

Arbeid og kvalitet i hjemmesykepleien

En auto-etnografisk studie

Ingvild Elisabeth Eide



Masteroppgave
Design, bruk og interaksjon
60 studiepoeng

Institutt for Informatikk
Matematisk og naturvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November/2016

Arbeid og kvalitet i hjemmesykepleien

En auto-etnografisk studie

Ingvild Elisabeth Eide



Masteroppgave
i Design, bruk og interaksjon
60 studiepoeng

Institutt for Informatikk
Matematisk og naturvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

November/2016

© Ingvild Elisabeth Eide

År 2016

Tittel: Kvalitet og arbeid i hjemmesykepleien

Forfatter: Ingvild Elisabeth Eide

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Helsepolitisk er hjemmesykepleien og andre tjenester i hjemmet satsingsområder for å motvirke eldrebølgen. Gjennom samhandlingsreformen har ansvaret for pasienter blitt overført til kommunene og dermed legges mye av ansvaret på hjemmesykepleien. Hvordan hjemmesykepleien arbeider i praksis er i liten grad dokumentert i forskning.

Problemstillingen for oppgaven er: Hvilke former for arbeid må gjøres for at brukerne skal oppleve god kvalitet? Jeg utforsker arbeid som utføres i hjemmesykepleien i en norsk kommune og hvilke kvalitetskriterier som kan stilles til dette arbeidet. Målet er å danne grunnlaget for en designprosess som tar sikte på å utvikle et informasjonssystem som kan støtte hjemmesykepleien i deres arbeid og opprettholde høy kvalitet i tjenestene og i samarbeidet mellom hjemmesykepleien, brukerne og de pårørende.

Metode: Auto-etnografi, en form for deltagende observasjon der jeg går inn og observerer og samtaler med personer i hjemmesykepleien. Dette har jeg gjort i fire iterasjoner der jeg har brukt 3 ulike metoder: 1: Deltagende observasjon uten språk, hvor jeg observerer og intervjuer i Nederland, hvor jeg ikke kan språket. 2: Deltagende observasjon med språk, hvor jeg fotfølger og samtaler med hjemmesykepleiere i en norsk kommune, og 3: Aktiv reflekterende deltagelse i den samme kommunen, men nå som pleieassistent, altså ”go native”.

Resultat: Seks ulike hovedformer for arbeid utført av hjemmesykepleien ble identifisert: 1) sykdomsarbeid, 2) hverdagsarbeid, 3) informasjonsarbeid, 4) relasjonsarbeid, 5) diskresjonsarbeid og 6) sammenføyningsarbeid. Alle disse formene for arbeid er deler av hjemmesykepleiens arbeidspraksis og kan knyttes til god kvalitet (på de ulike ferdighetsnivåene fra novise til ekspert), operasjonalisert i en sjekklister for kvalitet i hjemmesykepleien.

Konklusjon og veien videre: De ulike formene for arbeid kan knyttes til krav om god kvalitet i hjemmesykepleien. Når man skal lage et informasjonssystem for hjemmesykepleien for å understøtte god kvalitet i pleiernes arbeid, er det viktig at systemet blir helhetlig, og støtter både alle de seks hovedformene for arbeid, samspeillet mellom disse og arbeid som utføres på ulike nivåer, fra novise til ekspert.

Forord

Jeg vil først takke alle hjemmesykepleiere i dette langstrakte landet for den innsatsen dere gjør for dine, mine og våre nærmeste. Det er en innsats jeg verdsetter, respekterer og jeg rett og slett er evig takknemlig for at dere vil gjøre og gjør hver eneste dag.

Jeg vil takke mine veiledere, professor Tone Bratteteig og stipendiat Suhas Govind Joshi for gode råd, tålmodighet og forståelse.

Jeg vil rette en spesiell takk Rikke, Rita og Maria som har tatt meg så vel imot, og sluppet meg inn i varmen, det har gjort denne oppgaven mulig. Jeg vil også takke alle dere andre flotte pleiere som jeg har fått jobbe med alle brukerne og deres pårørende. At jeg får bli en del av deres hverdag og dele innsikten videre setter jeg stor pris på. Jeg har storkost meg underveis, kanskje det egentlig var hjemmesykepleier jeg skulle blitt.

Jeg vil også rette en stor takk til Anita i Buurtzorg i Utrecht som slapp meg inn og delte av hele seg. Det gav meg innsikt og håp om at dette er mulig og at det også kan gjøres i Norge.

Jeg vil takke Eleni, Sylvia, Nicole og Karen for korrekturlesing. Jeg vil takke mamma og pappa for gode diskusjoner gjennom hele prosessen og pappa for språkvask av innledning og avslutning. Og sist men ikke minst min samboer Kaare og våre barn Ava og Iver for tålmodighet og forståelse for at skriveprosessen tar sin tid.

Oslo, 1. november 2016

Ingvild Eide

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	V
Forord.....	VII
Innholdsfortegnelse	IX
Del 1 Bakgrunn og problemsituasjon	11
<i>Innledning</i>	<i>11</i>
<i>Hjemmesykepleien</i>	<i>13</i>
Teknologi og brukere i hjemmesykepleien	14
En nederlandsk modell - "Buurtzorg"	15
Pårørende som ressurs.....	17
Behov for forskning	18
<i>Problemstilling</i>	<i>19</i>
Oppbygning av oppgaven.....	20
Del 2: Å undersøke praksis og behov – teori, metode og funn	21
2a <i>Teori om arbeid.....</i>	<i>21</i>
Computer Supported Cooperative Work (CSCW)	21
Arbeidsbegrepet	21
Sammenføyningsarbeid.....	25
Usynlig arbeid og taus kunnskap	25
2b <i>Metode.....</i>	<i>26</i>
Design av undersøkelsene	26
Settingen.....	28
Forarbeidet	28
Deltakende observasjon og auto-etnografi.....	30
Metodeerfaringer og -refleksjon	33
Ethiske overveielser.....	42
2c <i>Analyse : dagens informasjonssystemer</i>	<i>43</i>
2d <i>Analyse : en dag i hjemmesykepleien</i>	<i>46</i>
Før morgenmøte.....	47
På morgenmøte	49
I bilen på vei til bruker	50
Bruker 1, Mye å huske og mye å vite	51
Bruker 2, å få med seg beskjeder	53
Bruker 3, å lytte etter hint.....	54
Bruker 4, å finne frem.....	55
Bruker 5, den sure pårørende	56
Rapport, å huske alt.....	57
Bruker 6, å finne nålen i en høystakk	57
Bruker 7, utsetter	58
Bruker 8, samarbeid	59
Tilbake på kontoret, avlevere informasjon	60
Brukeren	60
Pårørende	62
Det store nettverket	65
2 e <i>Analyse: Hovedformer for arbeid i hjemmesykepleien</i>	<i>67</i>
1. Sykdomsarbeid.....	68
2. Hverdagsarbeid	68
3. Informasjonsarbeid.....	68
4. Diskresjonsarbeid	69
5. Relasjonsarbeid.....	69
6. Sammenføyningsarbeid	70

Del 3 Kvalitetskriterier	72
3a Hva er kvalitet?.....	72
Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene.....	72
Kvalitet i hjemmesykepleien	73
3b Fra novise til ekspert – hvem ser hva?.....	76
3c Arbeidsformer og kvalitet.....	80
1. Sykdomsarbeid.....	80
2. Hverdagsarbeid	81
3. Informasjonsarbeid.....	82
4. Diskresjonsarbeid	87
5. Relasjonsarbeid.....	91
6. Sammenføyningsarbeid	93
3D Kvalitet i praksis.....	98
Forslag til en kvalitetssjekkliste	98
Del 4 Diskusjon	101
Informasjonsarbeid	102
Diskresjonsarbeid	102
Sykdomsarbeid	104
Hverdagsarbeid.....	104
Relasjonsarbeid	104
Sammenføyningsarbeid.....	105
Kompleksitet – alt henger sammen.....	105
Støtte fra novise til ekspert	106
Samarbeid med bruker og pårørende	109
Samarbeid mellom hjemmesykepleiere.....	110
Organisering	111
Var jeg uheldig?.....	111
Metodediskusjon – studiens styrker og begrensninger	112
Konklusjon	114
Litteraturliste	115

Liste over Figurer, tabeller, feltnotater og bilder

Tabell 1 Iterasjoner	27
Feltnotat 1 Tatt inn i varmen	29
Feltnotat 2 De blir sitt eget kommentarfelt	36
Bilde 1 dagens informasjonssystem	43
Bilde 2 Stasjonære PCer	43
Bilde 4 dagbok	44
Bilde 5 permen.....	44
Bilde 6 Lapper til oss selv	44
Bilde 7 og 8 lapper fra pårørende	45
Bilde 9 kjørelister	45
Bilde 10 hjemmesykepleier Ingvild	45
Bilde 11 rapport	46
Tabell 2 Ordlister	46
Figur 1 Det store flettverket.....	66
Tabell 3 Fra Novise til Ekspert.....	79
Feltnotat 4 Tar av seg jakken.....	83
Bilde 12 og 13, bilder av pårørendedialog	84
Feltnotat 3 Tilfeldighet er ikke kvalitet	84
Figur 3 Like behov, ulike hjem	90
Tabell 4 Kvalitetsaktiviteter	97
figur 4 Arbeid og kvalitet i litteraturen	102

DEL 1 BAKGRUNN OG PROBLEMSITUASJON

INNLEDNING

Eldrebølgen kommer. utfordringen blir å møte den på best mulig måte. Helsepolitisk er dette en prioritert oppgave (Meld. St. 26, 2014-2015; Meld. St. 47 (2008-2009), 2009). Eldrebølgen kommer nå når "etterkrigsbarna", de som er født på 40-50- og 60-tallet, blir pensjonister (Ellingsen, 2006). I Norge vil økningen være størst i Oslo. I flere sammenhenger har jeg lagt merke til at representanter fra Oslo kommune omtaler eldrebølgen som "eldretsunami", altså som noe svært truende. Gruppen av eldre over 85 år som trenger omsorgstjenester vil øke sterkt fra rundt 2025, og vi vet også at de fleste helst vil bo i sitt eget hjem så lenge som mulig (NOU, 2011:11). Dette betyr at hjemmerehabilitering og annet helsearbeid i folks hjem vil øke betydelig i omfang og by på store kapasitets- og kvalitetsutfordringer for kommunene. For å kunne ta vare på alle eldre er det estimert at 1/3 av befolkningen i Norge må jobbe i helse- og omsorgssektoren i 2060 (Erling Holmøy, 2014).

Det er stor enighet at det må tas grep nå. Helsepolitisk legger man også stor vekt på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgsarbeidet (Meld. St. 10 (2012-2013). Velferdsteknologi og innovasjon regnes som viktig for å kunne møte både eldrebølge- og kvalitetsutfordringen på en god måte (HOD 2014; Meld. St. 29 (2012-2013)).

Denne masteroppgaven handler om en liten del av dette store bildet av helse- og omsorgstjenester, nemlig den kommunale hjemmesykepleien. Jeg skal utforske hvilke former for arbeid som utføres og hvilke kvalitetskriterier som kan stilles til dette arbeidet, med tanke på å utvikle ny og nyttig teknologi som kan støtte hjemmesykepleien i å holde høy kvalitet i tjenestene.

I hjemmetjenestene handler det om å gi rett behandling på rett sted og til rett tid, som det heter i Samhandlingsreformen, som er blitt innført gradvis fra 2012. For brukerne handler det om å få hjelp til det man etter hvert trenger hjelp til, alt fra små oppgaver som å ta på støttestrømper til større oppgaver som stell og medisinerings. Hjemmesykepleien er en kompleks tjeneste som jeg beundrer, og de som jobber der har et stort potensial og er svært

forskjellige; de er kvinner og menn, de er utdannet og ufaglærte, de er faste og vikarer, de er unge og gamle, de kommer fra mange forskjellige land, og de kommer ofte i bil, av og til på sykkel eller til fots. For brukerne er de ”Hjemmesykepleien”.

Hjemmesykepleien ble viktig for meg og min familie da min mormor ble bruker av hjemmesykepleien . Jeg opplevde samarbeidet som krevende. I stortingsmeldingen ”Morgendagens omsorg” heter det: ”Det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og pårørende. Både Hagen-utvalget og Kaasa-utvalget påpekte at samspillet med pårørende er mangelfullt og ofte tilfeldig.” (Meld. St. 29, 2012-2013, p. 14). Dette var dessverre også min opplevelse. Vi opplevde at mormor satte pris på dialogen med de enkelte pleierne, men også at mye var tilfeldig.

Utfordringen var helheten og kontinuiteten i tjenesten, eller snarere; mangelen på en slik helhet. En hjemmesykepleier kom på besøk, og neste gang kom en annen. Om de to i det hele tatt møttes eller utvekslet informasjon var uvisst, da det ofte opplevdes som om de ikke gjorde det. For oss pårørende var det som om hjemmesykepleien var en svart boks, og hva som skjedde inne i den svarte boksen var for oss et mysterium. Beskjeder gikk inn og svaret kunne komme noen dager senere, eller svaret kom mange ganger etter hverandre, av og til aldri. Jeg husker godt at jeg prøvde å ringe inn til det nummeret mormor hadde fått oppgitt i permen sin. Jeg husker ikke årsaken til telefonen, men jeg fikk klar beskjed om at jeg måtte ikke ringe dem nå, for det var jo kveld. De hadde en forventning om at jeg som pårørende eller at brukeren selv skulle kjenne til deres interne struktur og rutiner, noe vi ikke hadde noen forutsetninger for å vite noe om. Det hele virket uorganisert og tilfeldig. Hvordan var de egentlig organisert? Mormor fikk vite at de skulle komme en gang mellom 9 og 12, og måtte bare sitte og vente. Det virket rart at de ikke kunne si noe mer presist enn det. Disse erfaringene bet tak i meg. Det er nesten ti år siden, og jeg er like forundret ennå.

I 2014 var ”Innovasjon for eldre” tema for Rektors utfordring ved Universitetet i Oslo. Det var en innovasjonskonkurranse for studenter der eldrebølgen var fokuset. Jeg sendte inn en ide på bakgrunn av min erfaring med mormor, der jeg fokuserte på rollen jeg kjente godt; rollen til de pårørende. Jeg utviklet et forslag til en teknologi som hjemmetjenestene kunne bruke for å samarbeide med pårørende, på de pårørendes egne premisser. Jeg kalte den ”Mine nærmeste”. Tanken var å lette hjemmesykepleiens egen hverdag, men også å være til det beste for brukeren, altså for de eldre og deres pårørende. Jeg foreslo en app der oppgavene til

hjemmesykepleien og hjemmetjenesten stod listet opp, hvor pårørende som var på besøk kunne krysse av de arbeidsoppgavene de kom til å gjøre, og når de kom til å gjøre dem. Jeg tenkte at det var viktig at de pårørende ikke måtte binde seg til et tidspunkt, men heller kunne gjøre det som falt deres hverdag naturlig.



”Mine nærmeste” vant prisen i Rektors utfordring som Oslo kommune hadde utlyst (UiO 2014). Eldrebyråd Aud Kvalbein i Oslo kommune uttalte i begrunnelsen at en slik løsning ville kunne bety svært mye for tjenestene, både kvalitetsmessig og økonomisk. Jeg fikk i det hele tatt god respons fra juryen, og lysten til å finne ut mer ble vekket.

