsstudent ved Senter for Praktisk Kunnskap ved Nord Universitet. Jeg arbeider for tiden med mitt doktorgradsprosjekt som omhandler sykepleier-pasient relasjoner i hjemmetjenesten.

De siste årene har New Public Management (NPM) hatt sitt inntog i Norsk helsetjeneste. Tanken er å skape et mer kostnadseffektivt tilbud av offentlige tjenester, men forskning viser at konsekvensen for sykepleiere har blitt økt arbeidspress og mindre tid til hver pasient. For å utvikle en god sykepleier-pasient relasjon må det være rom for, og tid til, at sykepleieren kan være nærværende for en pasient, kunne lytte og ha evne til å se pasientens behov ut fra en helhetlig vurdering. Hensikten med min studie er å utvikle kunnskap om hvordan sykepleier-pasient relasjonen er i hjemmesykepleien, i en tid hvor New Public Management-inspirerte endringer setter rammer for sykepleiepraksis. Hjemmesykepleie er en kontekst hvor man antar å finne fenomenet tydelig da sykepleierne her følger tidsskjema hvor pasienter får vedtak på hva de skal få hjelp til, og hvor mange minutter det skal ta. Ved å påvise omsorgens betingelser i en tid av NPM vil man også påvise hva som skal være til stede for at helhetlig omsorg skal kunne ivaretas i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Studien kan i så måte kaste lys på hvilke forutsetninger som skal til for å lage en kvalifisert helse- og omsorgstjeneste.

I dette prosjektet vil det samles data fra flere av kommunens hjemmetjeneste-områder. Data samles inn gjennom deltakende observasjon og intervju. Totalt inkluderes 8-12 sykepleiere og 6-10 pasienter som informanter i studien. Jeg følger sykepleiere i deres arbeidshverdag og observerer relasjonene mellom sykepleierne og pasientene. Datasamlingsperioden beregnes å vare i 7-8 måneder, og i løpet av den perioden følger jeg hver av sykepleierne minst 2 vakter. Etter en tid med feltobservasjon vil intervju og observasjon forløpe parallelt. Alle sykepleiere som rekrutteres til studien vil intervjues. Pasienter i hjemmetjenesten som er aktuelle som informanter forespørres om deltakelse i intervju. Informasjon blir konfidensielt behandlet og alle personer blir anonymisert. Intervjuene forventes å vare ca. 1 time og tas opp på lydband som slettes når studien er ferdig. Informantene signerer et skjema om frivillig informert samtykke og kan når som helst trekke seg fra studien uten å oppgi en grunn. Resultater fra studien kan bli publisert i aktuelle tidsskrifter og presentert på konferanser.

Prosjektansvarlig og hovedveileder er Professor Terese Bondas og biveileder er Professor Steen Wackerhausen. Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dersom du ønsker utdypet informasjon om prosjektet kan du få tilsendt en mer omfattende prosjektbeskrivelse, ta i så fall kontakt med meg (Maria Strandås).

Med vennlig hilsen

Maria Strandås

Terese Bondas

Steen Wackerhausen

E-post: [maria.strandas@nord.no](mailto:maria.strandas@nord.no) E-post: [terese.bondas@nord.no](mailto:terese.bondas@nord.no) E-post: [s.wackerhausen@gmail.com](mailto:s.wackerhausen@gmail.com)

Tlf: 97 52 83 37

Tlf: 75 51 75 37

<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Tor Even Svanes	<b>Telefon:</b> 22845521	<b>Vår dato:</b> 19.11.2015	<b>Vår referanse:</b> 2015/1915/REK sør-øst C
			<b>Deres dato:</b> 22.09.2015	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Terese Bondas  
Universitetet i Nordland

### 2015/1915 Sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleie, i en tid av New Public Management

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 29.10.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Nordland

**Prosjektleder:** Terese Bondas

#### Prosjektomtale (original):

*Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient ser ut i en tid hvor sykepleierkulturen formes av New Public Management-inspirerte endringer. Ved å påvise omsorgens betingelser i en tid av NPM vil man også påvise hva som skal være til stede for at helhetlig omsorg skal kunne ivaretas i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Studien kan i så måte kaste lys på hvilke forutsetninger som skal til for å lage en kvalifisert helse- og omsorgstjeneste. Studien har et kvalitativt design med bruk av etnografisk metode. Konteksten er hjemmesykepleie og datainnsamling vil foregå ved semi-strukturerte individuelle intervju av pasienter og sykepleiere. Videre vil forsker være deltakende observatør i hjemmesykepleien i 6-10 måneder, hvor forsker skriver notater underveis. Sykepleiestudenter vil også bidra med refleksjonsnotater. Analysen som benyttes er fokusert etnografisk analyse.*

#### Vurdering

Formålet med dette prosjektet er, som søker sier, å undersøke hvordan sykepleierkulturen formes av endringer inspirert av modellen New Public Management (NPM). Søker angir blant annet, under søknadens del **4.1 Fordeler:** *Studien anses hovedsakelig å ha nytte for fremtidens helsetjeneste. Ved å påvise omsorgens betingelser i en tid av NPM vil man også påvise hva som skal være tilstede for at helhetlig omsorg skal kunne ivaretas i relasjonen mellom sykepleier og pasient.*

Helseforskningslovens gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, forstått som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens § 4.

Komiteen mener formålet med denne studien ikke er å skaffe til veie slik kunnskap *per se*; snarere er man ute etter å undersøke helt spesifikke trekk ved hvordan *helsetjenesten* er organisert.

Prosjektet faller derfor ikke inn under bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens § 2 og 4. Studien kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldend

### **Vedtak**

Prosjektet omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens § 2.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst.

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim  
prof.dr.med  
leder REK sør-øst C

Tor Even Svanes  
seniorrådgiver

**Kopi til:** James.McGuirk@uin.no

Universitetet i Nordland: postmottak@uin.no og majken.paulsen@uin.no



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr. 985 321 884

Terese Bondas  
Profesjonshøgskolen Universitetet i Nordland  
Postboks 1490  
8049 BODØ

Vår dato: 24.11.2015

Vår ref: 44840 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44840	<i>Sykepleier-pasient relasjoner i hjemmesykepleien, i en tid av New Public Management</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Terese Bondas</i>
<i>Student</i>	<i>Maria Strandås</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.03.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Maria Strandås mis@uin.no



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 44840

Formålet med prosjektet er å utvikle kunnskap om hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient ser ut i en tid hvor sykepleierkulturen formes av New Public Management-inspirerte endringer.

Utvalget omfatter sykepleiere og sykepleiestudenter (ca. 20 personer) og pasienter (6-8).

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene er i utgangspunktet godt utformet, men følgende må endres/tilføyes;

- dato for anonymisering av innsamlede opplysninger, her 31.03.2019
- setningen om REK må tas vekk, det kan med fordel informeres om at prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til [personvernombudet@nsd.uib.no](mailto:personvernombudet@nsd.uib.no) før utvalget kontaktes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Nordland sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.03.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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



## FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

# SYKEPLEIER-PASIENT RELASJONER I EN TID AV NEW PUBLIC MANAGEMENT

Kjære sykepleier!

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har til hensikt å undersøke hvordan relasjoner mellom sykepleier og pasienter i hjemmetjenesten er i en tid hvor sykepleiepraksis formes av New Public Management-inspirerte endringer. Du er valgt ut til å forespørres om du vil delta i prosjektet da du arbeider som sykepleier i hjemmetjenesten. Forskningsprosjektet er i regi av Nord Universitet og er en del av et doktorgradsprosjekt. Prosjektleder er professor Terese Bondas og prosjektmedarbeidere er professor Steen Wackerhausen og doktorgradsstipendiat Maria Strandås.

## HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dette prosjektet søker en dypere forståelse av relasjonen mellom sykepleier og pasient i hjemmesykepleien. Forskningsdata samles inn fra flere hold, både pasientenes og sykepleiernes erfaringer med relasjonen, sykepleiestudenters refleksjoner og forskers observasjoner av praksisfeltet og sykepleier-pasient relasjonen. Om du samtykker til å delta i prosjektet vil forsker følge deg på en vanlig arbeidsdag og for å observere hvordan sykepleiere og pasienter forholder seg til hverandre. Datainnsamlingsperioden vil vare i seks til ti måneder og forsker vil være tilstede i praksisfeltet inntil en dag i uken i denne perioden. I snitt vil sykepleierne som deltar i denne studien følges av forsker på 2-3 vakter i løpet av hele datainnsamlingsperioden. Deltakelse i prosjektet innebærer også at forskeren får intervju deg. Intervjuet vil tas opp på lydbånd og beregnes å vare i ca. 1 time.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Personidentifiserende opplysninger (navn og personnummer) er ikke nødvendig for prosjektet, men ditt navn blir registrert når du signerer samtykkeerklæringen. Under intervjuet vil du bli bedt om å oppgi alder, utdanning og hvor lenge du har arbeidet i hjemmetjenesten. Du vil også bli bedt om å fortelle om ditt forhold til pasienter i hjemmetjenesten.

## MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å påvise omsorgens betingelser i dagens helsevesen, vil man også påvise hva som skal være tilstede for at helhetlig omsorg skal kunne ivaretas i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Prosjektet kan derfor kaste lys på hvilke forutsetninger som skal til for å lage en kvalifisert helse- og omsorgstjeneste. Resultater fra studien vil kunne legge grunnlag for videre prosesser i utvikling og endring av sykepleiepraksis. Målet er å forbedre sykepleiepraksis slik at det kan komme fremtidige pasienter til gode. Dette kan også gange de enkelte deltakere av prosjektet. Det kan også ansees som en mulig fordel for de enkelte deltakerne å få snakket om sine opplevelser om relasjoner i hjemmesykepleien.

Som deltaker i studien utsettes du ikke for noen direkte risiko. Eventuelle ulemper ved å delta kan være at det oppleves belastende å observeres av forsker under samhandling med pasienter, og at intervjusituasjonen kan oppleves tidskrevende eller kanskje vekke ubehagelige minner. Det kan også ubehagelig å lese offentliggjorte resultater fra studien dersom det ikke samsvarer med det som ble vektlagt under intervjuet.

## FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling og pleie fra hjemmesykepleien. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Maria Strandås på tlf. 97 52 83 37 eller e-post: [maria.strandas@nord.no](mailto:maria.strandas@nord.no). Det er også mulig å kontakte prosjektansvarlig Professor Terese Bondas på tlf. 75 51 75 37 eller e-post: [terese.bondas@nord.no](mailto:terese.bondas@nord.no).

## HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenkende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Innsamlede opplysninger vil slettes eller anonymiseres innen prosjektets slutt, 31.03.2019.

## FORSIKRING

Som informant i denne studien gjøres det ingen forsøk på deg, det tas ikke prøver av deg eller registreres helseopplysninger. Forsikring er derfor ansett som unødvendig.

## GODKJENNING

Prosjektet er vurdert av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnummer 2015/1915, og kan gjennomføres uten REK-godkjenning. Prosjektet er også meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), prosjektnummer 44840.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

---

Sted og dato

Signatur

---

Rolle i prosjektet

## FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET - INTERVJU

# SYKEPLEIER-PASIENT RELASJONER I EN TID AV NEW PUBLIC MANAGEMENT

Kjære bruker av hjemmetjenesten!

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har til hensikt å undersøke hvordan relasjoner mellom sykepleier og pasienter i hjemmetjenesten er i en tid hvor sykepleiepraksis formes av New Public Management-inspirerte endringer. Du er valgt ut til å forespørres om du vil la deg intervjuet da du er bruker av kommunens hjemmesykepleietjenester. Forskningsprosjektet er i regi av Universitetet i Nordland og er en del av et doktorgradsprosjekt. Prosjektleder er professor Terese Bondas og prosjektmedarbeidere er professor Steen Wackerhausen og doktorgradsstipendiat Maria Strandås.

## HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dette prosjektet søker en dypere forståelse av relasjonen mellom sykepleier og pasient i hjemmesykepleien. Forskningsdata samles inn fra flere hold, både pasientenes og sykepleiernes erfaringer med relasjonen, sykepleiestudenters refleksjoner og forskers observasjoner av praksisfeltet og sykepleier-pasient relasjonen. Forskeren følger ulike sykepleiere på sine vanlige arbeidsdager og observere hvordan sykepleier og pasient forholder seg til hverandre. Du inviteres med dette til å delta på intervju om hvordan du opplever relasjoner mellom deg og sykepleierne. Intervjuet vil tas opp på lydbånd og beregnes å være i ca. 1 time. Deltakelse i intervju vil ikke påvirke mottak av hjelp fra hjemmesykepleien.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Personidentifiserende opplysninger (navn og personnummer) er ikke nødvendig for prosjektet, men ditt navn blir registrert når du signerer samtykkeerklæringen. Under intervjuet vil du bli bedt om å oppgi alder, kjønn, familiesituasjon og hvor ofte/mye hjelp du får av hjemmesykepleiere. Du vil også bli bedt om å fortelle om ditt forhold til sykepleiere i hjemmesykepleien, situasjoner hvor du har/ikke har følt deg godt ivaretatt osv.

## MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å påvise omsorgens betingelser i dagens helsevesen, vil man også påvise hva som skal være tilstede for at helhetlig omsorg skal kunne ivaretas i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Prosjektet kan derfor kaste lys på hvilke forutsetninger som skal til for å lage en kvalifisert helse- og omsorgstjeneste. Resultater fra studien vil kunne legge grunnlag for videre prosesser i utvikling og endring av sykepleiepraksis. Målet er å forbedre sykepleiepraksis slik at det kan komme fremtidige pasienter til gode. Dette kan også gange de enkelte deltakere av prosjektet. Det kan også ansees som en mulig fordel for de enkelte deltakerne å få snakket om sine opplevelser om relasjoner i hjemmesykepleien.

Som deltaker i studien utsettes du ikke for noen direkte risiko. Eventuelle ulemper ved å delta kan være at intervjusituasjonen kan oppleves tidskrevende eller kanskje vekke ubehagelige minner. Det kan også ubehagelig å lese offentliggjorte resultater fra studien dersom det ikke samsvarer med det som ble vektlagt under intervjuet.

## FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling og pleie fra hjemmesykepleien. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Maria Strandås på tlf. 97 52 83 37 eller e-post: [mis@uin.no](mailto:mis@uin.no). Det er også mulig å kontakte prosjektansvarlig Professor Terese Bondas på tlf. 75 51 75 37 eller e-post: [tbo@uin.no](mailto:tbo@uin.no).

## HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Innsamlede opplysninger vil slettes eller anonymiseres innen prosjektets slutt, 31.03.2019.

## FORSIKRING

Som informant i denne studien gjøres det ingen forsøk på deg, du utsettes ikke for endringer i pleie og behandling, det tas ikke prøver av deg eller registreres helseopplysninger. Forsikring er derfor ansett som unødvendig. Dersom du opplever å påføres skade som følge av deltakelse i prosjektet har du adgang til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

## GODKJENNING

Prosjektet er vurdert av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnummer 2015/1915, og kan gjennomføres uten REK-godkjenning. Prosjektet er også meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), prosjektnummer 44840.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

.....  
Sted og dato

.....  
Deltakers signatur

.....  
Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

.....  
Sted og dato

.....  
Signatur

.....  
Rolle i prosjektet

Kjære bruker av hjemmetjenesten

Mitt navn er Maria Strandås og jeg er sykepleier og doktorgradsstudent ved Nord Universitet. I forbindelse med min doktorgradsavhandling gjennomfører jeg et forskningsprosjekt der hensikten er å undersøke hvordan relasjoner mellom sykepleier og pasienter i hjemmetjenesten er i en tid hvor sykepleiepraksis formes av New Public Management-inspirerte endringer.

En av måtene jeg samler data til forskningsprosjektet er ved å følge sykepleiere i deres arbeidsdager og observere hvordan sykepleier og pasienter snakker og forholder seg til hverandre. Resultatene fra prosjektet vil bli publisert i en doktorgradsavhandling og som artikler i vitenskapelige tidsskrift.

Deltakelse i prosjektet innebærer at du samtykker til at jeg kan være sammen med sykepleier i ditt hjem og observere samspillet mellom dere. Ingen personidentifiserende- eller sensitive opplysninger vil lagres om deg. Alle data anonymiseres. Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan når som helt trekke deg uten å oppgi grunn. Det vil ikke få noen konsekvenser for din videre behandling og pleie fra hjemmesykepleien.

Med vennlig hilsen

Maria Strandås  
Telefon: 97 52 83 37

## Intervjuguide

### For sykepleier-intervju vedrørende prosjekt:

#### «Sykepleier-pasient relasjoner i en tid av New Public Management»

##### Informasjon:

- Presentasjon av forskeren og tema for intervjuet. Be om utdypende svar, fortellinger.
- Forklar hva intervjuet skal brukes til og om taushetsplikt, anonymitet og lydopptak.

##### Innledning:

- Bakgrunnsinformasjon: Alder, utdanning og yrkeserfaring.

##### Spørsmål/tema:

- Hvis jeg sier «sykepleier-pasient relasjon», hva betyr det for deg?
  - o Hvordan bør relasjonen ideelt være?
- Hvordan vil du beskrive relasjonen mellom deg og dine pasienter?
  - o Er det de samme du går til og opplever du at du kjenner de godt?
- Hvilke faktorer opplever du at er viktige for en god relasjon mellom deg og pasienten?
  - o Kan du fortelle litt om hvordan du opplever at disse faktorene er tilstede/ikke tilstede i arbeidshverdagen?
  - o Er det noen faktorer du mener hemmer en god relasjon?
- Hvordan opplever du at ytre praktiske forhold påvirker muligheten til å etablere/opprettholde en god og nær relasjon til pasienten?
- Hva snakker du om med dine pasienter?
  - o Relateres det til vedtaket, vær og vind, annet?
- Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde å få god kontakt med pasienten?
  - o Hva var det i situasjonen som gjorde at du følte dere fikk god kontakt?
- Har du et eksempel på en situasjon hvor du opplevde å ikke få god kontakt med pasienten?
  - o Hva var det i situasjonen som gjorde at du ikke følte dere fikk kontakt?
- Når du kommer til dine pasienter, hva er det dere bruker mest tid på? (Prosedyrer/samtaler)
  - o Er tiden som er satt av til pasienten stort sett tilstrekkelig?
  - o Er det noe du mener det burde vært mer tid til? Hva? Hvorfor er det viktig?
- Hvordan føles det når du har god tid til pasienten?
- Hvordan føles det når du har det travelt?
  - o Hva er det du ikke kan bruke tid på da som du helst skulle gjort?
  - o Hvordan påvirker travelt din opplevelse av deg selv som sykepleier?



- Påvirker det din opplevelse av pasienten?
- Er du mentalt tilstede hos hver pasient? Utdyp.
- Dersom pasienten luffer andre behov/bekymringer enn de har vedtak på, opplever du at det er rom/mulighet for å møte disse?
  - Hvorfor/ hvorfor ikke? I hvilke situasjoner er det rom for/ikke rom for det?
  - Hva er det de ytrer ønsker om?
  - Hvordan føles det å kunne møte/ikke møte de behovene?
- På hvilken måte føler du ansvar for dine pasienter? (Plikt til prosedyre, noe mer? Hva?)
  - Er det noen pasienter du føler mer ansvar for? Hvilke? Hvorfor?
- Opplever du at pasientene har tillit til deg? Utdyp.
  - Hva mener du bidrar til å skape tillit?
  - Er det noe som du opplever at hindrer tillit?
- Hva betyr helhetlig omsorg for deg?
  - Ytes slik omsorg i praksis? Hva gjør det mulig/vanskelig?
- Har du noen tanker om sykepleier-pasient relasjonen har noe å si for pasientens helse og velvære?
- Hvordan opplever du tilliten fra dine ledere?
  - Påvirker det relasjonen på noen måte?

#### Avslutning:

- Oppfølgingsspørsmål tilpasses samtalen
- Oppklare eventuelle uklarheter. Har jeg forstått deg riktig angående ...?
- Har du noe annet du ønsker å fortelle i forhold til det vi har snakket om?
- Hvordan opplevde du denne samtalen?

## Intervjuguide

### For pasient-intervju vedrørende prosjekt:

### «Sykepleier-pasient relasjoner i en tid av New Public Management»

#### Informasjon:

- Presentasjon av forskeren og tema for intervjuet.
- Forklar hva intervjuet skal brukes til og om taushetsplikt, anonymitet og lydopptak.

#### Innledning:

- Bakgrunnsinformasjon: Alder, kjønn og pårørendesituasjon.
- Hvor lenge har du fått hjelp fra hjemmesykepleien og hvor ofte er de innom deg?
- Vet du hvilke vedtak du har og hvor lang tid du har tildelt på hvert vedtak?

#### Spørsmål/tema:

- Kan du fortelle litt om ditt forhold til sykepleierne i hjemmesykepleien?
- Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde deg godt ivaretatt av sykepleieren?
  - o Hva gjorde sykepleier?
  - o Hva var det i situasjonen som gjorde at du følte deg godt ivaretatt?
- Har du et eksempel på en situasjon hvor du ikke følte deg godt ivaretatt?
  - o Hva gjorde sykepleieren?
  - o Hva var det i situasjonen som gjorde at du ikke følte deg godt ivaretatt?
- Hvilke faktorer opplever du at er viktige for en god relasjon mellom deg og sykepleieren og opplever du at dette er tilfelle i virkeligheten?
- Føler du deg hørt og er det rom for å luften eventuelle bekymringer eller ønsker?
- Kan du fortelle litt om hvilke behov og forhold i livet ditt som du ønsker sykepleieren skal bry seg om?
- Hvilken betydning har det for deg at du blir bekreftet/sett, lyttet til, forstått og tatt på alvor?
- Føler du at det er satt av nok tid til deg? Hva kunne du eventuelt ønsket at det var mer tid til?
- Er det flere ulike sykepleiere innom deg eller er det stort sett de samme? Hvordan opplever du det?
- Hva setter du pris på i møte med sykepleier?
- Hvordan føler du deg etter at sykepleieren har dratt?
- Hva mener du hemmer en god relasjon mellom sykepleier og pasient?
- Har du noen tanker om hva relasjonen mellom deg og sykepleier har å si for din helse og velvære?

#### Avslutning:

- Oppfølgingsspørsmål tilpasses samtalen
- Oppklare eventuelle uklarheter. Har jeg forstått deg riktig angående ...?
- Har du noe annet du ønsker å fortelle i forhold til det vi har snakket om?
- Hvordan opplevde du denne samtalen?

Years	Database and search words	Total	Selection based on title	Selection based on abstract	Selection based on full text, inclusion criteria and duplicates	Selection after quality check using CASP qualitative checklist
All years	<b>CINAHL</b> 1. nurse-patient relations AND community care 2. nurse-patient relations AND home health care 3. nurse-patient relations AND nurse perspective 4. nurse-patient relationships AND home health care 5. nurse-patient relationships AND community care 6. Nurse-patient relationship AND patient outcomes 7. client-nurse relationship 8. Relational health promotion 9. "nurse-patient relations" AND	196  155  302  7  16  37  21  4  24	18  16  24  0  5  4  3  2  1	2  2  4  0  1  2  1  0  0	1  0  0  0  0  0  1  0  0  0	1  0  0  0  0  0  0  0  0  0

	762	73	12	2	1
<b>"patient perspective"</b>					
<b>Scopus</b>					
1. "nurse-patient relations" AND "home health care"	30	4	0	0	0
2. "nurse-patient relations" AND "community care"	174	13	0	0	0
3. "nurse-patient relations" AND "nurse perspective"	98	5	0	0	0
4. "nurse-patient relations" AND "patient perspective"	4	0	0	0	0
5. "Nurse-patient relationship" AND "patient outcomes"	215	18	1	0	0
6. client-nurse relationship	59	5	1	1	1
7. "Relational health promotion" AND nursing	35	2	0	0	0
	<b>615</b>	<b>47</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>PubMed</b>					
1. "nurse-patient relations" AND community care AND	87	6	0	0	0

	nurse perspective											
2.	"nurse-patient relationship" AND community care	50	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	"nurse-patient relationship" AND home health care	27	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
4.	"nurse-patient relations" AND home health care AND nurse perspective	49	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	"Nurse-patient relationship" AND "patient outcomes"	9	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	client-nurse relationship	13	4	1	1	0	0	0	0	0	1	0
7.	"Relational health promotion" AND nursing	47	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.	"nurse-patient relations" AND "patient perspective"	34	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		<b>316</b>	<b>37</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>Google Scholar</b>											
1.	"Nurse-patient relationship" AND "patient outcomes"	2 320	50	6	0	0	0	0	0	0	0	0
2.	"Nurse-patient	212	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0

	relationship" AND "patient outcomes" AND "home health care"	767	24	6	0	0	0
	3. "nurse-patient relationship" AND "community care"	466	13	2	1	1	1
	4. "nurse-patient relationship" AND "home health care"	258	7	1	1	1	1
	5. "client-nurse relationship"	24	1	0	0	0	0
	6. "Relational health promotion" AND nursing	78	6	0	0	0	0
	7. "nurse-patient relationship" AND "patient perspective" AND "community care" OR "home health care"	242	0	0	0	0	0
	8. "nurse-patient relationship" AND "nurse perspective"	<b>4 367</b>	<b>107</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
	<b>Wiley Online Library</b>						
	1. Nurse-patient relationship AND	1106	26	5	0	0	0