Erfaringen fra Rektors utfordring ble utgangspunktet for, og nærmest et forprosjekt til, dette mastergradsprosjektet. Jeg har

Illustrasjon 1 ”Mine nærmeste app” villet undersøke hvordan hjemmetjenesten jobber, og hva det kan være viktig å være oppmerksom på for å utvikle gode informasjonssystemer.

For å finne ut mer om hvordan teknologi kan være til hjelp i arbeidet med å levere gode tjenester på brukernes premisser, tok jeg jobb i hjemmesykepleien. Jeg ble en av dem. Denne oppgaven er en auto-etnografisk rapport fra en teknologistudent og tidligere pårørende i rollen som ufaglært vikar.

HJEMMESYKEPLEIEN

Hjemmesykepleien er en kommunal tjeneste. Vi har 428 kommuner i Norge i skrivende stund, så det sier seg selv at praksisen kan være ganske ulik. Det er heller ingen entydige beskrivelser av hvordan arbeidet skal utføres. Derfor er det vanskelig å oppsummere hva hjemmesykepleien faktisk gjør. Helsetilsynet gir en svært åpen beskrivelse av hva man kan forvente:

Det kan være slik at du på grunn av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse ikke selv kan dekke viktige pleie- og omsorgsbehov og ikke selv kan oppsøke helsehjelp. Hvis du er avhengig av at helsehjelp gis i eget hjem, har du rett til å få helsetjenester i hjemmet. Det omfatter blant annet hjemmesykepleie, inkludert psykisk helsehjelp,

hjelp til personlig hygiene og ernæring, lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering. I tillegg kan ergoterapi, fysioterapi og fotterapi være aktuelle tjenester. Heldøgns tilbud om pleie blir gitt i institusjoner, men heldøgns pleie ytes også mange steder i eget hjem. Det beror på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering om heldøgns tjenester i det enkelte tilfelle kan eller skal ytes i hjemmet eller i institusjon. Du har sannsynligvis ikke krav på å få heldøgns hjelp utenfor institusjon når kommunen ikke har etablert slik hjelp, men gir adekvat hjelp i sykehjem. Hvorvidt du trenger nødvendig helsehjelp i form av tjenester i hjemmet og i hvilket omfang, er et faglig spørsmål som helsepersonellet tar stilling til. Klagegrunn kan for eksempel være at du mener å få for lite hjemmetjenester (Helsetilsynet, 2015).

Formuleringer som ”Du har sannsynligvis ikke krav på” og ”kan være aktuelle tjenester” viser at det kan være stort rom for tolkning i de ulike kommunene. Det er ingen klare retningslinjer for hva man har krav på eller hvem som har ansvaret for hva. Å flytte over kommunegrensen kan bety et helt annet tilbud, på godt eller vondt. Man har rett på hjelp i hjemmet hvis man trenger det: ”Hvis du er avhengig av at helsehjelp gis i eget hjem, har du rett til å få helsetjenester i hjemmet”. Samtidig viser Helsetilsynets rapporter at mange ikke får den hjelpen de trenger. *Man må være frisk for å være syk*, er det noe som heter. Ofte må man selv passe på at man får det man skal, både rette medisiner, hjelp og oppfølging. Man må være ganske årvåken. Det opplever jeg at gjelder for hjemmesykepleien også; om du «står på krava», får du mer. At de som ikke har ressurser til å følge det opp selv, altså de svakeste, kanskje får dårligere tilbud på grunn av det, er for leit. Dette er en av grunnene til at jeg ønsker å undersøke hvordan man bedre kvaliteten eller standarden i hjemmetjenesten.

TEKNOLOGI OG BRUKERE I HJEMMESYKEPLEIEN

Man antar at innovasjon og teknologi vil bli viktig for å ivareta brukernes behov i fremtidens helsevesen (Helsetilsynet, 2015). Begrepet ”bruker” anvendes både når man snakker om informasjonssystemer og når man snakker om helsetjenester og andre tjenester. I denne oppgaven er en bruker en mottaker av hjemmesykepleie.

Jeg skiller mellom to typer teknologi. På den ene siden helse- og velferdsteknologi, som først og fremst støtter de eldre slik at de kan bo hjemme lenger, eller i det minste føle seg tryggere

(trygghetsalarmer, etc.). På den andre siden informasjonssystemer, som først og fremst støtter hjemmesykepleierne arbeid, og det å utføre arbeidet med god kvalitet.

Bakgrunnen for denne oppgaven er først og fremst en interesse for informasjon- og kommunikasjonssystemer og hvordan slik teknologi kan støtte arbeidet til hjemmesykepleierne, deres oppgaver og samhandling med pårørende og brukerne. Denne teknologien finnes det mange ulike varianter av rundt om i kommunene. Ja, selv innad i kommunene kan de ha ulike systemer, og de kan brukes på ulike måter. I Oslo Kommune brukes for eksempel pasientjournalssystemet Gericca. Dette kan blant annet brukes til kontakt med pårørende, noe man i Oslo kommune har valgt å ikke gjøre. Hvis man ser litt bredt på det kan andre kommunikasjonssystemer være brevpost, telefon, SMS og e-post også, for kontakten med pårørende foregår i dag så vidt jeg vet i stor grad gjennom slike kanaler.

I det hjemmesykepleierdistriktet jeg har arbeidet (ikke Oslo kommune) er det lite avansert teknologi. De har et pasientjournalssystem som de har tilgang til på stasjonære PC-er på kontoret. Ellers bruker de papirutskriften av kjørelister, håndskrevne beskjedbøker og løse lapper. Mye informasjon overføres også muntlig og via privat mobiltelefon. Jeg har ikke klart å finne dokumentasjon for hvor vanlig dette er i hjemmesykepleien, men etter det jeg har hørt av folk som har arbeidet ulike steder, samt forskere som kjenner feltet godt, er det i hvert fall ikke uvanlig. Dette ser ut til å dekke de fleste behov, men mange er også frustrerte.

EN NEDERLANDSK MODELL - "BUURTZORG"

I søken etter andre modeller for hvordan hjemmesykepleien kan organiseres og anvende teknologi, søkte jeg meg til Nederland, som er et foregangsland for Norge når det kommer til omsorg. Buurtzorg er en hjemmesykepleieorganisasjon startet i Nederland (De Blok, 2011; Kreitzer, Monsen, Nandram, & de Blok, 2015; Monsen, 2013; The commonwealth found, 2016). Jeg leste først om den på sykepleien.no, og googlet meg videre. Jeg fikk inntrykk av at dette var basert på godt naboskap, at de i samme nabolag tok vare på hverandre, og at de som arbeidet i Buurtzorg hadde noen få de hjalp dag og natt. Derfor blir den på norsk ofte kalt "nabolagsmodellen" (Helsetilsynet, 2015), som er en direkte oversettelse av ordet Buurtzorg til norsk. Det høres ut som en slags utvidet familie. Denne tanken er langt fra slik hjemmesykepleien er drevet her hjemme. Buurtzorg har vokst fra å være 7 til 7000 arbeidstakere i 2016, og fortsatt i vekst. Den har spredt seg i Europa og over til USA (HOD, 2011; Meld. St. 26, 2014-2015). Buurtzorg har toppet lister både over ansattes tilfredshet og

kundetilfredshet for bedrifter, og det er spesielt at en hjemmesykepleieorganisasjon troner på topp i slike kåringer. Jeg ble nysgjerrig på denne modellen, og tenkte at det kunne være spennende å observere litt der nede også. Jeg sende dem en mail, og ble satt i kontakt med en lokal dame ved et kontor i byen jeg kunne tenke meg å dra til. De var like inkluderende og åpne som hjemmesykepleierne jeg har vært i kontakt med her hjemme, så de inviterte meg med. Jeg reiste ned, og var med en sykepleier på en kveldsvakt, og dagen etter fikk jeg en innføring i deres datasystemer, samt svar på alle spørsmål jeg hadde etter gårdsdagens vakt. I tillegg deltok jeg på deres eneste ukentlige møte, som varte i en time.

Det jeg møtte var overraskende ut fra det jeg hadde lest på forhånd. Det var ingen nabokoneorganisasjon. Tvert i mot har de minstekrav om sykepleieutdanning, alle er ansatte og går vakter som i en kommunal hjemmesykepleie her hjemme. Men det er noen forskjeller, og de er vesentlige. De arbeider i team, og et team kan maks være 12 ansatte, heltid som deltid. Det er altså ikke 12 årsverk, men 12 ansatte personer. Tanken er at hvis det er behov for flere ansatte, har de for mange klienter (brukere). Hvert team har myndighet til å ta beslutninger. Er det behov for flere enn 12 ansatte tar teamet en felles avgjørelse om å dele seg i to. Da deler de seg gjerne i 6 og 6. Hvert team har en kundemasse fordelt geografisk, som videre deles i mindre deler ved behov. På denne måten opprettholder de små, selvstyrte lokale team. En bruker hos Buurtzorg vil derfor aldri møte flere enn 12 pleiere. Dette er svært forskjellig fra i mange norske kommuner.

Samtidig har Buurtzorg utviklet sitt eget datasystem. Dette systemet, slik jeg så det, kombinerer obligatorisk rapportering (som man må ha hvis noe skulle gå galt) med formidling av nyttig informasjon i det daglige. Rapporteringen blir i Nederland sendt til forsikringsselskapene. For det er ikke slik som her at vi har krav på gratis hjelp, alle får det gjennom forsikring i Nederland. Det er også forsikringsselskapene som trekker i trådene og sjekker at de ikke bruker mer tid enn nødvendig. Det er derfor veldig dynamisk – trenger de mer tid bruker de mer tid. De utvider og trapper ned besøk og tid etter behov og regulerer det selv. Men de må dokumentere behovene og det blir gjort i dette systemet. Informasjonen som blir lagt inn brukes også som en logg til å forberede neste besøk. Et eksempel fra mitt eget besøk: Jeg var med til en søt dame som var dement, her kalt fru Van Lief. Det viste seg at hun snakket flytende engelsk, og jeg pratet lenge med henne om alt mulig, fra familie til spennende byer hun hadde vært i, hvor hun jobbet og så videre. Pleieren jeg var med skrev inn i loggen at jeg hadde vært med dit, at hun pratet flytende engelsk og at vi hadde pratet

masse. Da jeg kom på møtet dagen etter, kom pleieren som hadde vært hos fru Van Lief på morgenen og sa at hun kunne ikke huske at jeg hadde vært der, men at hun ble veldig glad for å høre at hun hadde hatt en så hyggelig kveld dagen før. Informasjonen blir faktisk brukt. Og de som bruker den ser nytte av å både skrive inn informasjonen og hente den opp senere.

Dette at de brukte informasjonen fra tidligere vakter aktivt på en måte som fikk konkret verdi for brukeren, var en viktig observasjon for meg. Den har satt en standard for meg videre. Jeg vet at det går an å bruke teknologi aktivt i det daglige, og at det kan være til god hjelp og nytte både for hjemmesykepleien og for brukerne. Datasystemet til Buurtzorg fungerte ikke bare som et dokumentasjonssystem, men også som en viktig kommunikasjonskanal. Jeg har sett det fungere. Jeg tenker at det må være mulig å få til det samme i det norske systemet, og i en norsk struktur.

PÅRØRENDE SOM RESSURS

Familie, venner og andre pårørende er viktig både i hjemmeomsorgen og i livet generelt. Der er vi veldig ulikt stilt. Noen har mange folk rundt seg, mens andre har ingen. I hjemmesykepleien skal man prøve å møte alle der de er. Eldreomsorgen har kanskje gått fra den ene ytterkanten til den andre. Der det tidligere var en kvinnes arbeid å ta vare på de som trengte omsorg i familien, har deler av disse arbeidsoppgavene etter hvert blitt outsourcet til det offentlige. Denne utviklingen var kanskje demografisk bærekraftig, men det er 40-50 år siden. De utfordringene vi står ovenfor nå vil kanskje kreve andre løsninger. I *Innovasjon i omsorg* står det:

Utvalget har (...) valgt å holde fast på en velferdsmodell med lokalt kommunalt ansvar for omsorgsoppgavene, og har vært mer opptatt av å finne nye tilpasninger og foreta endringer som gjør at vi også i framtida kan basere oss på fellesskapsløsninger, slik mandatet legger til grunn(NOU, 2011:11, p. 13).

Det er en spenning mellom familieomsorg og offentlig omsorg. De pårørendes rolle når deres nærmeste får hjemmesykepleie er uklar. I stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* omhandles behovet for en framtidsrettet pårørendepolitikk, der man bruker de pårørende som ressurs samtidig som man verdsetter deres bidrag, både gjennom bedret samarbeid og ulike lønnsordninger(Meld. St. 29, 2012-2013). Familieomsorgen er uendret de siste 20 årene, i mengden omsorg; de som yter omsorg yter litt mindre, men likestillingen har gjort at flere bidrar (NOU, 2011:11). Også stadig flere eldre mottar ulønnet hjelp (Meld. St. 29, 2012-

2013). Idealet ser ut til å være en ansvarsdeling mellom det offentlige og familien: ”Det offentlige hjemmetjenestetilbudet gjør det mulig for familien å stille opp uten å måtte ta hele ansvaret, og det utvikles et slags partnerskapsforhold med en uformell oppgave- og arbeidsfordeling” (NOU, 2011:11). Det er denne uformelle oppgave- og arbeidsfordelingen jeg ønsker å studere som utgangspunkt for å designe løsninger for å bedre kvaliteten på tjenestene i et brukerperspektiv.

BEHOV FOR FORSKNING

Forskning på teknologi og helse- og omsorgssektoren generelt er veldig omfattende, men handler først og fremst om sykehusteknologi og velferdsteknologi. Mye av forskningen om velferdsteknologi som gjelder brukerne av hjemmetjenestene handler om teknologi for overvåkning og kontroll, som sensorer og alarmer, slik at brukerne skal kunne klare seg bedre selv og eventuelt få hjelp i tide. Men omsorg er mer enn bare overvåkning (Bratteteig & Wagner, 2013).

Så vidt jeg har kunne finne ut er det lite forskning på teknologi som skal støtte hjemmesykepleien i deres daglige oppgaver og samarbeidet mellom pårørende og bruker. En studie handler om samarbeid mellom hjemmesykepleien og pårørende i Danmark, hvor de har laget en kalender som et samarbeidsverktøy mellom disse partene (Bossen, Christensen, Grönvall, & Vestergaard, 2013). Det ble gjennomført to vellykkede pilottester, men til tross for det valgte kommunen å ikke gå videre med det. Hvorfor kommunen tok det valget fant forskerne ikke svar på. Dette hadde vært interessant å vite hvorfor slike prosjekter ikke videreføres. En årsak kan være at det for kommuner er vanskelig å prioritere ressurser til gode informasjons- og sammenføyningsverktøy. En annen undersøkelse, av oppgavefordelingen mellom helsetjenester, pårørende og maskiner, konkluderer med at det er et behov for å undersøke omsorg i hjemmet og settingen som en helhet; ikke bare enkeltstående artefakter (Bratteteig & Wagner, 2013). Og det er det jeg ønsker å gjøre.