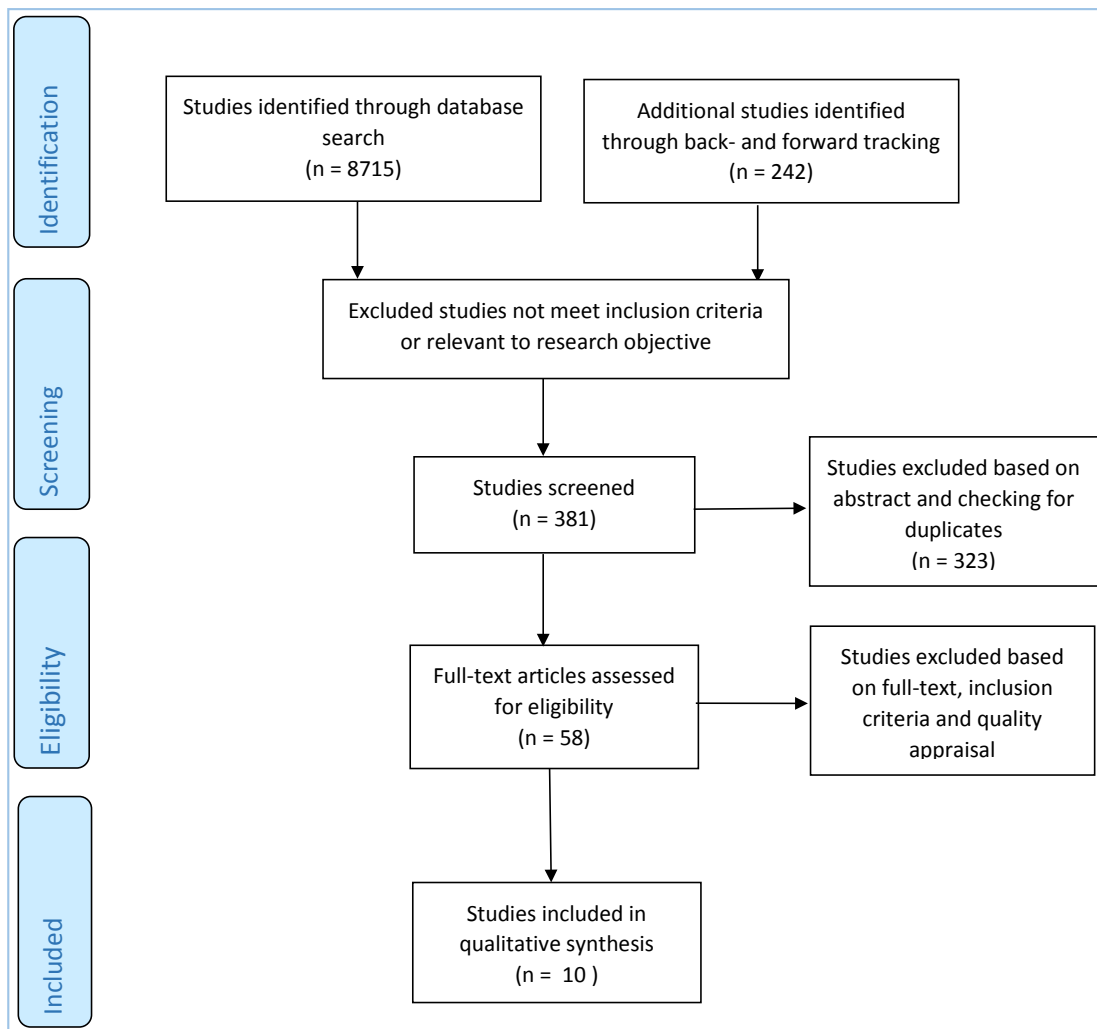
	<p>patient outcome NOT mental NOT acute</p> <p>2. “Nurse-patient relationship” AND patient outcomes AND “home health care”</p> <p>3. “nurse-patient relationship” AND “community care” OR “home health care” NOT mental NOT acute NOT critical NOT psychiatric</p> <p>4. “client-nurse relationship” AND home health care</p> <p>5. “Relational health promotion” AND nursing AND nurse-patient relationship</p> <p>6. “Nurse-patient relationship” AND “nurse perspective”</p> <p>7. “Nurse-patient relationship” AND “patient perspective”</p>	<p>43</p> <p>594</p> <p>379</p> <p>106</p> <p>231</p> <p>196</p> <p><b>2655</b></p>	<p>6</p> <p>16</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>7</p> <p><b>79</b></p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p><b>12</b></p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>1</p> <p><b>4</b></p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>1</p> <p><b>4</b></p>
--	--	---	--	--	---	---

	Manual search/back-and-forward tracking	242	38	10	1	1
	<b>TOTAL</b>	<b>8 957</b>	<b>381</b>	<b>58</b>	<b>11</b>	<b>10</b>

Years	Database	Total	Selection based on title	Selection based on abstract and checking for duplicates	Selection based on full text and inclusion criteria	Selection after quality check using CASP Qualitative Checklist
<b>All years</b>	CINAHL	762	73	12	2	1
	Scopus	615	47	2	1	1
	PubMed	316	37	6	1	1
	Google Scholar	4 367	107	16	2	2
	Wiley online library	2 655	79	12	4	4
	Manual search/back- and forward tracking	242	38	10	1	1
	<b>Total</b>	<b>8 957</b>	<b>381</b>	<b>58</b>	<b>11</b>	<b>10</b>



Figur. Flytdiagram over søk og inklusjon av primærartikler



## Quality assessment of included studies (CASP, 2013)

Author(s)	Clear aims	Appropriate methodology	Appropriate design	Appropriate recruitment strategy	Appropriate data collection	Adequate consideration on relationship between researcher and participants	Ethical consideration	Rigorous data analysis	Clear statement of findings	Is the research valuable?
Wilkes et al., (2007)	✓	✓	✓	✓	✓	□	✓	□	✓	✓
Van Hecke et al. (2011)	✓	✓	✓	✓	✓	✘	✓	✓	✓	✓
Tyrrel et al., (2012)	✓	✓	□	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Turpin et al., (2012)	✓	✓	✓	✓	✓	✘	□	✓	✓	✓
Mok and Chiu (2004)	✓	✓	✓	□	✓	✘	✓	✓	✓	✓
Paavilainen and Åstedt-Kurki (1997)	✓	✓	✓	✓	✓	✘	✘	✓	✓	✓
Luker et al. (2000)	✓	✓	✓	✓	✓	✘	□	✓	✓	✓
Wälivaara et al. (2013)	✓	✓	✓	✓	✓	✘	✓	✓	✓	✓
Bindels et al. (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	□	✓	✓	✓	✓
Karlsson et al. (2014)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ = Yes   ✘ = No   □ = Can't tell

**DEL II**



# Artikkel III

Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2019). Gaming the system to care for patients in home care: A focused ethnography. *BMC Health Services Research*.  
Accepted for publication.

1 Title page

2 Full title:

3 Gaming the system to care for patients: A focused ethnography in Norwegian public home care.

4 Running title:

5 Gaming the system to care for patients

6 Author details

7 STRANDÅS, Maria, PhD Candidate, Nord University, RN, DSN, MCN. [maria.strandas@nord.no](mailto:maria.strandas@nord.no)

8 WACKERHAUSEN, Steen, Professor, Nord University, PhD. [steen.wackerhausen@nord.no](mailto:steen.wackerhausen@nord.no)

9 BONDAS, Terese, Professor, Nord University, RN, PHN, MNsc, LicHSc, PhD. [terese.bondas@nord.no](mailto:terese.bondas@nord.no)

10 Institution:

11 Nord University

12 Universitetsalleén 11

13 8049 Bodø

14 Norway

15 Contact details for corresponding author:

16 Name: Maria Strandås

17 E-mail: [maria.strandas@nord.no](mailto:maria.strandas@nord.no)

## 18 Abstract

### 19 Background

20 With its emphasis on cost-reduction and external management, New Public Management emerged as  
21 the dominant healthcare policy in many Western countries. The ability to provide comprehensive and  
22 customized patient-care is challenged by the formalized, task-oriented organization of home-care  
23 services. The aim of this study is to gain deeper understanding of how nurses and the patients they  
24 care for, relate to and deal with the organizational systems they are subjected to in Norwegian home  
25 care.

### 26 Methods

27 The focused ethnographic design is based on Roper and Shapira's framework. Data collection  
28 consisted of participant observation with field notes and semi-structured interviews with ten nurses  
29 and eight patients from six home care areas located in two Norwegian municipalities.

### 30 Results

31 Findings indicate cultural patterns regarding nurses' somewhat disobedient behaviors and  
32 manipulations of the organizational systems that they perceive to be based on economic as opposed  
33 to caring values. Rigid organization makes it difficult to deviate from predefined tasks and adapt  
34 nursing to patients changing needs, and manipulating the system creates some ability to tailor nursing  
35 care. The nurses' actions are founded on assumptions regarding what aspects of nursing are most  
36 important and essential to enhance patients' health and ensure wellbeing – individualized care, nurse-  
37 patient relationships and caring – which they perceive to be devalued by New Public Management  
38 organization. Findings show that patients share nurses' perceptions of what constitute high quality  
39 nursing, and they adjust their behavior to ease nurses' work, and avoid placing demands on nurses.  
40 Findings were categorized into three main areas: "Rigid organizational systems complicating nursing



41 care at the expense of caring for patients”, “Having the patient’s health and wellbeing at heart” and  
42 “Compensating for a flawed system”.

### 43 Conclusions

44 Our findings indicate that, in many ways, the organizational system hampers provision of high-quality  
45 nursing, and that comprehensive care is provided in spite of - not because of - the system. The  
46 observed practices of nurses and patients are interpreted as ways of “gaming the system” for caring  
47 purposes, in order to ensure the best possible care for patients.

### 48 Keywords

49 Home care services, Health service organization, Home care management, Nursing, New Public  
50 Management, Nurse patient relationship, Home nursing, Focused ethnography, Community care,  
51 Caring.

## 52 Background

53 Norway's public healthcare system provides healthcare to everyone in need, and is considered  
54 internationally to be a comprehensive and generous welfare model (1, 2). Broad, ambitious welfare  
55 policy goals (3, 4) are costly, and Norway ranks among the highest of OECD nations in public spending  
56 per capita (5). While the healthcare systems main task is to provide care for patients, it must also be  
57 financially sustainable (6), and the introduction of New Public Management (NPM) into Norwegian  
58 healthcare can be seen in conjunction with financial challenges in the public sector.

### 59 New Public Management in home care

60 The term NPM is a common designation of various reforms and change-processes that have  
61 characterized public sectors worldwide. NPM has several different components including  
62 performance-measurements, fragmentation of services, contractualism, efficiency, decentralization,  
63 privatization, competition, governance and financial control (2, 7, 8). The public care sector in many  
64 countries, including in Nordic countries, has been subjected to organizational reforms and regulations  
65 based on NPM principles (1, 2, 9). Despite the goals of enhancing quality and reducing costs,  
66 evaluations after 30 years of NPM-reforms in the UK public sector conclude that NPM has been  
67 unsuccessful and rather led to higher costs and more complaints (10).

68 The effects of NPM-organization on nursing practice are significantly documented, and include: task-  
69 oriented and less flexible services, rationing of care, lack of nurse-continuity, increased reporting and  
70 documentation requirements, detailed goal-management, job-dissatisfaction and less time for:  
71 conversations, basic needs, caring, mental-health needs and nurse-patient relationships (NPR) (1, 11-  
72 18). If the home care culture – meaning the ideas, values and rules guiding behavior and interaction  
73 (19) in home care – are under continuous pressure of efficiency and productivity, nurses may  
74 according to Martinsen (20) develop a more instrumental and standardized attitude towards patients  
75 who become at the risk of being objectivized. It is increasingly recognized that the organizational  
76 culture in healthcare institutions influence the quality of care provided (21).

## 77 Organization of home care services

78 Since the implementation of The Coordination Reform (22) and the Healthcare service Act (4) in  
79 Norway, the responsibility for patients receiving long-term care has progressively shifted to  
80 municipalities (23). Municipal health services encompass various kinds of institutional- and home-  
81 based care, with home-care nursing increasing most rapidly (23, 24). Home-care patients vary in age,  
82 function, illnesses, and living conditions; although home care is in many ways more diverse than  
83 institutional-based care (24), the overall trends (in most Western countries) are aging patient groups  
84 with multi-morbidity and increasingly-complex needs (25, 26). The reasons for an older and sicker  
85 home-care population are multifaceted. Institutional closures, NPM's perception of and  
86 implementation of rationalization of hospital- and nursing-home sectors have led to patients being  
87 discharged to their homes sooner (15, 23, 27). Combined with demographic changes (aging  
88 populations) and a Norwegian welfare policy that encourages citizens to remain in their homes longer  
89 (28), the need for competent and experienced home care personnel is rising (29)

90 Norway has approximately 5.3 million inhabitants, and is divided into 422 municipalities ranging from  
91 just over 200 inhabitants to almost 675,000 (30). Scattered populations challenge the provision of  
92 equal and comprehensive home care. As the responsibility for implementing efficient policies is  
93 pushed to the lowest level of the healthcare system, home-care areas are under great pressure to  
94 ensure effective service and manage service allocation within decided budget frameworks (31).

95 Community nurses have reported increased workloads and time pressures due to more and sicker  
96 patients, as well as increased patient flow between different services, resulting in additional  
97 administration and documentation. Consequently, working conditions and service provisions are  
98 affected, and nurses are pulled away from patient-centered care (15, 32-34). These changes restrict  
99 nursing practice and shape the home-care culture.

100 Norwegian home-care services range from practical household assistance to advanced medical  
101 treatment, such as blood transfusions or stoma-care. Services are organized, managed and primarily

102 financed by municipalities, and home care personnel include nurses, nurses' aides and other formal  
103 caregivers (24). Medical assistance is free for patients, but municipalities can charge for services such  
104 as practical assistance (e.g., washing dishes) (35 §8). Patients in need of assistance to continue to live  
105 at home may apply to their municipality, and home care services are granted through statutory  
106 *decisions* that detail which tasks the patient will receive help with and how many hours/minutes per  
107 week will be assigned to perform these tasks (4 §4-1, 36 §17, 37 §2-7, 38). Similar to Holm et al. (39),  
108 we use the term *decision* to refer exclusively to this predefined and time-framed service-allocation.

109 Services are organized according to the assigned timeframe, reflecting only direct patient time and not  
110 time spent in driving, administration, documentation, interdisciplinary collaboration, etc. (38, 40),  
111 activities that are often underestimated (41). Nurses work according to electronic worklists that detail  
112 which patients to visit each day, what tasks to perform, and how many minutes are assigned per task.  
113 Nurses are required to document all tasks they perform and to give reasons for any deviations from  
114 the worklist. Leaders may log into these electronic worklists and documentations to follow where  
115 nurses are and what they have done. Often, the timeframe assigned is insufficient, or patients need  
116 more time than the worklist implies, and studies show that nurses experience increased time pressure  
117 as a problem that hinders high quality home care (13, 33).

## 118 Providing nursing care in a contemporary context

119 Nursing is a profession that is historically based on moral obligations towards the suffering human  
120 being. High-quality nursing depends on nurse-patient relationships (NPRs), which many consider  
121 fundamental to nursing (42-44) and which have health-enhancing potential (45). Patients view NPRs as  
122 a way to develop meaning in their daily life in home care (46). Caring sciences promote NPRs as  
123 essential, advocating that all caring is formed in relationships and stating the aim of relieving suffering  
124 and enhancing patients' health and wellbeing (44, 47). Even though healthcare personnel are  
125 obligated by law to provide professionally sound and compassionate services, less than 40% of  
126 community nurses report having enough time to safeguard patients' needs for caring, social contact,

127 and companionship (15). Being unable to fulfill these obligations can cause stress, frustration, guilt,  
128 and loss of pride in giving good care (48). Formalized and task-oriented services can lead to nurses'  
129 professional judgement being overlooked in the healthcare organization, and NPRs, caring and  
130 individualized care may suffer as a result.

131 This manuscript is part of a larger ethnographic study examining NPRs in the NPM era (18, 45). When  
132 collecting data in that study, the first author (MS) observed nurses and patients engaging in somewhat  
133 disobedient behaviors toward external management. Such disobedient behavior included e.g. not  
134 abiding by tasks and timeframes assigned in decisions, performing additional tasks, etc. In this article,  
135 we seek to understand and explain this witnessed phenomenon. Similar disobedient behaviors have  
136 been found among team leaders of home care areas, palliative care teams, nurses and residential  
137 care workers and managers in previous studies (9, 49-51), and have been interpreted as proof that  
138 employees do not comply with all predefined decisions (39). This indicates that despite NPM  
139 influences, home-care cultures based on nursing- and caring values still exist (18).

140 Even though the overall mission of the healthcare system remains the same, the context within which  
141 services are organized and provided has changed markedly. This study adds contextual detail to the  
142 provision of contemporary home-care nursing, which may allow for increased understanding of the  
143 challenges faced by nurses and patients. To our knowledge, the phenomenon of disobedience towards  
144 external management remains unexamined from the perspectives of nurses and patients in home  
145 care.

## 146 [Methods](#)

### 147 [Aims](#)

148 To gain deeper understanding of how nurses and patients relate to and deal with the organizational  
149 systems they are subjected to in Norwegian home care. Our research questions are: What are nurses

150 and patients perceptions of, and experiences with the organizational system in Norwegian home care?  
151 Which actions do they perform, and what are their understandings and justifications for their actions?

## 152 Design

153 We chose an inductive and qualitative design, utilizing a focused ethnographic approach based on  
154 Roper and Shapira's (52) framework. Focused ethnography enables exploration of a particular topic in  
155 a specific context, and is performed in subcultural groups rather than in entire societies (52, 53). Data  
156 collection consisted of participant observation, field notes, and semi-structured interviews with nurses  
157 and patients, all conducted by the researcher (MS) over eight months in 2015/2016. Triangulating  
158 sources and methods increased dependability, as we could corroborate consistencies or divergences  
159 across data (54). Focusing on caring through a cultural lens involves examining the meanings behind  
160 beliefs and behavior patterns (which may improve patient care) as they are shaped by the culture (19).  
161 The term culture refers to patterns of behavior, symbols, values, beliefs, and knowledge that are  
162 created and taught through socialization-processes and eventually incorporated as common  
163 understandings that guide behavior (19, 55, 56).

164 The results reported in this manuscript originate from a previously published study by the same  
165 authors (18). The two manuscripts convey the overall importance of the research. They address  
166 distinct and important questions and are not motivated around the same aim. Although the data  
167 material for both manuscripts were collected simultaneously from the same participants, they  
168 represents different topics of scientific interest and contribute new and different scientific knowledge.

## 169 Participants and study setting

170 The study was performed in two Norwegian municipalities and included six home-care areas.  
171 Municipalities were selected based on geographical spread, practical feasibility and having a mixture  
172 of rural and urban areas to achieve variety while simultaneously identifying features in the field. The  
173 focus was on participants' shared beliefs and practices; we worked under the assumption that they

174 share cultural perspectives, even if they do not know each other (57). A total of ten nurse-participants  
175 and eight patient-participants were included through purposive sampling for interviews (58).

176 Access to the field was gained by contacting each area's nurse leader, who aided in recruiting nurse-  
177 participants. The prerequisite for participation was a minimum of one year home-care work  
178 experience. Through participant observations, potential patient-participants were identified. Before  
179 patients were invited to participate in interviews, the nurse-participants evaluated their health status,  
180 ability to provide informed consent, and ability and willingness to participate. Patients suffering from  
181 cognitive impairments were excluded. Nine patients were invited to participate in interviews, of whom  
182 eight agreed. Approx. an additional 120 patients were observed interacting with the ten nurse-  
183 participants, but these did not participate in interviews.

184 We strove for a sample of participants reflecting diversity in, age, experience in home care, education  
185 (nurses), and extent of health-service needs (patients) (52). The intention was to increase the  
186 credibility of our findings within the examined municipalities/home-care areas and their transferability  
187 to municipalities/areas with similar organization of services. Nurse/patient characteristics were based  
188 on demographics of the home-care population (23). Table 1 and 2 shows characteristics of interview  
189 participants.

190 **Table 1: Characteristics of nurse-participants**

<b>Gender</b>	Male	3
	Female	7
<b>Age</b>	Mean:	40,8 years
	Spread:	32 - 55 years
<b>Total work experience as a nurse</b>	Mean:	12 years
	Spread:	2 - 32 years
<b>Home care experience as a nurse</b>	Mean:	7,6 years

	Spread:	1 - 15 years
	Diabetes	2
	Dementia care and geriatric psychiatry	2
<b>Specialization*</b>	Intensive care	1
	Palliative care	1
	Wound care	1
	None	4

191 \*One nurse had two specializations

192 **Table 2: Characteristics of patient-participants**

<b>Gender</b>	Male	3
	Female	5
<b>Age</b>	Mean:	77,6 years
	Spread:	51 - 90 years
<b>Home care experience</b>	Mean:	5 years
	Spread:	1 month - 20+ years
<b>Home care visits pr. day</b>	Mean:	3,25
	Spread:	2 - 5
<b>Visits/help from close family</b>	Daily	2
	Weekly	4
	Monthly	2

193

## 194 Procedure

195 In line with a focused ethnographic approach (52, 53, 57), data collection began with participant

196 observation during predetermined periods, meaning that the researcher was not fully immersed in

197 participants' lives. Observations were performed as part of the nurses' everyday work and occurred at



198 all times of the day, primarily in patients' homes but also in the home care areas' offices and while  
 199 driving between patients' homes. The durations of observations varied, but the researcher usually  
 200 followed each nurse-participant through their workday, and nurse-patient interactions varied from 1-2  
 201 minutes to over an hour. (See table 3 for frequency of data collection methods.) Observational data  
 202 were recorded between visits to patients' homes as hand-written field notes, focusing on the ways  
 203 nurses and patients related to and dealt with organizational systems. Field notes included information  
 204 about witnessed events (i.e. observational data), verbatim verbal exchanges, and the researcher's  
 205 personal reflections and interpretations of events. The researcher strove to be discreet and not to  
 206 interfere when observing. Informal conversations were limited to times when participants were alone  
 207 (55, 59), allowing the researcher to examine if interpretations of meanings behind observed behavior  
 208 coincide with participants' own understandings.

209 **Table 3. Frequency of data collection methods.**

<b>Observations</b>	Total time (hours)	135
	Time range pr. home care area (hours)	8 - 45
	Approx. no. of different patients observed, not invited to interviews	120
<b>Nurse interviews</b>	Number of nurses included for interviews	10
	Time range of interview duration (minutes)	44 - 75
<b>Patient interviews</b>	Number of patients included for interviews	8
	Time range of interview duration (minutes)	20 - 40

210

211 All participants were observed before interviews commenced. The goal of the semi-structured  
 212 interviews was for participants to be able to expound on subjects they were concerned about, while  
 213 also giving the researcher the opportunity to ask for elaborations about specific topics, explanations of  
 214 observed events, and clarification of ambiguities. Thus, interviews provided insight into background

215 meanings, values, concepts, and thought patterns (often shared on a cultural level) behind observed  
216 practices and articulated beliefs (19, 52).

217 Two interview guides were developed, one for patient-interviews and one for nurse-interviews. The  
218 interview-guides were originally developed for the previously published study (18), and exploring  
219 disobedient behavior was not the original goal of the interviews. However, some of the topics in the  
220 interview guides were relevant for the research focus of this manuscript, including experiences of  
221 nurse-patient interactions, experiences of everyday home care practices, and nurses were asked  
222 about their assessments, priorities, and time management. Semi-structured interviews allows for  
223 flexibility to explore emerging topics (60), and as the focus of this manuscript arose from observations  
224 done while collection data for the previously published study, many of the questions asked revolved  
225 around the observed practices of participants, to uncover the meanings behind the practices.  
226 Participants were encouraged to talk about situations they had experienced that stood out in positive  
227 and negative sense. Nurse-interviews were conducted either at the end of their shifts in a suitable  
228 room in the home-care offices or on a day off in their home. Patient-interviews were performed in  
229 their homes, according to patients' preferences. Interviews lasted 30-60 minutes, and were  
230 audiotaped and transcribed verbatim by the researcher (MS). Data collection continued until  
231 saturation.

## 232 Data analysis

233 Analysis was based on Roper and Shapira's (52) framework for analyzing focused ethnographic data.  
234 The analysis-process began while data was collected (52, 57), and initially consisted of critical  
235 reflections on the field notes and interview transcriptions by the authors (MS, TB). The aim was  
236 developed on the basis of observational data from fieldwork related to the overarching aim of the  
237 larger study which was to explore NPRs in the NPM era. Verbatim transcriptions do not necessarily  
238 transfer what was said: participants' words, facial expressions, tone of voice, and use of silence  
239 sometimes indicate that their responses are euphemisms for something else. To achieve

240 interpretative validity, the researcher (MS) frequently checked interpretations with participants, thus  
241 moving back-and-forth between emic (inside view of nurse/patients) and etic (outside view of the  
242 researcher) perspectives in order to test perspectives against each other and gain deeper  
243 understandings of participants' beliefs and practices (19, 57).

244 The researcher (MS) read all field notes and interview transcriptions several times, to gain an overall  
245 understanding of the content. The other authors (TB, SW) read samples of the field notes and  
246 interviews to obtain understanding. Data was organized using NVivo 11 (61). Observational data and  
247 interviews with patients and nurses were analyzed and coded jointly. Focusing on answering the  
248 study's aim, MS coded data by grouping sentences and text segments with similar content into  
249 meaningful categories (descriptive labels). Descriptive labels were examined and the content of each  
250 descriptive label was summarized to provide an overview and reduce the data to a manageable size.  
251 MS alternated between descriptive labels and summarized descriptive labels, while regularly reflecting  
252 on the interviews as a whole.

253 The analysis continued by organizing descriptive labels in order to identify patterns, focusing on  
254 emerging or persistent concepts and similarities/differences in nurses' and patients' behaviors and  
255 statements. Descriptive labels with similar content were sorted into *categories*, which were then  
256 sorted into smaller sets of *pattern-categories*. Through this process, we identified possible  
257 connections between information, and thus developed *themes* (52). The co-authors checked the  
258 credibility of MS's coding and contributed to analytical debate and validation of emerging themes. We  
259 continued the iterative process of coding, categorizing, and abstracting data, seeking to find patterns  
260 of behavior, beliefs, meanings and factors that influence the ways nurses and patients relate to and  
261 deal with the organizational systems they are subjected to.

262 Events and responses that deviated markedly from the rest of the data (outliers) were identified and  
263 used to test findings (52). Participants were quite homogeneous in their articulated beliefs about NPRs  
264 and the importance of caring. Nurse-participants articulated beliefs about the organizational system

265 were also fairly homogeneous. One nurse's responses however, did not fit the patterns discovered in  
266 interviews with other participants, and did not correspond to observational data. The nurse was more  
267 positive towards the organizational system, but portrayed practices that were not in harmony with  
268 these responses. These responses were compared to other responses and observations to examine if  
269 we could find shared characteristics in the differences requiring closer examination, or if the  
270 responses represented true outlier beliefs.