En studie av hvilke kvalitetsindikatorer for objektiv kvalitet norske kommuner bruker, og hvilke erfaringer kommunene har med indikatorene i styring og forbedring av egen virksomhet, viser at kommunene har kommet ganske kort når det gjelder utforming og bruk av indikatorer for måling av kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Den viser også at kommunene, i den grad de bruker slike indikatorer, undersøker kvalitet ovenfra og ned, der kommunene selv vurderer hvor god kvalitet de har på sine tjenester (Helgesen, 2014). Det jeg

forsøker å gjøre i denne oppgaven er det motsatte, å undersøke hva kvalitet i ulike former for arbeid i hjemmesykepleien innebærer sett nedenfra, fra praksisfeltet selv. Studien påpeker også at det i Norge er lite forskning på feltet, og at den forskningen som finnes internasjonalt i hovedsak er rettet mot sykehjem og ligger noe tilbake i tid. Målet for denne oppgaven er ikke å foreslå objektive kvalitetsindikatorer til bruk i måling og rapportering av kvalitet, men å avdekke hva god kvalitet for brukerne kan innebære i praksis, for å skape et grunnlag for å utvikle teknologi som kan støtte opp under dette.

PROBLEMSTILLING

Tanken min var altså å bidra til å utvikle et nyttig informasjonssystem for hjemmetjenesten, noe som kan fungere og være til hjelp i praksis. For å finne ut av det må jeg selv bli bedre kjent med hvordan praksis faktisk er i hjemmesykepleien, og hva som foregår inne i «den sorte boksen». Jeg måtte lære mer om hvordan hjemmesykepleien jobber og hvilke kommunikasjons- og informasjonsbehov som eksisterer mellom hjemmesykepleien, pårørende og brukerne. Jeg var i utgangspunktet særlig opptatt av pårørendes rolle, som jeg selv har erfaring med og som det er lite forskning om. For at et informasjonssystem skal fungere godt må det kunne støtte opp under arbeidet til hjemmesykepleien slik at det gir god kvalitet for brukerne. For å få til det er det avgjørende at det er et minstekrav til kvaliteten som skal utføres. Som jeg har vært inne på finnes det ikke tydelige kvalitetskriterier for den daglige praksis i hjemmesykepleien i dag.

Hensikten med studien er å skape et kunnskapsgrunnlag om arbeid og kvalitet i hjemmesykepleien. Problemstillingen for denne oppgaven er:

Hvilke former for arbeid må gjøres for at brukerne av hjemmesykepleien skal oppleve god kvalitet?

Sentrale underspørsmål er

- a) hvilke informasjonsbehov finnes?, og
- b) hvilke momenter bør en eventuell sjekklister over kvalitetskriterier inneholde?

Jeg skal altså ikke utvikle et forslag til en teknologi, men legge grunnlaget for en deltagende design-prosess som i neste omgang tar sikte på å utvikle et informasjonssystem.

OPPBYGNING AV OPPGAVEN

I oppgaven er *Del 1: Bakgrunn og problemsituasjon* (ovenfor) første ledd i sirkelen der jeg forsøker å redegjøre for det vi vet om utfordringer i hjemmesykepleien med tanke på å vurdere hvordan teknologi kan være til hjelp.

Del 2: Å undersøke praksis og identifisere behov er tredelt. I første del (a) presenterer jeg teorien om arbeid (CSCW) som er særlig relevant for denne delen, i andre del (b) presenterer og diskuterer jeg metoden jeg har brukt i oppgaven, før jeg i tredje del (c-e) presenterer resultater knyttet til arbeid om dagens informasjonssystemer (2c), hverdagen i hjemmesykepleien (2d) og hvilke typer arbeid gjøres i hjemmesykepleien (2d).

Del 3: Kvalitetskriterier er delt i fire. I første del (a) drøfter jeg kvalitetsbegrepet og informasjonskvalitet som er grunnlag for evalueringskriterier. I andre del (b) presenterer jeg Dreyfus og Dreyfus sin femtrinnsmodell for kompetanseutvikling som kan være særlig relevant for evaluering i hjemmesykepleien, fordi det ofte er mange ufaglærte vikarer som har ansvaret for tjenester som også ideelt sett krever høy kompetanse. I del (c) presenterer jeg funnene jeg har gjort knyttet til kvalitet, og i del (d) diskuterer jeg arbeid og kvalitet, og til slutt de evalueringskriteriene jeg har kommet frem til.

I del 4, Veien videre presenterer jeg oppsummering av resultatene og refleksjoner omkring hvordan teknologi kan støtte opp under dette.

DEL 2: Å UNDERSØKE PRAKSIS OG BEHOV – TEORI, METODE OG FUNN

Denne delen av oppgaven er tredelt. I første del (2a) presenterer jeg teorien om arbeid (CSCW) som er særlig relevant for denne delen, i andre del (2b) presenterer jeg metoden jeg har brukt i oppgaven, før jeg i tredje del (2c-e) presenterer analysens to steg og hva jeg har funnet.

2A TEORI OM ARBEID

COMPUTER SUPPORTED COOPERATIVE WORK (CSCW)

Begrepet ”Computer Supported Cooperative Work” ble først brukt i 1984, og har fra det vokst frem som et fagfelt populært kalt CSCW (Schmidt & Bannon, 1992). For at et informasjonssystem skal kunne støtte samarbeid, må man forstå samarbeidet. Man må forstå hvordan det samarbeides og hva det samarbeides om. Når et informasjonssystem kommer inn og støtter samarbeidet kan det påvirke hvordan det samarbeides. Gjennom teknologi kan man samarbeide på helt nye måter, oppgaver der man tidligere trengte å være ansikt til ansikt, kan man nå gjøre via et system. Oppgaver der man tidligere trengte å snakke sammen kan gjøres via et system. Men hvis man på veien mister noe av informasjonen eller kommunikasjonen som er helt nødvendig, vil ikke systemet fungere. Målet til CSCW forskning er å designe gode CSCW systemer (Schmidt & Bannon, 1992).

ARBEIDSBEGREPET

Når jeg arbeider i hjemmesykepleien er alle oppgavene jeg gjør selvfølgelig arbeid. Det er betalt arbeid og sett på som primærarbeid i alle settinger. Primærarbeid er aktiviteter som er meningsfylte i en praktisk forstand. Enten gjennom hva som blir skapt (mat, klær, eller i form av en annen belønning, godtgjørelse eller anerkjennelse (Schmidt, 2011). Arbeid er ikke en aktivitet vi kan gjenkjenne ved å se den. ”Begrepet beskriver omstendighetene rundt en aktivitet. (...) Arbeid forlanger det beste: det krever ferdigheter og kompetanse, stamina, anstrengelse, hengivenhet og fokus” (Schmidt, 2011, p. 376).

Også pasienter arbeider. Strauss m.fl. (1982) hevder at også det en pasient gjør på sykehuset er arbeid, han kaller det illness trajectory, eller på norsk sykdoms reise eller forløp. Et hvert trajectory har sin organisasjon av folk og kompetanse. Det handler om alt som må gjøres for å bli frisk. Organisasjonen rundt den syke endrer seg underveis etter som kompetansebehovene endrer seg med sykdommen. Det er kanskje lettere å se prosessen til en kreftpasient, som går gjennom ulike runder med behandling for så å trenes opp igjen, for eksempel. I hjemmesykepleien er det mange ulike grunner til at folk trenger hjelp. Mange trenger hjelp bare fordi de ikke klarer alt selv, og utviklingen går over lang tid. Oppgavene man gjør kan være trivielle hverdagsoppgaver. Som ufaglært gjør jeg oppgaver som de fleste av oss gjør i hverdagen enten for oss selv eller våre nærmeste uten å tenke på det som arbeid. Slik som dusj og stell, matlaging og –spising, do besøk osv. Men det er like fullt arbeid, siden det er jeg som pleier som gjør det. Dette er oppgaver som vi pleiere deler med både pårørende og brukeren selv. Er det arbeid også når brukeren selv spiser eller lager seg mat, når han vasker litt eller går på do? Det er ikke bare arbeid, men primærarbeid da det krever både innsats og konsentrasjon og er alvorlige saker (Bratteteig & Wagner, 2013; Corbin & Strauss, 1985).

Arbeid består av mange aktiviteter. En aktivitet er noe man gjør, i hjemmesykepleien kan det typisk være å kjøre bil, lage frokost eller gå på do. Aktiviteten har en klar start og en slutt, den går fra A til B. Dobesøket starter når man setter seg på do og avsluttes ved at man trekker ned. Og bilturen starter når man starter motoren og begynner å kjøre, og slutter når man parkerer bilen og skrur av motoren (Schmidt, 2011). Praksis derimot, har ikke en klar start og stopp slik aktivitetene har. Praksis er ikke en aktivitet med en art av regelmessig utførte aktiviteter. Praksis av å kjøre bil vises gjennom at jeg kjører bil igjen og lærer meg kjøre regler og normer (Schmidt, 2011). Eller min praksis om dobesøket hos en spesiell bruker handler om å forstå hvordan jeg kan gjennomføre det dobesøket på best mulig måte. Praksis er regelstyrt og normstyrt aktivitet, noe vi lærer og som vi etter hvert kan mestre gjennom hardt arbeid, eller ikke mestre (Schmidt, 2011). Og akkurat det er viktig fokus for hjemmesykepleien der det er mange ufaglærte og vikarer. De skal lære å mestre arbeidsaktivitetene sine. Og det krever mange former for arbeid.

Arbeid er sammensatt

Arbeid er satt sammen av mange arbeidsoppgaver som er gjort over tid de er delt inn etter ulike kriterier og fordelt til de ulike aktørene eller arbeiderne. Helheten av dette kalles ”arc of work”. Og hvordan de er fordelt kan vi kalle ”division of labour” eller arbeidsdeling (Strauss,

1985). Med arbeidsfordeling følger også ansvar, og avhengigheter. De ulike oppgavene til en aktør kan bli sett på som en oppgavekjede, og mange oppgavekjeder sammen kan vi kalle et flettverk av oppgaver. Når mange aktører samarbeider om oppgaver vil det kreve sammenføyningsarbeid som å fordele oppgaver eller at jeg må kjøre mellom de ulike brukerne. Når vi ser på et flettverk av oppgaver kan vi se hvem som er avhengige av hvem og hva, og hvilken informasjon de ulike burde ha.

En arbeidsoppgave

La oss starte med den minste delen; en arbeidsoppgave. En arbeidsoppgave har en agenda, den trenger ressurser som tid, informasjon, fokus, budsjett, teknologi osv. Hver oppgave utføres av en person eller en gruppe og vi er alle ulike og tar med oss ulike ting inn i en arbeidssituasjon. Ferdigheter, kompetanse, makt, tro, integritet osv. Og hver arbeidsoppgave foregår et sted og til en tid, det er prosess ikke en hendelse, så de vil alle ha sin midlertidige organisasjon, og arbeidsvilkår (Gasser, 1986). En arbeidsoppgave kan for eksempel være stell av Fru Hansen, og et stell består av mange mindre oppgaver, gå ut på badet- kle av- reis opp- vaske nedentil- tørke- vaske oventil- tørke osv. Men en arbeidsoppgave kan også være vaske fru Hansen oventil og da må man ha passe varmt vann- skylle kluten- først uten såpe- vaske- så med såpe-skylle- så vaske igjen- for eksempel, så selv små oppgaver består av noen trinn. Og alle disse trinnene er oppgavekjeder.

Oppgavekjede

En oppgave vil alltid henge sammen med andre oppgaver og summen av oppgavene kalles en oppgavekjede. Slik som å vaske fru Hansen nedentil passer inn i resten av oppgaverekken gå ut på badet – kle av – reise opp – vaske nedentil – tørke – vaske oventil – tørke, osv. Hver oppgave vil være del av arbeidsdelingen i en organisasjon. En oppgavekjede er rekkefølgen oppgavene blir gjort. Hver oppgave sett alene har en plass i et større system av oppgaver.

Samarbeid

Samarbeid skjer når man er gjensidig avhengig av å jobbe sammen for å få arbeidet gjort. Og her er det viktig å skille mellom arbeid og det å bare organisere seg rundt de samme ressursene, som man gjør for eksempel rundt en timeshare leilighet (Schmidt & Bannon, 1992). Forskjellen på samarbeid og organisering om ressurser må være felles mål. Organiseringen av en klippeliste for plenen i hagen til et fellesareal vil være samarbeid, fordi målet er å ha en fin hage og det vil alle ha, mens hadde det vært en liste over når hvem kunne

bruke gressklipperen i sin egen hage hadde det ikke vært samarbeid, fordi arbeidet ikke har felles mål. Det eneste det samarbeides om er deling av gressklipperen. De definerer det å være gjensidig avhengig slik:

Å være gjensidig avhengig av arbeid betyr at `A` er avhengig av og stoler på kvaliteten og aktualiteten av `B`'s arbeid og visa versa og det burde i utgangspunktet bli oppfattet som positivt, selv om det ikke betyr at det trenger å være er en harmonisk gjensidig avhengighet (Fritt oversatt fra Schmidt and Bannon 1992).

A kan være hjemmesykepleier og B kan være en annen hjemmesykepleier, eller en pårørende for den saks skyld. I hjemmesykepleien er det mange som samarbeider om alle oppgavene rundt brukeren skal bli gjort, også brukeren selv.

Flettverk

Og hver oppgave linje henger sammen med andre oppgaver og oppgavekjeder som sammen danner et flettverk av arbeidsoppgaver. Et slikt flettverk synliggjør avhengigheter. Vi kan tenke oss at linjene er en personoppgaver og alle krysningspunktene i flettverket er avhengigheter. Det er sammenføyningsarbeidet som får alle oppgavekjedene til å henge sammen og skaper flettverket.



Illustrasjon 2 Flettverk av arbeidsoppgaver

Strauss (1985) skiller mellom ”division of work” og ”division of rights”; ting man kan forvente, kreve, anta at andre gjør. Et slikt flettverk kan kanskje bidra til å belyse hvilke avhengigheter som er og kan være et godt utgangspunkt for å diskutere nettopp forventninger og krav man stiller til ulike oppgaver og aktører. Det at samarbeid skal være positivt, men det betyr ikke at det er harmonisk går på nettopp dette med ”division of rights”. Ulike forventninger, man antar istedenfor å vite, man krever mer enn man kan få. For arbeideren er ansvarlig for sine oppgaver, men for hvem står han ansvarlig? Helt klart oppover i hierarkiet, men også bortover (Strauss, 1985) og innimellom har man kanskje avhengigheter og forventninger til seg eller ansvaret for ting man ikke har tenkt over.

SAMMENFØYNINGSARBEID

For å få alle oppgavekjedene i flettverket til å krysses og henge sammen trenger vi sammenføyningsarbeid. Oppgavene må fordeles og de fordelte oppgavene må sammenføres. På grunn av denne gjensidige avhengigheten er organiseringen helt avgjørende. Hvilken arbeider skal gjøre hva, hvor, når? Når en arbeider har fått en oppgave må han/hun kunne utføre oppgavene med noen kriterier: hvor, når, hvordan, hvor raskt, hvilken kvalitet osv. (Schmidt & Bannon, 1992; Strauss, 1985). Og alle arbeiderne må artikulere (fordele, allokere, koordinere, planlegge, måle og opprettholde relasjonen seg imellom (Schmidt & Bannon, 1992) Dette er det som kalles *articulation work*, som vi på norsk kaller sammenføyningsarbeid. Dette sammenføyningsarbeidet handler altså om samhandling mellom aktørene. Hvem gjør hva, når og hvordan. Jeg må kunne stole på at du gjør dette og har det som utgangspunkt når jeg gjør mine oppgaver. I hjemmesykepleien er det mye som handler om fordeling av arbeidsoppgaver og vi er gjensidig avhengige av at alle gjør de oppgavene vi har blitt tildelt og at tildelingen dekker alle våre oppgaver.