271 To gain deeper understanding of the rich and complex data, we linked findings with existing literature.  
272 Insights, ideas and assumptions (memos) were written during the data collection and analysis  
273 processes to help assess if something needed further clarification (52). The analysis-steps were not  
274 performed chronologically, as we moved back-and-forth between different steps, engaging in  
275 reflective/critical discussions about identified themes and patterns.

## 276 Ethical considerations

277 The study conforms to the Declaration of Helsinki (62) and was approved by each home care area's  
278 leader, The Regional Committee for Medical Research Ethics, and the Ombudsman for Privacy in  
279 Research at Norwegian Social Science Data Service. All participants received written and oral  
280 information about the study, including right to withdraw and guarantee of anonymity. Oral informed  
281 consent was obtained from patients who were observed but not invited for interviews; no personal  
282 data was collected from these patients. Written informed consent was obtained from participants  
283 included in interviews prior to their inclusion. Data was anonymized by removing names/locations and  
284 by changing details. Interview transcripts and audiotapes have been kept in locked files. This article is  
285 the work of three individuals, of which two (MS, TB) are nurses; all three have extensive experience  
286 with qualitative research.

## 287 Results

288 The results focus on how nurses and patients relate to and deal with the organizational systems they  
289 are subjected to, and understanding the meanings behind their beliefs and practices. Observational

290 and interview data was interpreted jointly to offer comprehensive understandings. Our interpretation  
 291 of the data led us to categorize our findings into three main themes. For details on categories,  
 292 pattern-categories and how the different perspectives contributed to the findings, see Table 4.

293

294 **Table 4. Findings. Patients (P1-8), Nurses (N1-10) and Observational data (O).**

Categories	Pattern-categories	Themes
Frustration and discontent due to organization and lack of time (O, P5, P6, N1-3, N6, N8, N9)	Conflicting values	
Being managed by economic values (O, N1-N9)		
Documenting just to be surveilled (O, N4, N6-N9)		Rigid
Invisible “time-thieves” (O, N1-10)		organizational
Organization that complicate the provision of care (O, N1-4, N6, N8-10)	Trying to make ends meet	systems complicating
Unsolvable time-puzzles (O, N1-6, N8-10)		nursing care at the
Organization at the expense of patients (O, P4, P6, P7, N1-4, N6, N8-10)	Increased suffering	expense of caring for patients
Time pressure affecting relationships, caring, quality and compassion (O, N1-6, N8-10)	related to care	
Experiences of busyness and stress (O, P1-6 N1-6, N8-10)		
Meaningful relationships and conversations (O, P1-8 N1-10)	Understanding	
Being able to trust nurses causes feelings of safety and serenity (P2-8, N1-10)	relationships as a fundament for nursing care	Having the
Prioritizing conversations (O, N1-8, N10)		patient’s health

Nursing care tailored to unique and changing needs (O, P1-4, P6-8, N1-N8, N10)	The value of caring	and wellbeing at heart
Meaningful actions that cannot be fixed in decisions (O, P2, P3, P5-8, N1-10)	actions, which cannot be measured	
Focusing on the patient's needs <sup>(N1-6, N8-10)</sup>		
Nurses making autonomous choices based on professional judgement <sup>(O, N1-9)</sup>	Professional	
Juggling minutes <sup>(O, N1-7, N10)</sup>	autonomy	
Manipulating timers and decisions <sup>(O, N1-4, N6-10)</sup>		Compensating for a
Patients adjusting their behavior to ease nurses job (O, P1-5, P7, P8, N1-6, N8)	Accepting and	flawed system
Nurses surrendering to the system <sup>(N2, N3, N5-8)</sup>	adjusting behavior	
Grateful patients with few demands <sup>(O, P1-8, N2, N3, N6)</sup>		

295

296

297 Rigid organizational systems complicating nursing care at the expense of caring for  
298 patients

299 Home-care organization is perceived by nurses as increasingly complex, and many factors influence  
300 nursing practices. Interview responses and observational data indicate that lack of time, rigid  
301 organization, and focus on profitability may affect NPRs and restrict nursing care, having unfortunate  
302 consequences for patients. Most nurses explain how they feel like their workday is governed by  
303 economic values rather than patient-oriented or caring values:

304 *We have to follow a system that is based on economic values. In my mind, that's wrong because we are taught*  
305 *that other values are more important than economic values. We are forced to work towards something that's*

306 *very different from the values we learn in our profession and education. It's a collision. I don't mean we should*  
307 *waste resources, but we work with people. We work with life and death. (Nurse 8)*

308 Services are perceived by nurses to be suboptimal, because organization of care is based on what is  
309 profitable, not what patients need. Home-care areas receive financing from municipalities according  
310 to timeframes granted in predefined decisions. Nurses' worklists are limited to this timeframe and  
311 details about which patients to visit, which tasks to perform, and how many minutes each task is  
312 assigned. If nurses spend less time than assigned, the municipality may reduce the patient's allocated  
313 time, and the home-care area loses financing:

314 *The time must be correct according to decisions. The municipality is paid for the time assigned in decisions. If we*  
315 *use more time because we are nice and do the dishes or change a wound, or if the morning-care takes longer, we*  
316 *aren't paid... Everything is based on economics. (Nurse 7)*

317 When entering patients' homes, nurses start a timer on their phone which logs how many minutes are  
318 spent with the patient and whether it is in accordance with the given timeframe. Several nurses feel  
319 bounded by this timeframe, while others see it as an estimate. Leaders may track in real time where  
320 nurses are and what they are doing through this system, making some nurses feel surveilled and  
321 distrusted. One nurse however, felt that it was positive that leaders could track their actions, as  
322 potential slackers would be revealed.

323 Many nurses express that it is unnecessary that patients need predefined decisions on every little  
324 thing. They explain how they feel forced to abide by the worklists and not deviate from them. Help  
325 should be provided when help is needed, and predefined and time-controlled tasks reduces their  
326 ability to adjust care to patients' changing needs:

327 *The route [patients to visit and tasks to perform] has been set for me and my role is basically to follow it. I cannot*  
328 *make the assessments myself. It's very sad that I don't get to evaluate how much time to spend somewhere.*  
329 *Needs vary from one day to the next. There may be days when they only need half the time they have decisions*  
330 *for, while other days they suddenly need double, and then some. (Nurse 1)*

331 Nurses explain how the clinical procedures they perform grow increasingly demanding and time-  
332 consuming as patients get older and sicker. They experience that only the sickest patients are assigned  
333 services, and that budget cuts force nurses to prioritize between basic needs to determine which  
334 needs are the most vital in any given situation:

335 *Those who receive help are those who need the most help. It is very harsh. Their needs are very detailed in the*  
336 *decisions. If there is anything they [the municipality] think patients don't need help with, they won't get it. (Nurse*

337 *4)*

338 Nurses seem to have many patients to care for, and nurses express that visits often must be adapted  
339 to their worklists rather than to the patients' needs. Consequently, patients may be helped to bed at  
340 7:30 PM and not helped up again until 11:30 AM the next day, or intervals between medications may  
341 be prolonged or shortened due to the nurse's schedule. A few patients described events where nurses  
342 had canceled visits, such as administering insulin, because they did not have time.

343 According to many nurses, the chase to fulfill all tasks comes at the expense of compassion, caring,  
344 and quality. When time is limited, nurses do what is in decisions and nothing more. Although they may  
345 be able to swiftly perform physical tasks, psychosocial needs are more challenging and time-  
346 consuming, and when time is limited, nurses sometimes avoid initiating conversations:

347 *Decisions puts the breaks on that. Because sometime I don't dare to ask [how the patient is doing]. I have no time*  
348 *to ask. I can see that something's wrong, but I can't ask because I don't have the time to listen to their answer.*

349 *(Nurse 6)*

350 Observations show that visits are often short: sometimes as many as five patients are visited within 20  
351 minutes, including time for transportation and documentation. Fragmented visits occur when nurses  
352 cannot complete all tasks at once and must return later, or when visits are split between several  
353 caregivers. Since nurses are prioritized to perform invasive procedures and provide medication, they  
354 lack time for clinical observations, which may lead to signs of deterioration going undetected. Several  
355 patients express frustration over fragmented visits, unpredictability, lack of caregiver continuity, not



356 receiving adequate help, and nurses not responding to their requests. Telephone-calls from other  
357 patients requesting help often interrupt caring encounters or procedures, and some patients believe  
358 that those interruptions and the short/fragmented visits demonstrate how busy nurses are. Patients  
359 appeared to experience such interruptions as more problematic than nurses, and many patients feel  
360 sorry for nurses and therefore avoid asking for all the help they need:

361 *I'm sure I would get help if I called. There's not a doubt in my mind. They have so much to think about so I don't*  
362 *ask. (Patient 4).*

363 Understaffing is articulated as another problem and nurses say that it is impossible to find time for all  
364 tasks they are required to perform. Meanwhile, observations identified variations regarding how busy  
365 nurses are. Although several days are quite demanding with high workloads and many patients, other  
366 days are calmer, often as a consequence of home care patients being hospitalized and therefore  
367 freeing up time on the nurses worklists. On demanding days, nurses may not finish all the tasks they  
368 are expected to perform, yet, nurses say that their leaders do not endorse working overtime due to  
369 the economy. When workdays are demanding, nurses therefore rush through visits, do tasks between  
370 visits, during breaks, at the end of shifts or postpone tasks:

371 *You can't spend the time people are assigned because you know you don't have enough time. Then, I'm punished*  
372 *because I may have stayed overtime because I used the time they were assigned. Any choice you make is wrong*  
373 *somehow (Nurse 1).*

374 While one nurse experienced the current organization of home care as satisfactory, most are blunt  
375 about their frustration and discontent; they refer to the organizational system as cumbersome,  
376 inefficient and a hurdle in the way of providing care. If nurses use less time than the patient is  
377 assigned, the decision-time may be reduced; thus, nurses stress over using enough time, while  
378 simultaneously ensuring that everyone receives help. Consequently, time becomes a focus:

379 *The nurse's smartphone lies on the patient's living room table with the screen on. The timer is visible, showing*  
380 *how many minutes have been spent and how many remain in the decision. This repeats all day long. The phone is*  
381 *always present. (Field note, day 7).*

382 Observational data show that nurses spend considerable time on organization-imposed administrative  
383 work, documentation, driving, interdisciplinary collaboration, and unforeseen events such as patients  
384 becoming ill, inexperienced colleagues making mistakes, or nurses forgetting equipment. These tasks  
385 are referred to as 'invisible work' by the nurses who explain that even though they are expected to  
386 document all tasks they perform, they choose only to document what they consider as important,  
387 stating that documentation steals time from patients.

### 388 [Having the patient's health and wellbeing at heart](#)

389 The fundamental drive behind most nurses' efforts is expressed as a sense of joy and meaning in doing  
390 a good job, helping someone, mastering challenges, and making a difference. Nurses and patients  
391 highlight developing NPRs and caring for psychosocial needs as essential to enhancing health,  
392 preventing illnesses, and allowing patients to remain at home. Establishing trust and helping patients  
393 feel safe is described as fundamental. Nurses are particularly concerned with patients being able to  
394 trust them, stating the significance of conversations, responding to patients' requests, and keeping  
395 their promises. Most patients explain how nurse interactions make them feel happier, calmer, and  
396 safer:

397 *It is so reassuring to talk with them. No doubt about it. I feel safer. If someone doesn't feel safe... That must be*  
398 *awful... (Patient 7).*

399 There are no decisions that allocate time specifically for conversations, and nurses say that they  
400 deliberately initiate conversations while performing tasks to compensate for them being unable to sit  
401 down and have a proper conversation. Many patients also initiate conversations whenever they can,  
402 stating that they are used to nurses being in a hurry. For patients, the personal significance of NPRs  
403 and social interaction seems to vary. Some patients appear content with short visits and superficial

404 conversations, while others need more. Nurses explain that they constantly evaluate how pressing a  
405 patient's need for conversation is, and that they try to prioritize listening and talking with a patient  
406 when they sense that the patient truly needs it. According to several nurses, it is not about *having* the  
407 time for conversations but *taking* the time, often at the expense of other tasks. Using gestures like  
408 sitting down and taking off their jackets and shoes, nurses signal to patients that they are making time  
409 to listen to their concerns:

410 *The patient is supposed to shower, but doesn't want to. He says that he dreads it. Says "I'm sick" and "You don't*  
411 *understand what it's like". He wants us to come back later. The nurse explains that we can't do that, it's too much*  
412 *driving back-and-forth. She sits down, listens, and explains. Uses plenty of time persuading. (Field note, day 3).*

413 While patients are still alone after nurses leave, they express that they feel less lonely and stress the  
414 meaningfulness of even short conversations. Some patients express that they consider the practical  
415 tasks as avocations compared to nurses visiting them and talking with them:

416 *What matters the most is not the tasks they perform. It's everything else. That they listen to me, take me*  
417 *seriously, and care about me. It makes me feel like I am worth something. (Patient 2)*

418 Observations show that all nurses perform numerous small but meaningful actions that appear to be  
419 difficult to detail in decisions. These caring actions may include: hugging, holding hands, listening to  
420 patients' concerns, etc. They may also include practical tasks such as getting their mail, opening a  
421 window, or setting a patient's hearing aids in place. Patients articulate how such tasks often cause  
422 them concern, and how significant it is that the nurses are helpful and understanding. Through caring  
423 actions, nurses attempt to tailor care according to patients' individual and changing needs, wishes,  
424 and condition:

425 *We are working with sick people. No days are the same. Often, we get there and the patient is in bad shape. We*  
426 *want to nip it in the bud, go to the office and pick up equipment to take blood-tests so nothing can develop.*

427 (Nurse 3)

428 Findings indicate that nurses' and patients' perceptions of what characterizes high-quality nursing  
429 differs from what is valued in decisions, and some nurses express that they are fighting the system to  
430 safeguard patients' needs and wellbeing. Observations show that all nurses repeatedly choose to  
431 perform additional tasks, or tasks that deviate from, or were not granted in decisions. Nurses say that  
432 their loyalty lies with patients and that their focus is on identifying and safeguarding patients'  
433 changing needs, not on fulfilling predefined tasks or keeping budgets:

434 *I'm there to do a good job for our patients... I try to help them with what they need. To many, that's a good and*  
435 *dignified old age. Sometimes, that does not match the budget or timeframes, but I don't think I'm really there to*  
436 *keep budgets for the municipality. That's not what I'm employed for. I try to stay within the limits as much as*  
437 *possible, but, I have to do what's right for the patient. I'm not an economist. (Nurse 5)*

438 Patients express that most nurses do their best to help them and are sensitive to their needs. Nurses  
439 regularly ask if patients need help with anything, behavior which some patients say make them feel  
440 like they are not inconveniencing nurses. Nurses say that they prioritize conversations, additional tasks  
441 and caring actions over breaks and administrative tasks, although it adds to their workload and stress:

442 *I go the extra mile while I'm with the patient. I feel it afterwards though. I get really, really stressed sometimes*  
443 *and feel that I probably have a pulse over 150. I think I hide it. (Nurse 3)*

#### 444 **Compensating for a flawed system**

445 Observations indicate that nurses and patients have developed different strategies to compensate for  
446 lack of time and for organizational challenges. Patients mostly appear to accept the reality and adjust  
447 their behavior accordingly, stating that they cannot expect to have all their needs met and have to  
448 respect that nurses cannot stay long:

449 *They [nurses] say for instance that some patients come first. You have to respect that. (Patient 3)*

450 Several patients articulate that they generally receive help when needed. Observations and interview  
451 responses indicate that most patients place few demands on nurses and are grateful for whatever  
452 help they receive:

453 *The patient is old and fragile, but seems grateful and content. "They are so nice" she says, "We are fine, you are*  
454 *doing your best." It's 4:30 PM and this patient is served her evening meal and medicine. Nobody is stopping by*  
455 *until tomorrow morning. (Field note, day 4)*

456 Many patients seem to trivialize their own pain and suffering and express compassion for other  
457 patients who they believe are worse off. Nurses are used to patients' few demands, explaining:

458 *You have to remember what generation this is. Their generation was raised to save. They sewed clothes and*  
459 *exchanged it for food. They experienced war. They're used to not asking for anything. (Nurse 6)*

460 Many patients that do not suffer from cognitive impairments appear to frequently adjust their  
461 behavior to ease nurses' work. Patients express that when they have good days, they try to manage  
462 tasks on their own, not wanting to leave everything for nurses. Depending on their physical condition,  
463 patients perform various actions to help nurses. Some explain that they try to be cheerful and  
464 pleasant with nurses; others try to hurry or prepare equipment they know nurses will need to perform  
465 procedures:

466 *The same routine happen every time. The old couple jumps off the sofa the second we arrive. The patient walks*  
467 *slowly towards the kitchen, opening the buttons on his pants as he goes. His wife finds the insulin and the nurse*  
468 *adjusts the dosage. The patient enters the kitchen with his pants halfway down. He sits in his regular chair as the*  
469 *nurse injects the insulin swiftly and puts on his compression-socks. They talk and laugh for a few minutes before*  
470 *the nurse leaves. (Field note, day 15).*

471 Nurses appear less accepting of the organizational system, and state that individualized and holistic  
472 care is provided despite the organizational system, not because of it. A few nurses express a sense of  
473 wanting to give up and surrender to the system, feeling that they must accept that they cannot help  
474 everybody with everything. Such attitudes are less visible in their behaviors and most nurses seem to  
475 attempt to live up to their ideals and thus act more disobediently towards the system.

476 Nurse leaders' interpretations and implementation of the organizational system seem to affect nurses'  
477 behaviors. Some nurses state that their leaders view the assigned time as an estimate, leaving room

478 for interpretations of the decisions, while other leaders follow decisions rigidly. Findings show that  
479 nurses also vary in how strictly they abide by organizational rules, predefined tasks and timeframes.  
480 Nurses seem to aspire to help patients while simultaneously adhering to the organizational rules, but  
481 all nurses in this study were observed portraying somewhat disobedient behavior with varying extent,  
482 frequency and type of actions. Some nurses follow the rules more strictly and appear more focused on  
483 the timeframes set, than other nurses who feel less obligation towards the organization.

484 Nurses frequently juggle minutes between patients - taking time from one patient and spending it on  
485 another - explaining that they are competent and able to evaluate how their time is best spent. Nurses  
486 feel that they know the patients best, and they want the freedom to help patients when they need  
487 help and to tailor nursing according to patients' shifting and individual needs:

488 *I feel like this is forced on me, the timers and decision-times. I don't like it because I want to spend my day... I can*  
489 *get all patients I'll visit, but I am capable of assessing who needs more time and who needs less time. Who needs*  
490 *the most time - that I can assess! Use my professional education as a nurse, as a geriatric nurse. (Nurse 6)*

491 Many choose to perform tasks even if it conflict with the decisions, saying that they base choices on  
492 their own assessments and patients' needs or wishes. Some do it in secret and document as if they  
493 follow decisions to the letter, but feeling like they are doing something illegal by not abiding by the  
494 decisions. Others are open about their assessments and defend choices to their leaders, adding that  
495 their reasons are mostly accepted by the leaders. Though having to defend their choices to leaders,  
496 nurses are not disciplined for their disobedient behaviors which can indicate that some leaders might  
497 share nurses perspectives. Nevertheless, many nurses express frustration over having to defend their  
498 choices at all, stating that leaders should have faith in their professional assessments.

499 The most widespread way of gaming the system is manipulating the timers to show them using the  
500 exact amount of time that is assigned. Many nurses start the timer before entering a patients house,  
501 let the timers keep running after they leave, or change the timers afterwards. This is to ensure that

502 patients do not lose decision-time if for some reason nurses use less time with the patient. Many  
503 nurses feel disobedient and refer to themselves as rebels:

504 *Although there is no room for it, I'll do it. I don't care about that. I'm a little rebel. I don't look at the clock first*  
505 *and say "no, I have to see if I have time." I don't care about that, I'll just do it. I think of the patients as a whole, of*  
506 *everything. (Nurse 8)*

507 Some nurses explain that they manipulate decisions by overestimating how much time patients need,  
508 applying for additional services, sneaking in services camouflaged as something else or finding free  
509 alternatives for paid services. Nurses articulate that they do these things to ensure that they have  
510 enough time to maintain NPRs, care for patients' psychosocial needs, and create wiggle-room to deal  
511 with unforeseen events. As patients grow older and sicker, nurses have to respond to more alarms,  
512 and the opportunities to shorten, skip, or rush visits become increasingly difficult:

513 *They say that if we're understaffed we can skip what's unnecessary. But what the heck isn't necessary? When you*  
514 *administer medicine to everyone, who should you skip? If you arrive and they have decisions on insulin and*  
515 *personal hygiene, what are you going to say? "No, I'm only giving you insulin, but you won't get help to go to the*  
516 *bathroom"? You cannot do that! I feel that we are a bunch of damn obedient people who really could refuse*  
517 *doing this, just to set an example. But we do everything anyway. Whom can we skip? (Nurse 2).*

518 Imbalance between caring needs and nursing resources leads to some low-priority tasks sometimes  
519 remaining undone or being postponed. The quote above illustrates the frustration expressed by many  
520 nurses.

## 521 Discussion

522 Findings show that rigid organization, predefined tasks, high workload and time constraints limit  
523 nurses' possibilities to tailor care to patients' individual and changing needs, to customize the time of  
524 visits, and to act according to their own professional standards. It is evident that nurses' beliefs,  
525 values, and ideals strongly influence their practices, and their understanding of NPRs and  
526 individualized care as fundamental remains strong. Findings indicate cultural patterns regarding

527 nurses' somewhat-disobedient behaviors and manipulations of the organizational systems that they  
528 perceive are based on economic rather than caring values. Similar forms of "culture clash" between  
529 NPM and nursing is documented in several healthcare settings (1, 6, 17, 49, 51, 63), and it is plausible  
530 that types of disobedient practices also could be found in other settings, by other healthcare  
531 personnel or leaders, and potentially taking different forms (9, 49, 51). Furthermore, findings indicate  
532 that patients share nurses' perceptions of what constitutes high-quality nursing. Patients adjust their  
533 behavior to ease nurses' work, and they avoid placing demands on nurses when possible. These  
534 practices are interpreted as ways of "gaming the system" for caring purposes, in order to ensure the  
535 best possible care for patients within the current organizational system in Norway.

536 The identified conflicts between NPM and nursing may be understood in light of Habermas's (64)  
537 concepts of "system world and lifeworld". The system is characterized by strategic and instrumental  
538 goal-rationality rooted in and managed by the interests and powers of economic agents. Under this  
539 definition, NPM clearly originates and falls within the system. The lifeworld is the lived world of people  
540 and their relationships, it is the world of communication, of cultural practices, interpersonal values  
541 socially grounded understandings. From this perspective, the professional nursing practice originates  
542 and unfolds within the lifeworld. Both worlds are necessary in the modern society, but the system's  
543 colonization and instrumental rationalization of the lifeworld is a primary concern of Habermas (64),  
544 and as this article shows, it is also a concern of nurses. NPM's interference and attempts to "colonize"  
545 NPRs and nursing care, is an example of the system's interference with the lifeworld (18, 64). Nurses  
546 disobedient behaviors can be seen as an attempt to resist a "colonization" by NPM.

547 Nursing work comprises a significant portion of most operation budgets in home care, and nurses'  
548 time is a fundamental resource in the healthcare system. Financial recourses will always be limited  
549 compared to the endless needs of patients, and the question is not whether nursing is rationed, but  
550 whether it is rationed well. While nurses seem to be required to prioritize medical, technical, and  
551 administrative tasks, nurses and patients highlight the equal importance of conversations, caring,



552 NPRs, clinical observations and overall individualized care, in line with the caring science (44, 47).  
553 Prioritization of resources is value-laden and nurses face moral dilemmas because nurses'/patients'  
554 and NPM-organizations' perceptions conflict as to what is most important in enhancing patients'  
555 health and ensuring their wellbeing. Martinsen (20) refers to the focus on productivity and efficiency  
556 as a "cold-wave" and argues that patients are at risk of being objectivized and depersonalized.  
557 Meanwhile, research shows that willingness to care for elders remains despite worsening working  
558 conditions (65). Nurses attend to the healthcare needs of patients and to the organizational needs of  
559 the system (goal-management, documentation requirements, budget-cuts), and in many ways they  
560 carry the emotional burden of a complex, rigid healthcare system.

561 Organizational needs based on NPM-principles cannot be justified by patients' health or wellbeing,  
562 which is the fundamental reason for the healthcare systems existence. Providing high-quality nursing  
563 can be demanding within the systems framework of predefined decisions that nurses are legally  
564 obligated to fulfill (36). Studies show that nurses use relatively much time on reporting and  
565 documentation, and nurses striving to provide comprehensive care while simultaneously meeting  
566 management's requirements may lower the quality of patient care and of administrative tasks (33).  
567 Nurses' abilities may diminish in maintaining NPRs and in assessing, understanding and meeting  
568 immediate and long-term needs. As a result, fundamental patient needs remain unfulfilled, leaving  
569 patients particularly vulnerable to dealing with unmet emotional, psychosocial, physical, and  
570 educational needs (66, 67). Organizational and financial constraints seem to prevent nurses from  
571 doing what they believe is right, which may cause nurses to experience organizational moral distress  
572 (68).

573 Findings indicate that, rather than rigidly abiding by regulations that the organization imposes, nurses  
574 use individual strategies to create the flexibility to adjust care according to patients' needs, thereby  
575 demonstrating their loyalty to patients, and their disobedience towards management. Providing  
576 services beyond what is assigned in the decisions has previously been referred to as 'hidden services'

577 (69). Patients demonstrate their devotion to nurses by trying to ease their work and by accepting that  
578 nurses cannot help with all their needs. Many of the actions of nurses and patients seem to be based  
579 on their experiences of the value of unmeasurable tasks belonging to the lifeworld, such as having  
580 conversations, establishing caring NPRs, being present, etc. (18).