USYNLIG ARBEID OG TAUS KUNNSKAP

I hjemmesykepleien er usynligarbeid viktig fordi mye av arbeidet skal være usynlig for en eller annen. Noe av arbeidet skal til og med være usynlig for brukeren selv. Når jeg skal se på teknologi som skal støtte arbeidet til hjemmesykepleien er det viktig å se alt det usynlige arbeidet også. Pappaen min sier inni mellom ”Jeg tror at jeg ikke roter noe særlig, men du verden så mye det er å rydde før fruene kommer hjem når hun har vært ute og reist.” Det er et klassisk eksempel på usynlig arbeid som utføres av noen uten at andre ser det (Star & Strauss, 1999). Vårt arbeid skal i utgangspunktet være så usynlig for en besøkende som mulig eller som brukeren selv ønsker. Brukeren selv trenger ikke å vite hva vi ser etter eller vurderer når vi er innom. En bruker som sitter i rullestol og får hjelp til alt av stell og vask trenger ikke å se alt vi gjør, eller hvordan vi gjør det. Vi kan jo ikke unngå at de vet at vi skifter bleie for eksempel, men vi kan være så diskret som mulig. Snike den rett ned i en pose og kaste etter oss. Det er ulike oppgaver som de ulike skal vite om og ikke vite om.

Også pasientens arbeid kan være usynlig. Strauss et.al. (1982) beskriver hvordan oppgavene en pasient gjør på sykehuset i stor grad er skjult eller snarere ikke sett, kun ved noen tilfeller blir det pasienten gjør anerkjent som arbeid. Sånn som når pasienten observerer seg selv, for å kunne fortelle legen hvordan det går. Når pasienten tar medisinene sine, passer på å spise ofte

nok osv. er oppgaver som lett kan falle ut av både arbeidsbegrepet og ikke bli sett eller anerkjent av leger og sykepleiere. Mange av oppgavene til hjemmesykepleierne er usynlig arbeid, samtidig som de har mye taus kunnskap (Bowker, 1997; Star & Strauss, 1999). Det er vanskelig for pleierne å eksplisitt sette ord på det de gjør, ting som har blitt rutine og som de bare gjør som har blitt til såkalt taus kunnskap (Reber, 1989).

Usynlig arbeid kan være knyttet til taus kunnskap og omvendt og dermed vanskelig å oppdage. For å oppdage hva de faktisk gjør og hvordan de faktisk jobber og hvilken informasjon de faktisk trenger i sin hverdag, valgte jeg å bruke strategien "se og lær" av dem såkalt implisitt læring. Taus kunnskap er et mye brukt konsept både i sykepleien og i systemutvikling (Bratteteig, 2004; Herbig, Büssing, & Ewert, 2001). En sykepleier som etter Dreyfus og Dreyfus (1980) sin modell er ekspert vil ofte få en magefølelse at noe er galt å agere på den, men hva er den egentlig? Mange kaller det intuisjon, men egentlig er det erfaring (Herbig et al., 2001) og kanskje det Schmidt (2011) kaller god praksis. Erfaring og godt innarbeidede rutiner blir så selvfølgelige at man ikke kan forklare det mer, man bare gjør det. Å så skulle gå tilbake å sette ord på det er vanskelig. Så for en sykepleier å forklare hva de gjør og hvorfor de gjør sånn er krevende, kanskje ikke en gang mulig fordi det foregår gjennom øvelse, rutinearbeid og god praksis. Derfor er det nyttig å være i situasjonen slik at man kan stille spørsmål der og da.

2B METODE

DESIGN AV UNDERSØKELSENE

Den empiriske undersøkelsen jeg har gjennomført deler jeg inn fire iterasjoner. 1) Først var jeg på et kort observasjonsopphold i en privat hjemmetjeneste i Nederland (Buurtzorg) der jeg ikke kunne språket, der fokuset ble praktisk, hva de faktisk utførte av arbeidsoppgaver 2) Jeg var deltagende observatør i hjemmesykepleien i en norsk kommune, også her var fokuset hva de faktisk utførte av arbeidsoppgaver 3) deretter jobbet jeg som pleieassistent på samme avdeling, her ble fokuset å utføre pleieoppgavene og kjenne på utfordringene 4) I denne iterasjonen gikk jeg tilbake og jobbet som pleieassistent med fokus på kvalitet (se tabell 1 under). Disse fasene har naturlig utviklet seg over tid, det har nok mye med min forståelse og kunnskap om hvordan hjemmesykepleien jobber slik at mitt syn etter hvert flyttet seg fra praktiske ting som for meg ble rutine og over på nye spørsmål som kvalitet. Grunnen til at jeg

valgte å gjennomføre en såpass omfattende observasjonsstudier var for å få best mulig empirisk grunnlag for den videre drøftelsen. Det er store forskjeller i norske hjemmetjenester, samtidig som det også finnes helt andre alternativer. Det var derfor viktig for meg både å observere utenfra og innenfra, og å observere flere steder – inkludert å bli kjent med en helt annen modell enn den man finner i norske kommuner. Jeg har investert mye tid og energi, jeg har stått opp tidlig, jeg har kommet hjem sent, jeg har reist og jeg har ringt, jeg syns jeg tilbake har fått god innsikt, mange gode relasjoner og jeg liker å skrive om det jeg har sett og funnet.

Hovedregelen for deltagende observasjoner er at du som forsker deltar i den sosiale samhandlingen slik at den glir naturlig, men at du likevel søker å unngå å delta så aktivt at du selv bidrar til å endre samhandlingen på bestemte måter (Fangen, 2010, p. 109).

Jeg har valgt et metodisk design som for meg føltes nyttig, slik jeg har beskrevet over. Som jeg har vært inne på, har jeg gjort noen endringer underveis. Som beskrevet over kan min vei kan deles opp i fire iterasjoner, to steder, tre avdelinger, tre metoder og tre fokus som har gitt meg innsikt på tre ulike måter: iterasjon 1, observasjon uten tale, Iterasjon 2, Deltagende observasjon, de blir sitt eget kommentarfelt og Iterasjon 3 og 4 Aktiv reflekterende deltagelse.

Tid	Vår 2015	Høst 2015	Høst 2015	Vår 2016
Iterasjon	1	2	3	4
Sted	Buurtzorg, Nederland	Observatør Norge	Pleier Norge	Pleier Norge
Metode	Deltagende observasjon uten språk	Deltagende observasjon med språk	Aktiv, reflekterende deltagelse	Aktiv, reflekterende deltagelse
Fokus	Praktisk, bli kjent med arbeidet Oppgaver og tid	Praktisk, bli kjent med arbeidet Oppgaver og tid	Utføre oppgaver og tid Erfare utfordringer	Kvalitet

Tabell 1 iterasjoner

Omfang – tid, sted og deltagere

Jeg har vært i hjemmesykepleien som observatør i til sammen 210 timer. Jeg var 12 timer som observatør i Nederland, 65 timer ubetalt i hjemmesykepleie her hjemme som delvis deltagende observatør og 133 timer var jeg aktivt deltagende observatør i betalt stilling som

pleieassistent. Jeg har vært 170 timer på én avdeling hvorav 105 betalte timer, 15 av timene på kvelden og 155 timene på dagen. Jeg har vært 28 timer på en annen avdeling alle på kveldstid. Jeg har ikke ført nøyaktig logg over brukere og hvem jeg har arbeidet sammen med, men når jeg teller over i ettertid har jeg vært hos ca. 60 -70 forskjellige brukere og jobbet sammen med ca. 50 pleiere i ulike stillinger; fagsykepleiere, sykepleiere, helsefagarbeidere, sykepleie studenter og pleie assistenter. Jeg har snakket med pårørende og venner til ca. 40 av brukerne. Til sammen blir dette litt over 5 fulle observasjonsuker fordelt på tre semestre, der jeg har observert hvordan man jobber i hjemmesykepleien – arbeidsoppgaver man har, hvordan man samarbeider med pårørende og hvordan man kommuniserer med brukerne. Jeg har fått være en del av det. Jeg har over tid blitt et kjent ansikt for både brukerne og pleierne, slik at jeg blir en naturlig del av deres miljø og får tilgang på informasjon jeg kanskje ellers ikke hadde fått (Lysgaard, 1967). De vet hvorfor jeg er der, jeg har fått muligheten til å erfare den ulike informasjonen man får både direkte og indirekte ved å utføre min observasjon på ulike måter.

Jeg vil nå først presentere settingen rundt denne oppgaven og min interesse for temaet. Så vil jeg beskrive metoden jeg har brukt og hvorfor jeg har brukt den metoden. Jeg vil fortelle om meg selv, fordi hvem jeg er og hvor jeg kommer fra er viktig å vite når man leser analysene mine. Så vil jeg dele mine undersøkelser i tre deler, da jeg opplevde de som ulike. Jeg avslutter med noen etiske overveielser.

SETTINGEN

Hjemmesykepleien er settingen for denne undersøkelsen. Ideen kom altså opprinnelig fra min egen erfaring med min egen mormor, slik (Ellis, Adams, & Bochner, 2011) beskriver at det er selvpoplevde erfaringer som ligger til grunn, og det store forbedringspotensialet jeg så i hjemmesykepleiens strukturer og samarbeid med oss som pårørende. Dette førte også til mitt svar på Rektors utfordring og at jeg vant Oslo kommune sin innovasjonspris. Det fikk meg til å se at det kanskje er noe ved ideene jeg har, og bekreftet at det er et behov for slike tanker. Det gjorde at jeg turte å gå videre med å skrive masteroppgave om hjemmesykepleien.

FORARBEIDET

Gjennom arbeidet med rektors utfordring hadde jeg kommet over mange interessante tråder som jeg nå valgte å fortsette på.

Hjemmesykepleieområdet i Norge

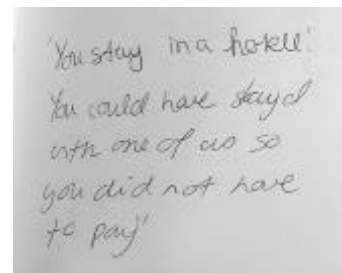
Jeg hadde vært i kontakt med et hjemmesykepleieområde i en kommune utenfor Oslo, som jeg fikk god dialog med. De var åpne og inkluderende og de har minimalt av datasystemer og teknisk utstyr. Jeg var på et besøk våren 2015 for å få litt innblikk i hvordan de jobbet. De hadde lite datasystemer de brukte i hverdagen. De forholdt seg mest til lister og husken. Når jeg skal se på hva som kan støtte deres arbeid kan det være nyttig å se hvordan de faktisk arbeider uten at det er altfor påvirket av teknologier på forhånd. Det ble litt som å rykke 20 år tilbake i tid, men det tenkte jeg kunne gi meg en god forståelse av deres grunnleggende arbeid. Jeg avtalte med dem at jeg skulle få være med mer etter sommeren, for deres del kunne jeg vært med når som helst, men jeg hadde ikke tid før på høsten.

En alternativ modell: Buurtzorg i Nederland

Samtidig denne våren undersøkte jeg ganske mange alternativer. Jeg leste litteratur, tok kontakt med kommuner og spurte meg frem. Hva finnes av teknologier? Hva fungerer? Hvor har de gode løsninger? Det var i den forbindelsen jeg kom over Buurtzorg i Nederland. Jeg tok kontakt, og de sa det bare var å komme, så jeg dro til Nederland våren 2015 for å se med egne øyne. Det å være med på et kveldsskift og et personalmøte der ga meg nye perspektiver og en målestokk for det videre arbeidet.

Tilgang

Mange som skal ut i felten i ulike bedrifter snakker ofte om hvor vanskelig det er å komme i kontakt og få innpass. Min opplevelse er tvert om. I hjemmesykepleien har de sluppet meg inn, både på deres interne møter og inn i egen arbeidsdag, heller med entusiasme enn motvilje. Slik var det også i Nederland. Pleieren jeg hadde kontakt med ble til og med overasket over at jeg bodde på hotell. Jeg kunne jo sovet hos en av dem. Det vil jeg kalle å bli tatt imot med åpne armer (se feltnotat 1).



Feltnotat 1 Tatt inn i varmen

DELTAKENDE OBSERVASJON OG AUTO-ETNOGRAFI

Getting to know practice takes time, and for a long time the practice appears chaotic. Sorting out what happens means sorting out the important from the unimportant, selecting what to look for and what not to look for -sometimes by accident or a “hunch” (Bratteteig, 2004, p. 44).

Jeg liker ikke å uttale meg om ting jeg ikke kan og ikke har erfart selv. Jeg har vært pårørende lenge, men jeg hadde lyst til å vite mer om hvordan det er å være i hjemmesykepleien. Jeg ville være der over tid, bli godt kjent med hvordan de jobber og se og observere selv for å forstå utfordringene fra hjemmesykepleiens side bedre (Blomberg & Karasti, 2013).

Et alternativ kunne ha vært å gjøre en intervjuundersøkelse. Men jeg tenkte at det er stor forskjell på det noen sier til deg i et intervju og det de sier til deg innimellom når dere jobber sammen og du har vært sammen med dem over tid i deres egen hverdagssituasjon. I intervju vil man ofte informere om det man tror den andre ønsker å høre og kan utelate detaljer man tror er uviktige eller ubehagelig å fortelle, men som er helt essensielle egentlig. Mye av det de gjør i hverdagen har blitt rutine og dermed usynlig arbeid, samtidig som de baserer mye på den tause kunnskapen de tilegner seg etterhvert og som kanskje også er ubevisst for dem selv. Slikt er vanskelig å utforske ved å spørre dem det gjelder.

Et annet alternativ kunne vært å kjøre workshoper, eller kombinert workshoper med litt observasjon. Da ville jeg – som ved intervjuer – først og fremst fått andres opplevelser og vurderinger av noe som har skjedd. Det er også vanskelig for deltagerne å huske ting. Man glemmer mye, det er ting man ikke liker å fortelle i en workshop og man hopper kanskje også over trivielle ting. Og taus kunnskap forblir taus. Slikt kan være nøkkelfaktorer når man skal lage et system som skal understøtte dette arbeidet. Derfor er det viktig og riktig å se selv og bli ordentlig godt kjent med arbeidet og ha det som fokus hele veien. På den måten kan jeg også stille bedre spørsmål som vil få bedre og mer treffende svar i en workshop senere. For å få mer direkte tilgang til og innblikk i praksis i hjemmesykepleien bestemte jeg meg altså for å arbeide der over tid og være med ut og hjelpe til der det var naturlig, og samtidig å observere.

Jeg valgte altså deltagende observasjon som metode. Dette valget utviklet seg litt etter litt fra mindre deltagende i Nederland, der jeg ikke kunne språket en gang, til mer deltagende da jeg jobber som pleieassistent (se tabell 1 over).