581 Nurses' disobedience may also be attempts to maintain their professional autonomy, and their  
582 disobedient practices appear to be accepted by patients, colleagues, and nurse-leaders. Choices to  
583 game the system may be a result of misalignment between the principles, values, and priorities of  
584 nurses/patients and management, i.e. conflicts between the lifeworld and the system (64). However,  
585 the overall policy goals of Norwegian municipal healthcare broadly coincide with nursing goals, and  
586 revolve around enhancing health and caring for fundamental needs, including social interaction,  
587 companionship, self-care, etc. (3, 4, 70). Therefore, it is not necessarily that different goals create the  
588 misalignment, but rather the management processes towards meeting those goals. This suggests that  
589 current management processes need to be altered in order to better facilitate for policy goals to be  
590 met. Even though healthcare authorities are concerned with quality and value-oriented objectives,  
591 these are difficult to measure; instead, nursing work is measured in quantifiable goals, such as number  
592 of minutes or patients (71). While gaming the system undermines management, it simultaneously  
593 safeguards the municipal healthcare system's overall policy goals. Thus, we would recommend  
594 management processes that involve less management, control and measurement of nurses' tasks, and  
595 grant nurses more authority and freedom to evaluate how to spend their time in caring and health-  
596 enhancing purposes.

597 Although the intentions behind gaming the system may be honorable, the practice can also have  
598 unfortunate consequences. Administrative tasks, documentation, and correspondence with other  
599 patients by telephone are often performed while nurses work with patients, which may violate  
600 professional confidentiality. When nurses choose to not abide by predefined tasks, the allocation of  
601 resources are based on the individual nurse's evaluations which may lead to inequality and unfairness

602 in providing care, as more demanding patients and families receive higher priority (32). Consequently,  
603 the weakest patients may suffer. As findings show, many patients are grateful for any help they  
604 receive and place few demands on nurses; these patients are vulnerable to unfair resource allocation.  
605 Furthermore, if nurses spend their energy and focus on manipulating the system rather than caring for  
606 the patients, it may cause suffering for patients and burnout in nurses (48, 72). Patients may also be at  
607 risk for burnout if they constantly adjust their behavior to ease nurses' work. Many patients express  
608 that it is important to be able to remain in their home, and they might feel pressured to adjust their  
609 behavior to ensure they are not placed in institutions. One can ask if it is morally justifiable to place  
610 such demands on patients.

611 Positive outcomes for nurses gaming the system may be that they are able to perform their profession  
612 in somewhat compliance with their own professional ideals, and that by neglecting to document their  
613 true actions, they do not have to justify their choices to their leaders. When nurses and their leaders  
614 have conflicting perceptions of what constitutes the patient's best interest, nurses may be less likely  
615 to engage in organizational dialogues, and a form of indifference may consequently arise. Nurse-  
616 leaders advocate for both the patient and the nurse in the financial resource-allocation discussion in  
617 healthcare organizations. Nurse-leaders are part of the home-care culture, and they possess the key  
618 to creating the best ethical-caring culture (73, 74). Choices to game the system seem to be influenced  
619 by the ward culture and leaders. Since many leaders are nurses, they likely share nurses' perceptions,  
620 and leaders may quietly condone nurses' disobedience, thus allowing the gaming to continue.

621 When nurses multitask, manipulate timers, work through breaks, avoid logging overtime, or rush/skip  
622 tasks, it creates an appearance that the allocated decision-time is sufficient, and the challenges remain  
623 hidden (69). Through nurses' and patients' compensatory actions, the unfortunate consequences of  
624 NPM-organization are concealed, and NPM appears more successful than it really is. Policy makers and  
625 leaders may assume that nurses will continue to provide comprehensive care, despite understaffing  
626 and increased workload (6). Studies indicate that understaffing is a way of forcing nurses to make

627 rationing choices at the bedside, as well as high prevalence of missed care responsibilities like  
628 preventative care, disadvantaged groups, administration etc. (6, 75). A worrying finding in this study is  
629 nurses' feelings of wanting to give up and surrender to the system. This may indicate that NPM's  
630 prioritization of goals and values may over time wear down nurses' compensatory actions. The  
631 problem is: how long nurses can retain their professional identity if the core content is counteracted  
632 by organizational boundaries? Thus, we might not yet have seen the full negative effects of NPM in  
633 home care.

634 Effective management of nursing resources is essential for a sustainable society. Since nursing time is  
635 a limited commodity, nurses may have to prioritize more medical, technical, and administrative tasks  
636 in the future, with potential negative consequences on NPRs and individualized care. Organizational  
637 frameworks can help structure and formalize allocation of scarce resources, but paragraphs and  
638 worklists cannot replace empathy and common sense. Nurses become unable to make independent  
639 assessments, tailor care, and establish relationships if systems are too rigid. Although gaming the  
640 system might have unfortunate consequences, the alternative (following all the rules without  
641 deviating) shifts the focus away from patients and undermines the nursing profession.

642 Findings show that the amount of time nurses spend on administrative work, documentation, driving,  
643 interdisciplinary work, and unforeseen events is greatly underestimated by policy makers, which  
644 indicates the latter as being removed from reality and only having selective knowledge of what nursing  
645 actually entails and the conditions under which home-care nursing is provided. We advocate that  
646 nurses should be involved as key players in determining how services and resources should be  
647 assigned and allocated. Standardizing services and actions in home care might seem effective and  
648 profitable, but the NPM-organization may be neither economically sound nor supportive of high-  
649 quality nursing (10). Patients do not necessarily receive the care and assistance they truly need, and  
650 the health-enhancing potential of unmeasurable tasks, such as conversations, go underestimated.

## 651 Methodological considerations

652 Findings of this study may vary in degree of validity and transferability to other settings, as focused  
653 ethnographic studies are contextual by nature (53, 76). Some findings, such as misalignments between  
654 the values and priorities of nurses/patients and management, may have high transferability to other  
655 parts of the healthcare system, both in Norway and internationally. Other findings, such as  
656 disobedient behavior, may be transferable to contexts with similar organizational systems, and some  
657 findings may have less validity outside the examined fields.

658 All data was collected by the researcher (MS), who as a nurse had a pre-understanding of the context  
659 of the current healthcare system which may have influenced observations and the research-process.  
660 To address this, the researcher frequently asked clarifying questions to gain deeper understanding,  
661 and all authors reflected critically on the findings. Rigor in this study rests on the credibility and  
662 dependability of the findings and on the auditability of the work. We attempted to be as reflexive as  
663 possible, seeking to describe carefully the context, data collection, and analysis (77, 78), while also  
664 revealing the richness of the data and thick descriptions (79). Triangulating sources (observations and  
665 nurse/patient interviews) may minimize limitations, as they revealed different perspectives on the  
666 issues of the study aim. Verbatim quotes and field notes illustrate and validate the themes. The article  
667 complies with the COREQ guidelines (80).

668 Despite limitations, this study offers new knowledge that is closely related to nurses' and patients'  
669 reality, knowledge that nurses need to provide the care needed and wished for by patients in home  
670 care. In order to change the system, nurses need to collaborate and engage in dialogue with their  
671 leaders to act on behalf of the patients in home care (73).

## 672 Conclusions

673 This focused ethnographic study identifies cultural patterns in the ways nurses and patients relate to  
674 and deal with organizational systems in Norwegian home care. Findings show that patients adjust their

675 behavior and lower their demands in order to ease the burden on home care nurses, while nurses  
676 choose to manipulate the organizational system to perform tasks according to their own professional  
677 assessments. Their actions are based on assumptions regarding which aspects of nursing are most  
678 important to enhance patients' health and ensure wellbeing - viewing NPRs, individualized care and  
679 caring, as essential, but perceiving them to be devalued in the NPM-organization. Our findings indicate  
680 that, in many ways, the organizational system hampers provision of high-quality nursing, and that  
681 comprehensive care is provided despite, not because of, the system. Nurses and patients  
682 compensation of flaws in the organizational system may unintentionally support the same system, as  
683 their actions conceal problematic sides and negative consequences of NPM-organization, thus making  
684 NPM appear more successful than it actually is.

685 It is important to understand the meanings behind these cultural practices and beliefs in order to  
686 evaluate the current organizational system and to develop effective, professional and high-quality  
687 healthcare services. Patients' needs must be addressed properly in policy documents and guidelines in  
688 order to ensure fair allocation based on the complexity of patients' needs. Home-care nurses and  
689 patients should be heard regarding which needs and tasks to prioritize, and they should be assigned a  
690 more significant role in determining how resources are allocated. Further discussion is also needed on  
691 the role, scope, and responsibilities of home care nurses, focusing on the wide range of ethical choices  
692 nurses have to make.

## 693 [List of abbreviations](#)

694 **NPR:** Nurse-patient relationship

695 **NPM:** New Public Management

## 696 [Declarations](#)

### 697 [Ethics approval and consent to participate](#)

698 The study was approved by The Regional Committee for Medical Research Ethics (Reference number  
699 2015/1915) and the Ombudsman for Privacy in Research at Norwegian Social Science Data Service  
700 (Reference number 44840). Informed consent was obtained from all participants. We obtained written  
701 informed consent prior to inclusion from nurses and patients participating in both interviews and  
702 observations. As obtaining written informed consent from all patients being observed within home  
703 care would be challenging since visits could be as short as a few minutes, we contacted ethical  
704 advisors at The Regional Committee for Medical Research Ethics and at the Norwegian Center for  
705 Medical Ethics, prior to the study. In accordance with their advice, we constructed information-sheets  
706 and provided all patients with verbal information about the study. As no personal data was collected  
707 from these patients and all field notes were anonymized, verbal informed consent was approved as  
708 sufficient from these participants.

### 709 [Consent for publication](#)

710 Not applicable.

### 711 [Availability of data and material](#)

712 The data supporting the conclusion of this article is included in the article. Data was collected through  
713 interviews and participant observations. The transcribed interviews and field notes were stored  
714 separately from personal information identifying the participants and home care areas. The  
715 transcribed material will not be shared as the data was collected in relatively small communities and  
716 sharing the full transcripts could potentially identify the communities, risking the anonymity of the  
717 participants.

### 718 [Competing interests](#)

719 The authors declare that they have no competing interests.

## 720 Funding

721 This first author is employed as a Ph.D. student at Nord University, Norway. This article forms part of  
722 the Ph.D. project and has not received any external funding.

## 723 Authors' contributions

724 MS performed the observations and conducted the individual interviews. MS made the analysis  
725 together with TB. TB contributed to the study design and analysis and acted as a mentor to MS,  
726 tutoring in the methodology of focused ethnography. SW contributed to the study design and  
727 reviewed the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

## 728 Acknowledgements

729 We would like to express our gratitude to the participants for sharing their experiences and  
730 knowledge, thus making this study possible.

731

## 732 References

- 733 1. Vabø M. Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading  
734 responsibilities. *Health and Social Care in the community*. 2012;20(3):283-91.
- 735 2. Greve C, Læg Reid P, Rykkja L. Introduction: The Nordic Model in Transition. In: Greve C,  
736 Læg Reid P, Rykkja L, editors. *Nordic Administrative Reforms: Lessons for Public Management*.  
737 London: Macmillan Publishers Ltd.; 2016. p. 1-22.
- 738 3. Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene [Quality regulations for nursing and care  
739 services]. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.  
740 november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om  
741 sosiale tjenester m.v. 2003.
- 742 4. Helse- og omsorgstjenesteloven [Healthcare service act]. Lov om kommunale helse- og  
743 omsorgstjenester m.m. av 24 Juni 2011 nr. 30 [The Act on Municipal Healthcare services]. 2011.
- 744 5. OECD. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2017.
- 745 6. Scott AP, Harvey C, Felzmann H, Suhonen R, Habermann M, Halvorsen K, et al. Resource  
746 allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nursing Ethics* 2018.
- 747 7. Vabø M. *Organisering for velferd: Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*  
748 [Organization for welfare: Home care service in management-ideological upheaval]. Oslo: Norsk  
749 institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2007.
- 750 8. Christensen T, Læg Reid P. New Public Management: The Effects of Contractualism and  
751 Devolution on Political Control. *Public Management Review*. 2001;3(1):73-94.
- 752 9. Wollscheid S, Eriksen J, Hallvik J. Undermining the rules in home care services for the elderly  
753 in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27:414-21.



- 754 10. Hood C, Dixon R. A Government that Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades  
755 of Reform and Change in UK Central Government New York: Oxfordn University Press; 2015.
- 756 11. Nortvedt P, Pedersen R, Grothe K, Nordhaug M, Kirkeveld M, Slettebo A, et al. Clinical  
757 prioritisations of healthcare for the aged - professional roles. *J Med Ethics*. 2008;34(5):332-5.
- 758 12. Austin WJ. The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model:  
759 an evolutionary threat to the discipline. *Nursing Philosophy*. 2011;12:158-66.
- 760 13. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical  
761 implications. *Nurs Ethics*. 2011;18(3):386-96.
- 762 14. Dale B, Sævareid HI, Kirkeveld M, Söderhamn O. Older home-living patients perceptions of  
763 received home nursing and family care. *Nordisk sygeplejeforskning*. 2011;1(03):219-34.
- 764 15. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale  
765 helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer [Consequences of the Coordination Reform in  
766 Municipal Healthcare services]. Bø i Telemark; 2015. Report No.: TF-rapport nr. 362.
- 767 16. Uhrenfeldt L, Hall EO. Job satisfaction as a matter of time, team, and trust: A qualitative study  
768 of hospital nurses' experiences. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2015;5:1-8.
- 769 17. Willis E, Toffoli L, Henderson J, Couzner L, Hamilton P, Verrall C, et al. Rounding, work  
770 intensification and new public management. *Nurs Inq*. 2016;23(2):158-68.
- 771 18. Strandås M, Wackerhausen S, Bondas T. The nurse-patient relationship in the New Public  
772 Management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of Advanced Nursing*.  
773 2019;75(2):400-11.
- 774 19. Leininger MM, McFarland MR. Transcultural nursing: Concepts, theories and practices. 3 ed.  
775 New York: McGraw-Hill Inc; 2002.
- 776 20. Martinsen K. Samtalen, skjønnnet og evidensen [Conversation, professional judgement and  
777 evidence]. Oslo: Akribe; 2005.
- 778 21. Killett A, Burns D, Kelly F, Brooker D, Bowes A, La Fontaine J, et al. Digging deep: how  
779 organisational culture affects care home residents' experiences. 2016;36(1):160-88.
- 780 22. Samhandlingsreformen [Coordination Reform]. Samhandlingsreformen - Rett behandling –  
781 på rett sted – til rett tid [The Coordination Reform - Right treatment - at the right place - at the right  
782 time]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [Ministry of Healthcare Services]; 2009.
- 783 23. Mørk E, Beyrer S, Haugstveit FV, Sundby B, Karlens HT. Kommunale helse- og  
784 omsorgstjenester 2017 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere [Municipal healthcare services  
785 2017 - Statistics on services and service recipients]. Oslo; 2018. Report No.: 2018/26.
- 786 24. Nylenna M. Helsetjenesten i Norge. Et overblikk [Healthcare services in Norway. An  
787 overview]. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
- 788 25. OECD. Health Reform. Paris: OECD Publishing; 2011.
- 789 26. Statistisk Sentralbyrå [Statistics Norway]. Dette er Norge 2015 - Hva tallene forteller [This is  
790 Norway - What the numbers say]. Oslo; 2015. Report No.: ISBN 978-82-537-9171-5.
- 791 27. Markel-Reid M, Weir R, Browne G, Gafni A, Henderson S. Health promotion for frail older  
792 home care clients. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;54(3):381-95.
- 793 28. Helse- og omsorgsdepartementet [Ministry of health and care]. Meld. St. 29 (2012-2013)  
794 Morgendagens omsorg. [Care of tomorrow] Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [Ministry of  
795 health and care]; 2013 [Available from:  
796 [https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201](https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf)  
797 [220130029000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf)].
- 798 29. Sæterstrand TM, Holm SG, Brinchmann BS. Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny  
799 organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis [Home care nursing practice. How the new  
800 organization of the healthcare services affects nursing practice.]. *Klinisk Sygepleje*. 2015;29(1):4-16.
- 801 30. Statistisk Sentralbyrå [Statistics Norway]. Folkemengde og befolkningsendringar [Population  
802 and population changes] 2018 [Available from:  
803 <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/kvartal>].
- 804 31. Vabø M. Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in  
805 Norway. *Journal of Health Organization and Management*. 2009;23(3):346-58.

- 806 32. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse–patient  
807 outcomes: a systematic review of quantitative studies. *International journal of Health Planning and*  
808 *Management*. 2014;29(1):3-25.
- 809 33. Gjertsen H, Solvoll G, Gjernes T. Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene: En  
810 studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale  
811 pleie- og omsorgstjenester [Time-use and bureaucracy in healthcare services: A study of the extent,  
812 utility and costs of reporting- and documentation work in municipal healthcare services]. Bodø; 2012.  
813 Report No.: NF-rapport nr. 12/2012.
- 814 34. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen - Hvordan tar de kommunale helse- og  
815 omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehuset? [The Coordination  
816 reform - How do municipal healthcare services deal with the increased number of patients  
817 discharged from hospitals?]. Oslo; 2013. Report No.: NOVA Rapport 8/13
- 818 35. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester [Regulations on  
819 deductibles for municipal healthcare services]. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og  
820 omsorgstjenester av 16. Desember 2011 nr. 1349 2011 [Available from:  
821 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>].
- 822 36. Forvaltningsloven. Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker av 10 Februar 1967 [Act  
823 relating to procedure in cases concerning the public administration]. 1967 [Available from:  
824 <https://lovdata.no/dokument/NLE/lov/1967-02-10>].
- 825 37. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. Juli 1999 nr.  
826 63 [Act on patient and user rights]. 1999 [Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>].
- 828 38. Helsedirektoratet [Directorate of Health]. IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og  
829 omsorgstjenester [Guide for personell in municipal healthcare services] Oslo: HelseDirektoratet  
830 [Directorate of Health]; 2015 [Available from:  
831 <https://helseDirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>].
- 833 39. Holm SG, Mathisen TA, Sæterstrand TM, Brinchmann BS. Allocation of home care services by  
834 municipalities in Norway : a document analysis. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(673).
- 835 40. HelseDirektoratet [Directorate of Health]. Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse-  
836 og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 [Guide for case processing]. Oslo:  
837 HelseDirektoratet [Directorate of Health]; 2016.
- 838 41. Holm SG, Angelsen RO. A descriptive retrospective study of time consumption in home care  
839 services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research*. 2014;14:439.
- 840 42. Dinç L, Gastmans C. Trust in nurse–patient relationships. *Nursing Ethics*. 2013;20(5):501-16.
- 841 43. Uhrenfeldt L., Sørensen EE., Bahnsen IB., PU. P. The centrality of the nurse–patient  
842 relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27:3197-204.
- 843 44. Arman M, Ranheim A, Rydenlund K, Rytterström P, Rehnsfeldt A. The Nordic Tradition of  
844 Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(4):288-96.
- 845 45. Strandås M, Bondas T. The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in  
846 community care: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(1):11-22.
- 847 46. Kihlgren A, Blomberg K, James I. A reciprocal relationship - an opportunity and a solution for  
848 a meaningful daily life in home care - the older person's perspective. *Clinical Nursing Studies*.  
849 2015;3(1):71-81.
- 850 47. Eriksson K. Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*. 2002;15(1):61-5.
- 851 48. Fläckman B, Skovdahl K, Fagerberg I, Kihlgren M, Kihlgren A. Consequences of Working in  
852 Eldercare during Organizational Changes and Cut Backs While Education and Clinical Supervision Was  
853 Provided: A Mixed Methods Study. *Open Journal of Nursing*. 2015;5:813-27.
- 854 49. Dadich A, Collier A, Hodgins M, Crawford G. Using Positive Organizational Scholarship in  
855 Healthcare and Video Reflexive Ethnography to Examine Positive Deviance to New Public  
856 Management in Healthcare. *Qualitative Health Research*. 2018;28(8):1203-16.

- 857 50. Berggren I, Carlström E. Decision making within a community provider organization. *British*  
858 *Journal of Community Nursing*. 2010;15(12):611-7.
- 859 51. Jensen SM, Villadsen K. "Civil Disobedience" and Conflicting Rationalities in Elderly Care. In:  
860 Gubrium JF, Andreassen TA, Solvang PK, editors. *Reimagining the Human Service Relationship*. New  
861 York, US: Columbia University Press; 2016. p. 220-39.
- 862 52. Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2000.
- 863 53. Higginbottom GMA, Pillay JJ, Boadu NY. *Guidance on Performing Focused Ethnographies with*  
864 *an Emphasis on Healthcare Research*. *The Qualitative Report*. 2013;18(17):1-16.
- 865 54. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. *Verification Strategies for Establishing*  
866 *Reliability and Validity in Qualitative Research*. *International Journal of Qualitative Methods*.  
867 2002;1(2):13-22.
- 868 55. Spradley J. *Participant observation*. London: Holt, Rinehart and Winston, Inc.; 1980.
- 869 56. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 4th ed. ed. San Francisco: Jossey-Bass;  
870 2010.
- 871 57. Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse*  
872 *Researcher*. 2013;20(4):36-43.
- 873 58. Polit D, Beck C. *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*.  
874 Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.
- 875 59. Fangen K. *Deltagende observasjon [Participant observation]*. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.;  
876 2010.
- 877 60. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju [The qualitative research interview]*.  
878 Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s. : ill. p.
- 879 61. QRS International. *NVivo qualitative data analysis Software*. 11 ed 2017.
- 880 62. World Medical Association. *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research*  
881 *Involving Human Subjects 2013 [Available from:*  
882 <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
- 883 63. Willis E, Carryer J, Harvey C, Pearson M, Henderson J. Austerity, new public management and  
884 missed nursing care in Australia and New Zealand. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(12):3102-  
885 10.
- 886 64. Habermas J. *Kommunikasjon, handling, moral og rett [The Theory of Communicatove Action]*.  
887 Oslo: Tano Aschehoug; 1999.
- 888 65. Fläckman B, Fagerberg I, Häggström E, Kihlgren A, Kihlgren M. Despite shattered expectations  
889 a willingness to care for elders remains with education and clinical supervision. *Scandinavian Journal*  
890 *of Caring Sciences*. 2007;21(3):379-89.
- 891 66. Dahlberg K. *Vårdlidande - det onödige lidande [Suffering from care - The unnecessary*  
892 *suffering]*. *Vård i Norden*. 2002;22(63):4-8.
- 893 67. Eriksson K. *Det lidende menneske [The suffering human being]*. 2. udg. ed. København:  
894 Munksgaard; 2010.
- 895 68. Mills AE, Werhane PH. *Organizational Moral Distress*. In: Cooper CL, editor. *Wiley*  
896 *Encyclopedia of Management* 2015.
- 897 69. Kirchhoff J. *De skjulte tjenestene : Om uønsket atferd i offentlige organisasjoner [The hidden*  
898 *services: About unwanted behavior in public organizations]*. Karlstad: Karlstad University; 2010.
- 899 70. Parse RR. *The Human Becoming School of Thought*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.;  
900 1998.
- 901 71. Jørgensen SL. *Anerkendende ledelse under budgetpres. [Recognizing management under*  
902 *budget pressure]*. *Økonomistyring og Informatik [Economic management and Informatics]*.  
903 2014;29(3):245-87.
- 904 72. Glasberg AL, Eriksson S, Norberg A. *Burnout and 'stress of conscience' among healthcare*  
905 *personnel*. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(4):392-403.
- 906 73. Bondas T. *Caritative Leadership: Ministering to the Patients*. *Nursing Administration*  
907 *Quarterly*. 2003;27(3):249-55.

- 908 74. Bondas T. Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse  
909 managers. *Journal of Research in Nursing*. 2009;14(4):351-362.
- 910 75. Phelan A, McCarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: A cross section  
911 survey design. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(3):626-36.
- 912 76. Knoblauch H. Focused ethnography. *Forum Qualitative Social Research*. 2005;6(3):Art. 44.
- 913 77. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA. : Sage Publications; 1985.
- 914 78. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*.  
915 1986;8(3):27-37.
- 916 79. Geertz C. *The interpretation of cultures : selected essays*. London: Fontana; 1993.
- 917 80. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ):  
918 a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*.  
919 2007;19(6):349-57.

920



Hensikten med denne artikkelbaserte avhandlingen er å utforske og få økt forståelse for sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis i hjemmesykepleie, i en tid av New Public Management.

Avhandlingen har to delstudier og metodologisk tilnærming er etnografi. Den første delstudien er en metaetnografi hvor ti internasjonale primærstudier ble inkludert, analysert og syntetisert. Den andre delstudien er en fokusert etnografi, og metoder for datainnsamling er deltakende observasjon med feltnotater og intervju med sykepleiere og pasienter.

Avhandlingen bidrar til økt forståelse av sykepleier-pasient relasjonenes helsefremmende potensiale, i internasjonal kontekst. Relasjonenes vedvarende betydning i norsk hjemmesykepleie avdekkes, samtidig som det identifiseres variasjoner i relasjonenes kvalitet og en rekke faktorer som påvirker mulighetene til å utvikle omsorgsfulle relasjoner. I avhandlingen synliggjøres også ulike måter organisatoriske forhold utfordrer sykepleier-pasient relasjoner, og hvordan sykepleiere og pasienter forholder seg til og håndterer organisasjonssystemet. En syntesemodell synliggjør relasjoner som veien sykepleier og pasient sammen går for å nå deres felles mål om best mulig helse og velvære, ut fra pasientens perspektiv.

Sykepleier-pasient relasjoner eksisterer i en kompleks virkelighet i hjemmesykepleie, preget av rigid organisering, tidspress og oppgavestyring som begrenser sykepleiernes handlingsrom i møte med pasienter. Sykepleiere og pasienter kompenserer for sviktende organisering i et forsøk på å leve opp til egne idealer og verdiprioriteringer. Avhandlingen gir bidrag til kunnskap, praksis, utdanning og helsepolitikk som kan øke forståelsen av sykepleier-pasient relasjoner som profesjonell praksis i hjemmesykepleie, samt bidra til endring av måtene helsetjenester organiseres på.