Deltagende observasjon som metode er utviklet i sosiologien og sosialantropologien. Det er et behov for å se nærmere på fenomenene vi studerer, komme tettere innpå og se hva som faktisk skjer istedenfor å få det fortalt gjennom en tredje person (Fangen, 2010). Man får tilgang til informasjon man ellers ikke ville fått ved å bli en naturlig del av omgivelsene, som i Arbeiderkollektivet som viser at Lysgaard selv over tid ble tatt inn og fikk bli en del av det han har kalt arbeiderkollektivet. Han fikk se hvordan de hadde egne normer og regler innen for rammene av arbeidet de gjorde i fabrikk (Lysgaard, 1967). Studien ble gjort på 50-tallet i en industribedrift ved Moss, som i forelesninger jeg fulgte i 2010 ble omtalt som en klassiker. Etnografiske metoder er egnet for å forstå og undersøke arbeidspraksis da man får se de faktiske brukerkontekstene og ikke bare et bilde av hvordan det er planlagt (Randall, Harper, & Rouncefield, 2007). Når man gjør deltagende observasjon er det mange ulike grader av deltagelse, fra der man kun observerer, på avstand, og de som observeres vet ikke at de blir observert, til *delvis deltagende observatør*, *fullt deltagende observatør* og *ikke observerende deltager* - ”go native” (Fangen, 2010). I dette arbeidet har jeg beveget meg mellom ulike grader av deltagelse og observasjon, fra mer ren observasjon til delvis deltagende og fullt deltagende. Enkelte ganger har jeg nok også vært full og helt på jobb, og vært en del av hjemmesykepleiestammen – ”go native” (Fangen, 2010).

Man kan også kalle en del av det jeg gjør i denne oppgaven for auto-etnografi, som kombinerer (auto)biografi og etnografi, der det å beskrive og analysere egne personlige erfaringer er en del av metoden (Ellis et al., 2011). Her brukes deltagende observasjon som metode i kombinasjon med nære intervjuer og analyse av egne reaksjoner. Jeg har hatt mange samtaler underveis, samtaler som samtidig også er intervjuer og refleksjoner sammen med både brukere og kolleger. Jeg har også valgt å skrive ganske personlig, både erfaringer og i skriveform i denne oppgaven, og å forsøke å analysere mine egne personlige erfaringer, inspirert av litteraturen om ”auto-etnografi” (Adams 2008, Ellis et al 2011). Det er to grunner til at dette kan fungere. På den ene siden har jeg selv vært deltager, og mine egne erfaringer kan dermed betraktes som funn og noe som må presenteres og analyseres. Så jeg deler derfor noe biografisk materiale som kan være viktig for å forstå det jeg forsøker å få frem og hvorfor jeg ser det jeg ser. For eksempel ble jeg interessert i feltet etter mine personlige erfaringer med min egen mormor og sider ved hjemmetjenesten som både hun og jeg reagerte på. På den andre siden har jeg vært ute og møtt både brukerne av hjemmesykepleien, pårørende og hjemmesykepleiere og blitt møtt med positive tilbakemeldinger. Mye kan tyde på at jeg skriver om noe som frustrerer mange, men som de ikke får formidlet videre. Å skrive på

denne måten kan forhåpentlig hjelpe til med å gi flere en stemme. Noe av formålet med auto-etnografi er å skrive virkelighetsnært, nester terapeutisk for forfatterens del, samtidig som man kan gi en stemme til noen som ellers ikke høres så godt (Ellis et al., 2011).

En utfordring ved både deltagende observasjon og auto-etnografi er at observatøren eller forskeren ikke kan være objektiv, det er deltagerens tanker refleksjoner og meninger som er selve dataene man samler inn. Dette er også noe av svakheten ved metodene. Hvem forskeren er, hvilken bakgrunn og verdier forskeren har og hvordan forskeren trer inn i feltet vil påvirke funnene. Denne kritikken treffer også auto-etnografisk metode, hvor forskerens egne erfaringer også er en viktig del av funnene. Det subjektive kan motvirkes ved at man holder egne funn opp mot funn i annen forskning (Ellis et al 2011). Dette forsøker jeg å gjøre i denne oppgaven. Så lenge man er innforstått med disse svakhetene, og også tar med sin egen historie og bakgrunn i det man skriver slik at alle kan forstå hvor en kommer fra og hva som ligger bak, kan denne metoden, tror jeg, gi muligheten til å oppdage og se ting man ellers ikke så lett får tilgang til (Bratteteig, Bødker, Dittrich, Mogensen, & Simonsen, 2013).

Som deltagende observatør har jeg vært i en dobbeltrolle, som studentforsker og ufaglært medarbeider. Det er ikke så mange andre settinger der man får den samme muligheten som jeg har fått, man må ha kompetansen til å utføre arbeidet man skal undersøke, og mange jobber krever spesifikk fagkompetanse. Samtidig er den sosiale settingen i seg selv ganske avgjørende for jobben i hjemmesykepleien, der det ofte handler om sårbarhet hos et annet menneske i deres hjem. I andre jobber er man ofte ikke alene, det er alltid noen å spørre eller støtte seg på. Du trenger ikke vite eller kunne alt. Men i hjemmesykepleien er du alene. Det gjør situasjonen ekstra spesiell og, jeg vil si, vanskelig å studere i sin ekthet uten å ”go native”, i mitt tilfelle legge observatøren til side og være pleier for et annet menneske fullt og helt. På den annen side, slike situasjoner gir også masse stoff til ettertanke og etterpå-refleksjoner.

Som ufaglært vikar og samtidig deltagende observatør har jeg kanskje vært i en annen situasjon enn for eksempel en fullt utdannet sykepleier, som kanskje som observatør lettere ville oppdage utfordringer knyttet til sykepleiefaglige ting. På den annen side, svært mange som arbeider i hjemmesykepleien er ufaglærte, og en ufaglært kan også observere sykepleiere i aksjon og samspillet mellom ufaglærte og sykepleiere uten selv å være i sykepleierollen. Det kan til og med være at det er enklere for meg som ikke kjenner arbeidet i det hele tatt å se

grunnleggende ting som kan være annerledes enn en sykepleier som allerede er godt innkjørt og farget av rutiner og tankesett.

Generelt har jeg funnet lite forskning om praksis i hjemmesykepleien. Det er altså lite forskning jeg kan sammenligne mine observasjoner med. Det er vel ingen hemmelighet at hjemmesykepleien og generell eldreomsorg er langt nede på den uoffisielle rangstigen til sykepleierne. Det var hvert fall helt tydelig da jeg snakket med sykepleiestudentene under observasjonen. De sa ting som ”Jeg stortrives i hjemmesykepleien, men jeg vil nok til sykehus ja” og ” Nei hjemmesykepleien er ikke noe for meg (ler), jeg vil ha litt mer ansvar og action” Det er vanskelig å gjenta tonefall, men det vitnet om at hjemmesykepleien ikke var noe særlig. Det er også svært mange ikke-faglærte som arbeider i hjemmesykepleien. Jeg mener derfor det kan være interessant å observere tjenestene fra et ikke-faglært synspunkt.

METODEERFARINGER OG -REFLEKSJON

Jeg som deltager og observatør

Ofte når man utfører deltagende observasjon ser man på et miljø man ikke er en del av i utgangspunktet, miljøene kan ha store ideologiske forskjeller fra dine egne eller store kulturforskjeller (Fangen, 2010). I mitt tilfelle er det eneste som opprinnelig skilte meg fra de jeg skulle observere at de jobbet i hjemmesykepleien og det gjorde ikke jeg, i det jeg var en del av arbeidstokken, var jeg en like naturlig del av den gruppen som alle andre. Jeg var en 29 år gammel kvinne med to barn, jeg bor og er vokst opp kun 3 km unna hjemmetjenesten der jeg jobbet. Jeg har dysleksi, og har vært litt treg med å bli ferdig med utdannelsen. Men som tobarnsmamma har jeg startet og driver flere familiebarnehager, og har en del arbeidserfaring, også som arbeidsgiver for personer som har ansvar for andre (barn). Da jeg ble ansatt som pleieassistent og jobbet som vikar var dette en del av erfaringsbakgrunnen min.

Kombinasjonen av at jeg både er familiemor, student og i flere omsorgsjobber samtidig gjør at jeg naturlig er en del av flere av de sosiale gruppene i hjemmesykepleien. Jeg er også omsorgstypen av person og jeg må innrømme at jeg ved flere anledninger tenkte; ”Det er dette jeg burde gjøre. Det var jo sykepleier jeg skulle blitt”. Sta som jeg var og oppvokst med sykepleier som mor var det det siste jeg skulle bli, og jeg holdt meg til det. Men omsorgsrollen og pleierollen faller meg naturlig.

Jeg ble raskt en naturlig del av systemet. Jeg gled rett inn som en hvilken som helst ny pleieassistent. Jeg var ikke noe mer utenfor enn noen andre nye. Og ganske raskt er man

innenfor. Da jeg kom tilbake etter jul, hadde jeg ikke vært der på en stund og var litt spent. Men de både husket meg og uttrykte at det var lenge siden de hadde sett meg. Det er skiftarbeid så det kan gå naturlig tid mellom hver gang folk ser hverandre med ulik turnus. Og jeg ble kastet like fort inn i det som om jeg hadde vært der hver dag. Selv om noen brukere hadde falt fra og noen kommet til, var jobben også den samme. Å være en deltager og bli verdsatt og en naturlig del av et fellesskap har sikkert preget både mine observasjoner og mine analyser av det jeg har sett og erfart, selv om jeg har forsøkt å balansere rollene som deltager, observatør og studentforsker.

Iterasjon. Observasjon uten tale

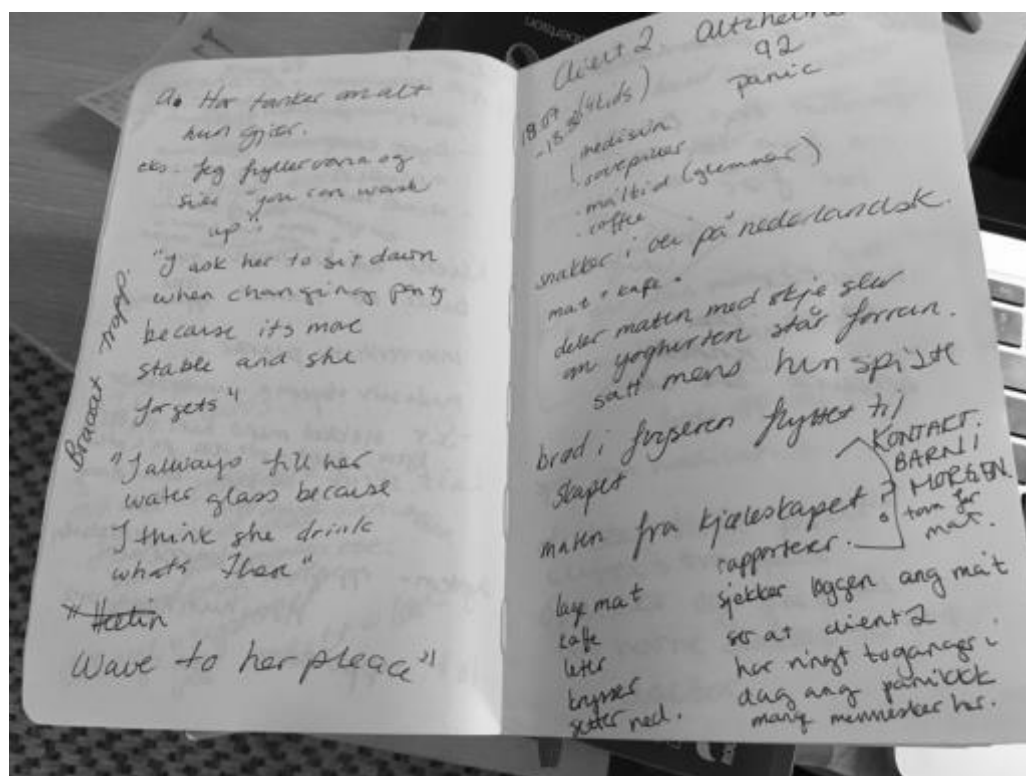
Da jeg var i Buurtzorg i Nederland og observerte deres arbeid forstod jeg ikke hva de sa, jeg snakker ikke nederlandsk og kun en av brukerne vi var hos snakket godt engelsk, noen få kunne litt og mange kunne ingenting. Det gjorde at den informasjonen jeg hadde gitt om mitt prosjekt på forhånd var veldig viktig. Den muntlige informasjonen jeg fikk var mye rettet til hva de trodde jeg var interessert i, og det ble en tilleggsinformasjon, som ”nå sa hun at hun skal i selskap og derfor har ventet lenge på oss, jeg sa at hun burde sagt fra så hadde vi kommet tidligere”. Når jeg får den informasjonen er den allerede silt gjennom et ledd, fra situasjonen til meg. Men siden jeg er der kan jeg få med meg følelser og stemning og alt det fysiske som skjer. Mye av språket vårt handler om å tolke hint som stillhet og bekymring (Hafskjold et al., 2016). Man har alltid hørt at 90% av språket er nonverbalt, altså kroppsspråk, stillhet og liknende (Alsvik, 2009; Braseth, 2012; GitteL, 2007) . Min opplevelse er kanskje at 90% av språket er nonverbalt hvis man forstår språket. Når jeg ikke forstår språket føles det som om 90% er språket. Jeg kan kun gripe fatt i det som virker unormalt som dårlig stemning, god stemning, sinne, fortvilelse og liknende og selvfølgelig handlingene som skjer, hva som faktisk ble formidlet får jeg som annenhåndsinformasjon. Jeg var blant annet vitne til en veldig alvorlig samtale. Vi var i hjemmet til en alvorlig kreftsyk dame, før vi gikk inn fikk jeg beskjed om at pleieren kom til å spørre om det var greit at jeg var med, og at det ikke var sikkert at jeg fikk lov siden brukeren var så dårlig. Vi kom dit og jeg fikk bli med inn, mange i familien var der. Vi fikk servert kaffe og familien trakk seg ut av soverommet der pasienten lå. Jeg fikk beskjed om å sette meg ned og fikk en stol som vi fikk plassert nede ved fotenden på venstre side av dobbeltsengen, pleieren satt ved hodeenden på høyre side av sengen der pasienten lå. Hun bladde i en perm og ordnet litt praktiske ting, noen piller og litt sånt, og så pratet de, hun tok henne i hånden og pratet ganske lenge. Så hjalp jeg til å legge putene annerledes, jeg holdt pasienten oppe mens pleieren la putene på

best mulig vis. Det var alvor over stemningen, men samtidig en naturlighet og nærhet. Det er vanskelig å beskrive hvordan det følte, men det er alltid litt ubehagelig å være så nært på noe man ikke er en del av. Det er litt som å gråte i en begravelse til en du ikke kjenner. Jeg forstod at de snakket om noe, det er mye man kan snakke om i en slik situasjon, frykt, angst, redsel, men også kanskje positive følelser som lettelse over å få slippe, hvem vet hva hver enkelt tenker når den tid kommer. I bilen etterpå fortalte pleieren at de hadde snakket om livsavsluttende medisiner, og pasienten lurte på om hun ville ha det samme kveld. De hadde bestemt at hun skulle tenke litt på det men at de skulle gjøre alt klart i tilfelle hun ville det. Jeg var i samme rom, jeg var der og jeg hørte på at hun snakket om å avslutte sitt eget liv, uten å ane alvoret. Rommet var fylt av et alvor og en ro, det sier kanskje noe om situasjonen i seg selv, når man ikke er redd mer.

Iterasjon 2. Deltagende observasjon – ”De blir sitt eget kommentarfelt”

Jeg har vært med andre ut i deres arbeid 45 timer i hjemmesykepleien her hjemme. Jeg har stått ved siden av og sett på dem arbeide, bidratt der det har vært naturlig men ellers vært det tredje hjulet på vognen. Det føles litt sånn, man er litt til bry på en måte, man må alltid introduseres og så må jeg fortelle litt hva jeg gjør der. Ofte er ikke leilighetene så store eller rommene så store så da står man litt i veien og litt klønede til det meste av tiden. Det er ikke sånn at de jeg har vært med ut har tid til å ta en kaffe hos alle så jeg kan prate med brukerne akkurat. Mange av oppgavene er også ganske private, med dobesøk eller morgenstell og da føles det unaturlig å være tilskuer. Jeg opplever det hvert fall som å krenke noens privatliv når jeg står og ser på at noen blir stelt. Det er ikke alle brukerne som oppfatter det sånn, fordi de har blitt så vant til det at de fortsetter samtalen med meg uansett situasjon, men det får være deres valg ikke mitt. De aller fleste synes det er hyggelig med besøk og synes oppgaven høres spennende ut og har noen umiddelbare assosiasjoner til hva de tenker jeg er interessert i. Både pleierne og flere av brukerne blir på en måte sitt eget kommentarfelt. De kommenterer det de gjør, hvorfor de gjør det, hvordan de gjør det, hva de tenker når de gjør det, hvorfor de gjør som de gjør, hva de tenker om at det blir gjort, hvordan de helst skulle ønske at det var osv. Pleierne prøver å sette ord på arbeid som er automatisert (Reber, 1989) slik at jeg kan forstå, og notere. Det jeg blir fortalt i en slik setting er mye på bakgrunn av pleierne og brukernes antagelser om hva jeg vil ha. De både sier hva de gjør og hvorfor, som på notatene fra Nederland, der pleieren sier ”Jeg ber henne sette seg ned når vi skifter bukser fordi det er mer stabilt og hun glemmer det” og ”jeg fyller alltid et vannglass fordi jeg tror hun drikker det som er der” (se feltnotat 2). Ikke at de snakker meg opp etter ryggen, men de forteller om

ting de tror jeg er interessert i, jeg har gått inn i dette ganske åpent, og har ikke helt selv visst hva jeg har sett etter med vilje for å se ting som de er, ikke ut i fra det jeg ønsker å se. Derfor var det naturlig å si ja når jeg fikk muligheten til å jobbe der selv.



Feltnotat 2 De blir sitt eget kommentarfelt

Iterasjon 3 og 4. Reflekterende deltagelse

Etter noen dager som observatør slang lederen ut en kommentar ” Du skal ikke bare begynne å jobbe her da, Ingvild?” Jeg bare tullet det bort, men den satt litt bak i der og gnagde, jo kanskje jeg skulle det. Hvorfor ikke? Jeg ville få kjenne det på kroppen, tiden, utfordringene, jeg ville få førstehåndsinformasjon, ikke delta i en delvis kunstig situasjon. Men ville jeg være komfortabel med oppgavene? Jeg har jobbet mange år i barnehage, men voksne mennesker, vil det være naturlig? Jeg tok det opp med veilederne mine, er det en reell mulighet. Kan jeg faktisk jobbe der og få betalt for det samtidig som det er mine undersøkelser til masteroppgaven eller vil det sette funnene mine på spill? Veilederne mine syns at det var en god ide å jobbe der og syns tvert imot, at det ville føre til enda mer interessant data. Så da var det gjort, jeg stod allerede på listene, så når jeg kom dagen etter hadde sjefen gjort om mine observasjonsdager til vakter og jeg skulle rett på opplæring.

For å få mest mulig troverdig data burde ikke objektet bli stresset eller føle seg objektivert av min tilstedeværelse s. 30 (Fangen, 2010). Jeg vil argumentere for at jeg som deltagende observatør påvirket situasjonen mindre når jeg gikk ”native” en når jeg observerte en annen

som jobbet. Hvis vi i påvirket legger å gjør situasjonen kunstig, dette fordi alt som omhandler hjemmesykepleien er mennesker, og relasjoner og det er helt unaturlig å ikke henvende seg til personer som kommer inn i ditt eget hjem. Derimot har du kanskje et behov for å vise dem ditt hjem på en viss måte. Så ved at jeg gikk ”native” vil jeg si at situasjonene selv om jeg helt klart var en brikke i spillet du ikke kunne tatt bort, gjør at jeg kan se en situasjon slik den naturlig er enn der man kun observerer. Så det fører meg videre til at dette er den beste måten å observere hva som faktisk skjer i hjemmesykepleien. Hvis man skal se på hjemmesykepleierens måte å behandle brukerne på i dialog eller hvordan prosedyrer følges eller liknende finnes det andre bedre metoder, men med mitt formål, å se hvordan det er vil jeg argumentere for at å bli ”native” er den metoden som får frem den faktiske situasjonen best.

Jeg har valgt å kalle denne formen for *reflekterende deltagelse*, fordi jeg i aller høyeste grad er deltagende i og med at jeg blir den jeg studerer. Jeg skal kjenne på mine følelser, mitt stress, jeg skal se på mine relasjoner, hvordan jeg håndterer informasjonen jeg får og gir, hvordan jeg mestrer oppgavene gitt til meg. Jeg må gjøre alt selv, jeg deltar i høyeste grad, men det som gjør en forskjell mellom meg og pleierne er at jeg er ikke ferdig med et oppdrag når jeg drar derfra, da er jeg bare halvveis, jeg må også notere ned det jeg husker fra arbeidsdagen og reflektere over mine erfaringer. I stor grad gjør nok de aller fleste det når ting ikke går som de skal, noe jeg fikk kjenne på kroppen selv.

Underveis har jeg notert det jeg syns er interessant, rart, morsomt, hyggelig, dumt, ja alt jeg har tenkt over og jeg har notert meg refleksjoner rundt situasjoner. Og så har jeg reflektert videre når jeg har renskrevet notatene. Min aller første dag hadde jeg gjort en kjempefeil. Sammen med en annen ny, var vi hos en bruker, man går alltid to der. Vi hadde begge vært hos henne før, jeg hadde vært der på opplæring tre ganger, så jeg kjente henne ikke så godt, men dog. Vi syns hun virket dårlig form, og hun var tungpustet. Da vi kom til rapport ga vi beskjed, vi syns hun virket såpass dårlig at det burde følges opp. Jeg var veldig ydmyk i min fremtoning. Sykepleierne sa at de som skulle dit etter rapport kunne se an hvordan det er da, ta med termometer. Jeg skulle tilbake dit, denne gangen med en annen pleier. Jeg sa at kanskje ikke jeg skulle dra, siden det var min første dag, slik at noen andre kunne se hva hun trengte. Jeg fikk beskjed om å si i fra til mannen at han kunne ta henne med til legen hvis hun fortsatt virket dårlig. Mannen var ikke hjemme så jeg fikk beskjed om å legge igjen en beskjed. Jeg gjorde som jeg trodde jeg hadde fått instruksjoner om, jeg la igjen en lapp med

beskjed om at mannen skulle ta henne med til legen og begrunnet hvorfor. I etterkant har jeg tenkt at den sykepleieren jeg snakket med ikke trodde det var så alvorlig nettopp fordi jeg var helt ny, og derfor ga meg dårlig råd. Jeg fortalte hva vi hadde gjort når jeg kom tilbake på rapport og gikk hjem forundret over systemet, og selvsagt nysgjerrig for dette var kjempefint med tanke på å forstå utfordringer i kommunikasjon i hjemmesykepleien, er det sånn man snakker med pårørende?

Da jeg kom neste dag fikk jeg hjertet i halsen. Hun hadde blitt lagt inn på sykehuset med blodpropp. Heldigvis, og takk og lov hadde jeg reflektert mye rundt akkurat denne hendelsen og stilt spesifikke spørsmål og notert ned og til og med dokumentert med bilder. Hvis ikke jeg hadde gjort det tror jeg ikke jeg hadde turt å jobbe en eneste dag til. Hadde ikke dette vært en del av oppgaven hadde jeg eller andre antagelig ikke reflektert like mye over situasjonen. Avviket kom fordi legevakten mente at vi skulle sjekket henne selv og ikke overlatt ansvaret til mannen. Jeg var heldigvis trygg på hva som hadde skjedd og kunne bla opp i notatene mine, og slapp å skylde på meg selv.

Overgangen fra deltagende observasjon til reflekterende deltagelse er ganske stor. Selv om de jeg er hos og jobber sammen med ved at jeg er der også fordi jeg skriver masteroppgaven min om det, glemmes det fort. Ved at jeg har uniform på meg og utfører arbeidsoppgavene som hører med vil jeg automatisk tre inn i deres private sfære, og ting som de tidligere ville valgt å pynte på eller dekke til når jeg kun observerte vil nå på en annen måte bli naturlig, ansvaret som følger med er mitt. Ved at jeg tar på meg uniformen og går inn og gjør jobben er det mitt og bare mitt ansvar å passe på at ikke deres private sfære og tillit blir brutt. Fordi jeg i arbeidet kommer inn i det private, tettere på en ofte barn og barnebarn gjør. Ikke i relasjonen med følelser og kjærlighet, men i det private livet til en person, som stell, frykt, angst og sorg. Jeg har i hvertfall inntrykk av at vi alle når vi er sammen med andre mennesker ikke alltid har så lyst til å vise hvor ensomme vi er, eller hvor hjelpeløse vi er. Og det er denne sfæren vi trækker inn i hver dag. Et eget rom selv ikke barn og barnebarn får delta i. Jeg skulle til fru Halvorsen for å gi medisiner for kvelden. Da jeg kom var barnebarn og barn der på besøk. Fru Halvorsen ble så ukomfortabel når jeg kom. Det var ordentlig ubehagelig, så flau ble hun. Det hadde nok med nettopp det at det er en privat sfære som ikke alle får eller skal få være en del av. Da blandet vi litt de to verdene som de helst ønsker å holde separat. Hva betyr det at jeg får delta i disse situasjonene, og så skrive om det etterpå. Når jeg jobber der jeg har på lik uniform som alle som jobber der, tilsynelatende er alt likt, jeg bare noterer underveis og går

hjem og renskriver notatene mine etterpå. Den uniformen og jobben bidrar til at jeg får innblikk og en naturlig plass i deres liv, barrierer eller skiller som ville vært der om jeg kun observerte er borte. Faren ved det er at folk deler mer enn det de hadde gjort om de var bevisste min todelte rolle. Hvis jeg hadde stått i vanlige klær, eller ikke deltatt i oppgavene ville min rolle vært tydelig kun observatør og på den måten enklere for brukerne å selv velge hva de ønsker at jeg skal få se og vite. Jeg har gjort det også og noen fungerer da som sin egen kommentator på siden der de legger til kommentarer og forteller det de tror jeg ønsker å høre og vite om. Derfor var forskjellen stor når jeg jobbet der, da var det ingen som snakket til meg på siden de snakket til meg som pleier, det var ingen som tok seg sammen, det var ingen som begrenset sine behov. Jeg får data som er virkelighetsnære og reelle, jeg får egne opplevelser med brukerne ikke bare vitne til andres opplevelser med brukerne, jeg får kjenne på klokken, presset, ansvaret, samtidig som jeg får være med på all smådialogen mellom pleierne, jeg er en kollega, jeg er en del av det ikke bare en på sidelinjen og tolker det. Siden jeg har gjort begge deler merker jeg en stor forskjell. Jeg er glad jeg har gjort begge deler da det gir meg ulik informasjon, jeg vet også på den måten hva jeg får når jeg har gjort det på den måten jeg har gjort det, og hva jeg kunne fått. Når jeg bare observerer ser jeg det man kan se og høre, som oppgavene som blir gjort, dialogen som blir ført og stemning. Når jeg jobber selv ser jeg også oppgavene som blir gjort men jeg forstår hvorfor de blir gjort som de blir gjort, hvilke behov jeg har for informasjon, hva det krever å gjøre oppgavene. Jeg både føler og kjenner i tillegg til å se og høre. Det å kjenne på ansvaret gjorde noe med meg og hva jeg tenkte om oppgavene, ting jeg tidligere synes var spennende og gøy at fungerte dårlig, var nå litt skummelt og irriterende. Det er større ansvar på meg. Da er det min oppgave å passe på dem slik at jeg fremstiller resultatene på en måte som både de og jeg kan være fornøyde med. Jeg ønsker å få frem hovedpoengene, ikke blottlegge noen sitt liv.

Feltnotater

For å dokumentere min tid i hjemmesykepleien har jeg altså notert og tatt bilder. Jeg har notert og notert og notert. Notert underveis, etter på i bilen og når jeg kommer på ting. Jeg har prøvd å være i situasjonen og ikke notere bort situasjonen, så jeg skriver sånn sett i etterkant av en hendelse. Mens under morgenmøtet og rapport noterer jeg fortløpende det som er av interesse. Det som der og da slår meg som verdt å notere, i starten var det mer praktisk klokkeslett oppgaver gjort sitater osv. etter hvert som min forståelse for situasjonen økte ble det mer reflekterende, og spørsmål som kvalitet kom opp. ”Feltnotatene representerer kun en liten bit av alt du husker fra feltarbeidet” (Fangen, 2010, p. 78).

Underveis har jeg hatt små intervjuer med de jeg har jobbet sammen med og lederne deres mer og mindre uformelle, noen med en spesifikk agenda, som når jeg prøvde å finne ut hva de tenkte rundt kvalitet, og andre mer tilfeldig inn i deres tankerekker. Jeg har valgt å gjøre det uformelt og ute i felten da informasjonen er aktuell og i nuet, skulle vi snakket om det noen uker etterpå ville mye av informasjonen forsvunnet. Disse intervjuene er også notert ned i etterkant som feltnotater.

Jeg har fylt en notatbok med feltnotatene mine, Man kan se at det også har vært en prosess, i starten skriver jeg ganske detaljert, jeg ser konkrete ting, som klokkeslett, hvilke oppgaver skal vi og hvilke oppgaver gjør vi faktisk, mens det etter hvert blir stikkord og piler som dominerer sidene, henviser til tidligere notater. Dette viser også min kunnskap og forståelse for det jeg gjorde. Etter hvert trengte jeg ikke like mange ord for å forstå hva jeg mente, fordi jeg visste hvordan en dag så ut og jeg visste hva oppdragene var hos de ulike. Renskrivningen på PC har gått i flere runder og totalt vil jeg tro at det er noen hundre sider med fortellinger, refleksjoner, sitater og spørsmål. Min rosa notatbok har blitt en god venn gjennom disse månedene. Jeg glemte den en dag og da følte jeg meg naken. Jeg har notert for hånd med piler, streker og understrekninger. Jeg prøvde meg med en penn som man kan legge rett inn på PCen, men det er noe med det grunnleggende som vi er vant til å gjøre fra vi var små, når jeg noterer på vanlig måte fester det seg bedre i hodet mitt, og det å selv renskrive etterpå gir både tid til refleksjon og ettertanke. Fangen (2010) sier at nettopp denne prosessen er veldig viktig for analysen, det å notere for så å legge det bort og ta det opp igjen senere gjør at du kan reflektere bedre rundt det, enn om du kun forholdt deg til hukommelsen. Når jeg kom hjem skrev jeg det inn på PC, det var ikke alltid jeg fikk gjort det samme dag, og noen ganger tok det tid, for notater er en ting, å skrive ut historiene som notatene hører til er noe annet. Det er mer en tanke og refleksjonsprosess en noe annet.

Analyse

Når jeg var ute og observerte ønsker jeg å ha et åpent fokus. Jeg ville se det som skulle vise seg å være spennende, ikke se noe jeg hadde valgt ut før jeg visste hvordan ting egentlig fungerte. Det jeg visste var at jeg ønsket å se hvordan hjemmesykepleiens arbeid faktisk var. Det er vanskelig å suge inn alt på en gang. I starten fokuserte jeg på hvem, hva, hvor og når som var oppgaver jeg kunne registrere i bilen, for så å se hva som skjedde når jeg var inne hos brukerne. Jeg så hva de skulle gjøre, altså hva som sto på listene, og hva de faktisk gjorde.

Dette for å se hvilke andre ting som ikke står oppført, men som også blir gjort. Jeg har hele tiden også vært opptatt av pårørende, og lagt merke til hvordan det kommuniseres mellom hjemmesykepleien og pårørende. Jeg har selv snakket med alle de pårørende jeg har kommet over. Jeg har hatt et ønske om å se ting som de faktisk er, så jeg har gjort det jeg kan for å ikke lede samtalen noen vei. Jeg har notert meg mye som jeg synes er ubehagelig eller rart, ting jeg reagerer på. Det er den lille magefølelsen som sier at dette kunne vært bedre, eller sånn skal det da ikke være, eller at dette var så bra. Så når jeg nå har analysert og skal presentere mine resultater, er de satt sammen av følelser, både gode og dårlige. Og de følelsene er knyttet opp mot kvalitet. Et indre kvalitetskompass, som jeg ønsker at alle skal få, og det kan man få til, gjennom fokus og synliggjøring.

Analysen har vært en lang prosess. Den har startet ved at jeg noterer, allerede der velger jeg ut hva som blir notert og lagt merke til, kanskje ubevisst, men det er en første seleksjon. Når jeg så skrev over notatene mine på PCen samlet jeg observasjonene i naturlige kategorier. Jeg skrev en historie og kom på noe fra en annen gang som hadde en sammenheng med det jeg tenkte der og da, og koblet de to sammen og sånn holdt jeg på, og på den måten har jeg kategorisert og koblet til ulike felt og områder av interesse. Jeg har ikke fulgt et gitt sett av kategorier, jeg har sortert i kategorier som etter hvert føles naturlig. Jeg kunne ikke gått inn i arbeidet med et sett av kategorier, for jeg visste ikke hva jeg ville finne og dermed ikke hvilke kategorier som vil være interessante. Når jeg hadde skrevet om arbeid, Del 2, prøvde jeg å hoppe til design av et informasjonssystem. Det viste seg å være vanskelig, for jeg måtte vite til hvilken kvalitet dette arbeidet skulle gjøres for å si noe om hvordan det kunne støttes. Jeg hadde til da beskrevet veldig mange historier som knyttet seg til kvaliteten. Derfor gikk jeg tilbake og gjorde iterasjon 4 (se modell 1) for å finne ut om kvalitet i arbeidet. Det har vært en kontinuerlig prosess, der jeg har sett nye ting, nye koblinger hele tiden. Plutselig husker jeg en annen situasjon fordi jeg beskriver en historie og på den måten har jeg analysert funnene mine.

ETISKE OVERVEIELSER

Anonymisere

Selv om jeg har fått godkjenning til å skrive om mine opplevelser i hjemmesykepleien, både fra brukere, ansatte, ledere og NSD, har jeg valgt å skrive situasjonene litt om. Jeg skal begrunne og reflektere litt rundt hvorfor jeg gjør her. Jeg har tatt på meg uniform og dratt ut til brukere som pleieassistent Ingvild. Jeg skal gjøre jobben min, og utføre tjenester brukerne trenger for å ha sin hverdag. Det er en intim situasjon, der jeg ved å ”go native” blir en del av situasjonen. Ved å jobbe som pleier glemmer både de pleierne jeg jobber med og de brukerne jeg er hos at jeg er studentforsker og skriver en oppgave om det jeg ser. Jeg ønsker å skrive om det som faktisk skjer, ikke kun det som skjer når man har med seg en observatør på sidelinjen, og det har jeg kunnet gjøre ved å jobbe der. Utfordringen min er hvordan jeg skal fremstille dette uten å blottlegge private situasjoner i for stor grad. Jeg har derfor valgt å anonymisere gjennom å lage eksempler av mine observasjoner. Alle situasjonene jeg beskriver har skjedd, men deler av historiene er endret og alle navn er endret. Det er også noen situasjoner der jeg har satt flere brukere sammen til en, eller valgt ut noen fellestrekk ved mange. Ting jeg ser går igjen hos mange kan jeg da sette sammen til en og samme historie. Grunnen til at jeg har gjort det slik er at jeg ikke synes det er etisk tilstrekkelig å anonymisere slik at utenforstående ikke skal kunne kjenne igjen personer og situasjoner, men at heller ikke de personene jeg har vært i kontakt bør kunne gjenkjenne seg selv slik at de kanskje kan føle seg utlevert når jeg drøfter situasjonene. Hvis nå både pleiere jeg har arbeidet sammen med og brukerne jeg har vært hos leser oppgaven vil forhåpentligvis alle kjenne seg igjen i situasjonene og tenke at ja sånn har jeg det, kanskje det er meg, men ikke oi, det der er skrevet om meg. Noen av situasjonene er mer en hendelse enn andre, men der kunne det egentlig vært hvem som helst.

2C ANALYSE : DAGENS INFORMASJONSSYSTEMER

I hjemmesykepleien der jeg har arbeidet består informasjonssystemene av flere ulike elementer av ulik teknologisk art.

- Stasjonære PCer- journalsystem, allokeringssystem osv.
- Kalender dagbok
- Kalender kveldsbok
- Post it lapper
- Andre lapper
- Private telefoner
- Kontor telefon
- Kjørelistene
- Permene til brukerne som ligger hos brukeren
- Tavlen på kontoret
- Diverse bøker, permer, lister og skjemaer
- Muntlige beskjeder, møter osv.



Bilde 1 dagens informasjonssystem

Journalsystem og allokeringssystem



Bilde 2 Stasjonære PCer

På avdelingen er det fire stasjonære PCer, det er også noen felles nede i gangen som kan brukes ved behov. På disse PCene er det et journalsystem, der vi registrerer endringer eller avvik hos brukere Det kan alle gjøre, selv vikarer får brukernavn og passord og det forventes at vi skal dokumentere. Dette har nevnt tidligere, har jeg aldri gjort det, det er kanskje en stor

feil av meg men jeg har heller overlevert informasjonen og fått en annen til å gjøre det fordi det er vanskelig å vite hva jeg skal skrive hvor og i hvilken form og detaljnivå. Det er også et allokeringssystem, det vil si et system for å fordele de ulike oppdragene på de ulike pleierne som er det systemet som generer kjørelistene.

Dagbok, kveldsbok og endringsbok



Bilde 4 dagbok

i oppdraget.

Vi har en dagbok, som er en stor års-kalender der man skriver inn på gitte dato den informasjonen som er viktig for dagvakten på den aktuelle datoen. Og en kveldsbok med tilsvarende system. Det er en endringsbok, der man skriver inn endringer slik at en sykepleier kan gå inn å vurdere endringene og evt. legge dem inn

Mobiltelefon

Når vi er ute bruker jeg privat mobiltelefon, så etter morgenmøtet må vi få telefon nummeret til alle på avdelingen. Dette er på eget initiativ, slik at vi kan ha kontakt ved behov, så det er ikke rutiner for at vi skal ha kontakt eller hverandres telefonnummer. Trenger jeg hjelp eller er usikker på noe ringer jeg ansvarsvakten.

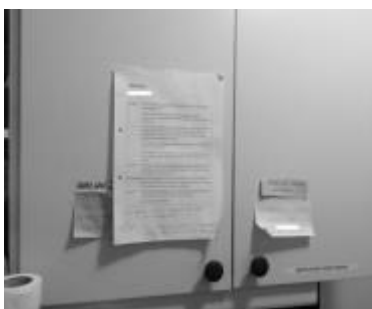
Brukerens permen



Bilde 5 permen

Hver bruker har sin perm hjemme hos seg selv, der er det informasjon til bruker fra oss. Kontaktinformasjon, vedtak, osv. Samtidig som det er signeringsark som vi bruker. Vi signerer for eksempel alltid på gitt medisin. På den måten kan jeg ”kontrollere” de andre pleierne. Er det ikke signert, kan jeg stille spørsmål til om oppgaven er gjort. Brukeren og pårørende får også en bekreftelse på hva vi gjør.

Lapper til kolleger



Bilde 6 Lapper til oss selv

Når vi er hos bruker brukes lapper som instruksjon og kommunikasjon. I noen hjem legger vi lapper til oss selv. Sånn som på bildet til venstre henger det lapper om hvordan vi skal lage grøt, hvor vi finner skåler.

Lapper fra pårørende til hjemmesykepleien



Bilde 7 og 8 lapper fra pårørende

noen skal på middag så vi ikke trenger å komme, eller om vi kan hjelpe personen på do før de drar, og liknende.

Noen pårørende bruker lapper til å kommunisere med oss. Dette er vanlig i hjem med brukere som lider av demens, der hvor brukeren ikke kan kommunisere det selv like lett. De handler ofte om noe som skal skje i fremtiden og noe vi skal gjøre. Som for eksempel at

Kjørelistene



Bilde 9 kjørelister

medisin, lag frokost. Mens hos andre står det noe mer utdypende om enten parkering, hvordan vi skal opptre eller noe vi må passe på. Men stort sett står det kun kort beskrevet hva vi skal gjøre.

Kjørelistene blir laget per pleier, per vakt. Det vil si at jeg får en liste for hva jeg skal gjøre denne dagen. Og på listen står det hvem jeg skal til, hvor de bor, telefonnummer, oppdragets art: som for eksempel dusj, frokost, medisin og liknende. Og så er det et fritekst-felt der det står veldig ulik informasjon fra bruker til bruker. Hos noen står det kun N19 (som er hvilken nøkkel) Gi

Hver enkelt pleier



Bilde 10 hjemmesykepleier Ingvald

Den største delen av informasjonssystemene i bruk, etter det jeg har erfart gjennom deltagende observasjon vil jeg si at er hver enkelt pleier. Noen av pleierne har mye bedre journaler i hodet enn du vil finne noe annet sted. Noen av pleierne har jobbet her over 20 år på samme sted og har erfart det meste. De har praktisert hjemmesykepleierarbeidet i lang tid og har på den måten øvd seg og blitt meget gode på det de driver med. Men også jeg sitter på en liten bit informasjon, og det gjør alle de andre pleierne også og denne burde samles og kommuniseres til de andre.

Muntlige beskjeder



Bilde 11 rapport

Morgenmøte og rapport til lunsj er to møtepunkter i løpet av dagvakt, og ettermiddagsmøte før man drar ut på ettermiddagen der man får status og informasjon om brukerne man skal til og endrer på lister etter behov

2D ANALYSE : EN DAG I HJEMMESYKEPLEIEN

Dagene i hjemmesykepleien kan være veldig ulike, jeg kan ha 8 besøk eller 20 besøk, alt avhenger av oppdragenes art, og sted. Det finnes mange ulike dager i den norske hjemmesykepleien, noen har kanskje en halvtimes kjøretur mellom hver bruker og rekker derfor ikke så mange, mens andre har kanskje gå-lister. Noen har kanskje mange korte oppdrag som å gi medisin, mens noen har store stell.

Tabell 2 viser en oversikt over begreper som er brukt knyttet til tjenesten og hva de betyr.

Begrep	Betydning
Vedtak:	Lovfestet rett til hjelp, med oversikt over hva du har krav på.
Bruker:	Den som har vedtak på hjelp.
Liste:	Kjøreliste over oppdragene sortert på pleier.
Oppdrag:	Kort oversikt over hva du skal: Hvem skal du til, adresse, telefonnummer, tid du skal bruke, klokkeslett, nøkkelnummer. Oppdragets art og beskrivelse om nødvendig.
Rapport:	Alle pleierne samles og forteller nødvendig informasjon fra dagen.
Prosedyre:	Oversikt over hva vi skal gjøre, trinn for trinn.
Pleier:	Den som skal utføre oppdrag, (uavhengig av utdannelse)
Sykepleier:	En med sykepleier utdannelse
Ansvarsvakt:	Den sykepleieren som har ansvaret den vakten. Den man ringer hvis det er noe, den som leder rapport og rapporterer videre. Har kanskje andre administrative oppgaver, som å lage lister til dagen de har ansvar men det har ikke jeg oversikt over.

Tabell 2 Ordlister

Nå vil jeg i lys av Strauss(1985) sine teorier om arbeid geleide dere gjennom en typisk vakt for meg i hjemmesykepleien. Jeg presenterer her arbeidsoppgavene jeg gjør i løpet av en helt

alminnelig arbeidsdag. Det er en fiktiv dag, men den kunne like gjerne vært en ekte dag. Jeg har samlet ulike oppdrag som belyser ulike utfordringer, men den er på ingen måte overdrevet eller satt på spissen. Mange som jobber i hjemmesykepleien vil kanskje heller tenke at jeg hadde litt lite. Alle situasjonene er ekte situasjoner, jeg kjenner alle jeg snakker om jeg har bare endret på detaljer slik at man ikke helt skal vite hvem det er. Jeg ønsker å praktisk vise hvordan en typisk dag i hjemmesykepleien ser ut de ulike oppgavekjedene hvordan oppgavene henger sammen og det store flettverket av arbeidsoppgaver (Gasser, 1986). Jeg har illustrert dagen min med tegninger som illustrerer litt ulike poenger underveis. Målet med denne fremstillingen er å vise hvordan en dag er strukturert og vise kompleksiteten i dette flettverket. Jeg starter allerede før morgenmøtet og ender på vei ut av døren etter endt arbeidsdag.

FØR MORGENMØTE

Hver dag starter med morgen møte klokken 08. Men allerede før morgenmøtet starter har jeg gjort en del ting som også må gjøres. Jeg låser meg inn med en nøkkelbrikke, denne må være aktivert slik at jeg får tilgang. Så går jeg i garderoben og tar på meg uniform. Uniformene ligger med pene brettekanter i hyller sortert på størrelser, det er arbeid gjort av noen.



Illustrasjon 3 Ankommer jobb

Når jeg har hengt av meg og tatt med alt jeg skal ha med i løpet av dagen går jeg til kjøkkenet, her lager jeg meg frokost, det at jeg lager meg frokost betyr at det blir oppvask, og noen må ta denne oppvasken. Det er et kjøkken på mange avdelinger så det har ført til at vi har kjøkkenuker, hvor det er hver avdeling på rundgang som har det overordnede ansvaret for kjøkkenet, ta ut av oppvaskmaskinen og også sette inn, for oppvaskmaskinen fyller vi så lenge den er ledig, men når den blir full settes ting på benken. Derfor har det blitt en oppgave som faktisk er fordelt. Når jeg har laget ferdig frokosten går inn på møterommet. Der finner jeg

listen min og en penn. Listene blir laget av en sykepleier, det er et møysommelig arbeid. Jeg tar meg en kopp kaffe som noen har laget og satt frem og begynner å sortere listen min.



Illustrasjon 4, klar til morgenmøte

Kjørelisten er en liste over dagens oppgaver fordelt på pleier. Listen er mitt viktigste arbeidsverktøy. Her står all overordnet informasjon jeg trenger. Hvem jeg skal til, adresse, telefonnummer, nøkkelnummer, hva jeg skal der i hovedtrekk. Det er alltid sykepleiere som lager kjørelister og fordeler oppdrag. Når man skal lage kjørelister er det mange hensyn å ta. Det finnes ulike verktøy som kan genere slike lister, men de klarer ikke å håndtere kompleksiteten og derfor går de ansvarlige alltid tilbake til å fordele oppdragene manuelt.

Ting man må ta hensyn til kan være:

- Tidspunkt, når ønsker brukeren besøk?
- Hvilken kompetanse kreves til oppgavene? Sykepleier/vernepleier/pleieassistent
- Religion som tilsier noen regler? Som for eksempel muslim kun kvinne stelle kvinne
- Ønsker: eks. stell av samme kjønn
- Preferanser på personer? Noen har preferanser på personer, enten som ikke liker noen eller liker noen spesielt godt. I Nederland var det en mann som ikke likte hun jeg gikk sammen med så han måtte velge enten var det hun som kom på besøk eller så fikk han ikke hjelp den dagen. Dette fordi de kun er en som går kveldslistene.
- Innimellom står det mindre tid eller mer tid på vedtaket enn det som er reel tid, dette huskes, og legges inn.
- Kjøretid til neste på listen

I tillegg til brukerbehovene har pleierne behov som må tas hensyn til:

- Klarer ikke tunge løft
- Kommer ikke over ens med bruker
- Vil ikke i hus der det røykes
- Vil helst til den eller den.

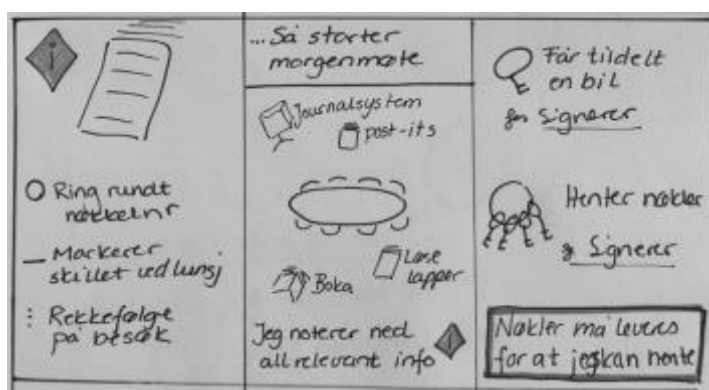
All denne informasjonen må huskes av sykepleieren som fordeler listene. Jeg har hørt kommentarer som ”å nei, skal hun jobbe da må jeg gjøre om på listene” og ”hun er på jobb det er bra, hun elsker tunge oppdrag”. Det å skulle fordele er ikke sett på som en enkel jobb

eller en morsom oppgave, det er like mye strev hver dag. Jeg har hørt kommentarer som ”nå tror jeg denne sudokuen er ferdig” og ”puh, ferdig, jeg måtte bare kaste inn de siste” Så kvaliteten og hensynene man tar når man setter opp listene blir litt tilfeldig. Dette er sammenføyningsarbeid, her sørger man for at alle pleierne totalt sett dekker alle brukerne. Samtidig er det informasjonsarbeid, Det er informasjonsformidling fra ansvarsvakten som lager listene til meg som pleier og det er min oppgave som pleier å ta i mot den informasjonen.

PÅ MORGENMØTE

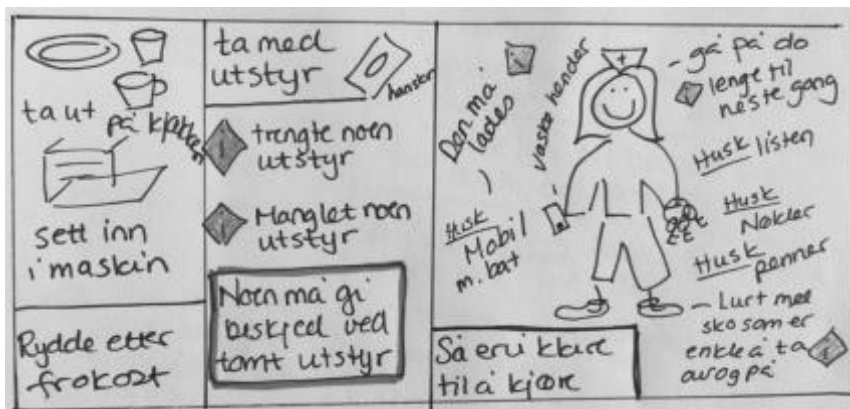
Morgenmøtet starter nøyaktig kl 08.00. Det er viktig fordi vi skal ut til brukerne, og mange ønsker besøk tidligere enn det de får, så da kan vi ikke somle ut. Under morgenmøtet leser ansvarsvakten, opp beskjeder fra alle informasjonskilder vi har. De har boken som hovedkilde, en bok, med beskjeder for dagtid og en bok med beskjeder for kveldstid. I boken er det samlet løse lapper og post-its. Lappene er det pleierne fra tidligere vakter som har skrevet. Innimellom må vi også henvende oss til journalsystemet hvis ikke lappene og hodene våre sammen gir fullstendig informasjon. Denne informasjonen er spesifikk for denne vekten, mens listene lages ut i fra standardiserte oppdrag, er dette i tilleggsinformasjon.

I løpet av morgenmøtet hender det veldig ofte at vi må bytte om på hvem som skal hvor. Dette er sammenføyningsarbeid. En er syk, eller en bruker trenger ikke besøk allikevel, da klippes det av en liste og teipes på en annen. Utfordringen her er å få gitt informasjon man allerede har fått om brukere som står på ens egen liste videre til andre. Det kan være små ting jeg ikke noterte som jeg husker når jeg kommer dit for eksempel. Jo flere ledd informasjonen må gjennom, jo større sjanse er det for at den mangler noe.



Illustrasjon 5, morgenmøte

Det er mye utstyr som trengs når man er ute på oppdrag. Å få med seg utstyret innebærer flere former for arbeid. Først trenger man informasjonen om hvilket utstyr det er behov for og så kan man hente det. Sykepleiere, helsefagarbeidere har nok enda mer utstyr enn det jeg har som ufaglært, som har å gjøre med det sykepleiefaglige arbeidet som skal gjøres. Oftest trenger jeg bare hansker og poser. Det er kjedelig å skulle skifte en bleie uten hansker og ikke ha en pose å kaste den i. Det handler også om omtanke for pasienten. Å sørge for at man får med seg det man trenger for å utføre slikt intimt arbeid og å kunne gjøre dette på en mest mulig diskret måte, er også en form for arbeid. For at utstyrsøkosystemet skal fungere må man si i fra så fort det nærmer seg tomt, slik at man får med nytt ut neste gang. Dette blir tilleggsinformasjon som ikke handler direkte om brukeren, og oppleves heller ikke som like viktig. Dette fører til at det lett kan glemmes, både å gi beskjed om at det mangler og glemme å ta det med til bruker.



Illustrasjon 6 Mye å huske

I BILEN PÅ VEI TIL BRUKER

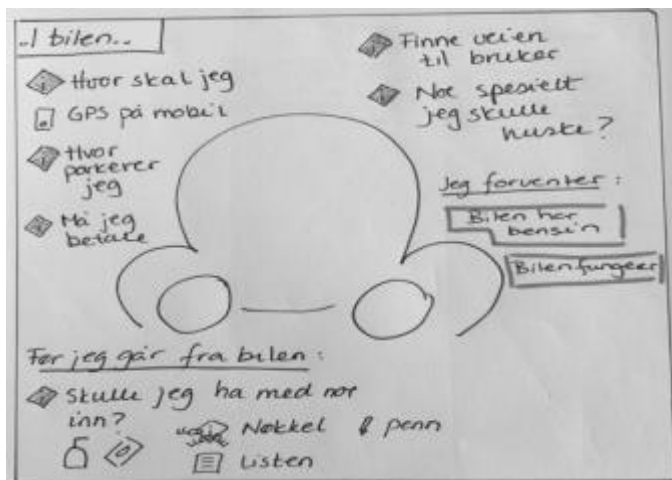
Når jeg har fått med alt jeg skal ha med og har vært på do, er det tid for å kjøre av gårde. Mye av dagen på den avdelingen jeg har vært ved tilbringes i bilen. De hadde for en tid tilbake hatt en gjennomgang der de skrev ned tidsbruk og ca. 2 timer pr pleier ble tilbragt i bilen hver vakt. Det er ganske mye. Det er ganske langt fra kontoret og ut til brukerne og relativt store avstander mellom flere av brukerne, derfor er det som skjer i bilen viktig. Bilturen er sammenføyningsarbeid, den er bindeleddet mellom primærarbeidet vi gjør.

Bilen må virke, det er første punkt. Men ofte er det ting som er galt, for disse bilene kjører mye og de blir kjørt ganske hardt. Når det er noe galt må bilen på verksted. Da må noen kjøre bilen til og fra verkstedet og være i dialog med dem. Dette er arbeid som må gjøres innimellom. Bilen må også ha bensin og spylervæske og den typen ting, og det må gjøres oftere og mer regelmessig. Jeg har til nå aldri gjort det, så det er helt klart noen som holder i

trådene der, selv om vi alle egentlig skal kunne gjøre det. Så når bilen virker og er full av bensin kan de egentlige oppgavene starte, ut til brukerne, jeg skrur på GPSen på mobilen min og kjører av gårde.

Når jeg skal til en bruker er det også noen ting jeg lurer på. Noen veien er stengt i rushen og da trenger man bomåpner. Må jeg ha bomåpner? Trenger jeg parkeringskort? Hvis vi har lånebiler, er ikke de standard parkeringskortene vi har fått av mange borettslag der, da må vi ta med selv. Noen steder har vi ikke parkeringskort, da må vi betale selv og sende inn bilagene for å få refundert. Og noen steder får vi parkere på brukernes egen parkeringsplass, eller vaktmesteren sin etter kl. 16. All denne informasjonen trenger vi.

Er det greit for brukeren at jeg parkerer rett utenfor, så alle kan se at hjemmesykepleien er der, eller skal jeg bruke parkeringsplassen rett borte i gaten? Kanskje vil brukeren helst at besøkene fra hjemmesykepleien foregår litt diskret, så ikke naboer og andre kan følge med hele tiden?

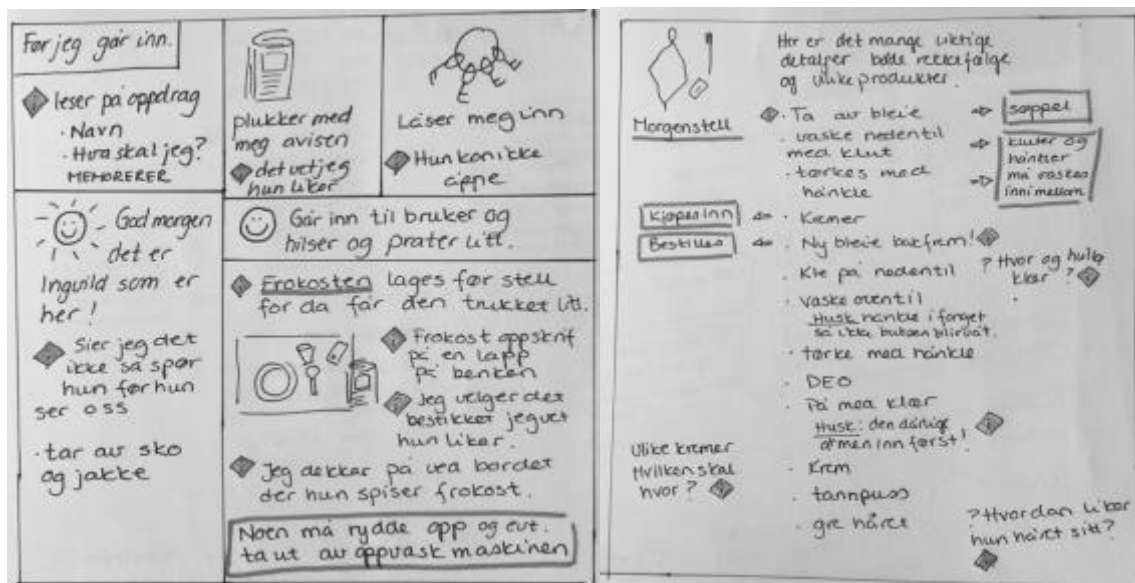


Illustrasjon 7, I bilen

BRUKER 1, MYE Å HUSKE OG MYE Å VITE

Jeg synes det er flaut hvis jeg må lese på listen min hele tiden. Derfor prøver jeg å memorere det som står der best mulig før jeg går inn til hver bruker, slik at jeg kan bare ta et blick når jeg tror jeg er ferdig for å se om jeg har husket alt. Jeg tror det er to grunner til dette. På den ene siden synes jeg det er flaut fordi det virker uprofesjonelt. Det virker som om jeg ikke vet hva jeg skal, og det skaper ikke tillit. På den andre siden kan det å ikke huske det som skal gjøres også virke lite respektfullt overfor brukeren, som kan få følelsen av å være en av

mange, og at møtet er noe upersonlig, kun en praktisk jobb. Å memorere kan derfor også være noe man gjør litt diskret av hensyn til brukerens verdighet, for at brukeren skal kunne føle at man er oppmerksom og til stede for han eller henne, og ikke skal føle seg tingsliggjort, som et punkt på arbeidslisten. Det er ingen som har sagt det til meg, men det er sånn jeg har opplevd det når jeg er pleier, og hvis jeg ikke husker feil er det en følelse som har fulgt meg fra pleierne som var hos mormor. Det at de stod der med blåskopser og jakkene på inne og leste på listene og lurte på hva de skulle gjøre der.



Illustrasjon 8 Bruker 1

Illustrasjon 9 morgenstell

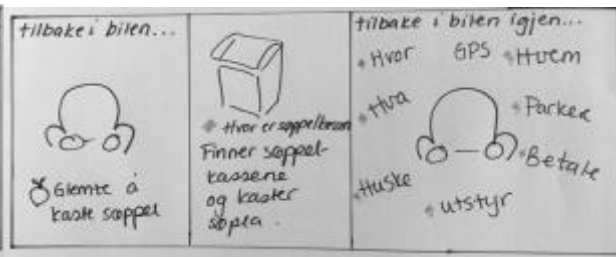
Men en liste må man ha, men alle detaljer står ikke på listen. På listen står kun et minimum av informasjon. Der står ikke diagnosen til vedkommende, eller hva de får hjelp til og hvorfor de trenger hjelp. Kun hva jeg skal gjøre der. Annen informasjon som jeg trenger er: hvor finner jeg ting, hvordan liker vedkommende at jeg gjør ting, eventuelt i noe spesiell rekkefølge. I noen hjem gjør vi mer enn i andre, kanskje på grunn av tiden, hvis vi uansett venter på at de er på do, titter vi over litt andre ting som vaskemaskin og slikt, mens andre steder går det i ett, og da kan vi ikke gjøre så mange ekstra ting, men det går også på behov. Hvis pårørende dekker den typen oppgaver som å sette på og ta ut av oppvaskmaskinen, er det informasjon som er fin å ha.

Og oppgavene henger sammen. Vi bestiller bleier for eksempel. Når de kommer, kommer de gjerne med nattbleier, dagbleier og kanskje tisselaken (kladd) i store esker. Dette er en sirkel av arbeidsoppgaver. For at vi skal slippe å kjøpe bleier så ofte og så blir det mye billigere for

brukeren, bestiller vi bleier. Da bestiller man mange og disse må oppbevares, Hvem sin oppgave er det å flytte disse store kassene og finne et sted der de kan oppbevares? Jeg var hos en dame som hadde fått sin første bestilling dagen før, 5 store kasser stod i gangen. Hun ønsket heller å vente til sønnen skulle komme om en uke, enn at jeg skulle ta det. Hos en annen ble tre store kasser stående i gangen, det var en relativt liten leilighet og man måtte åle seg forbi.



Illustrasjon 10 Andre oppgaver

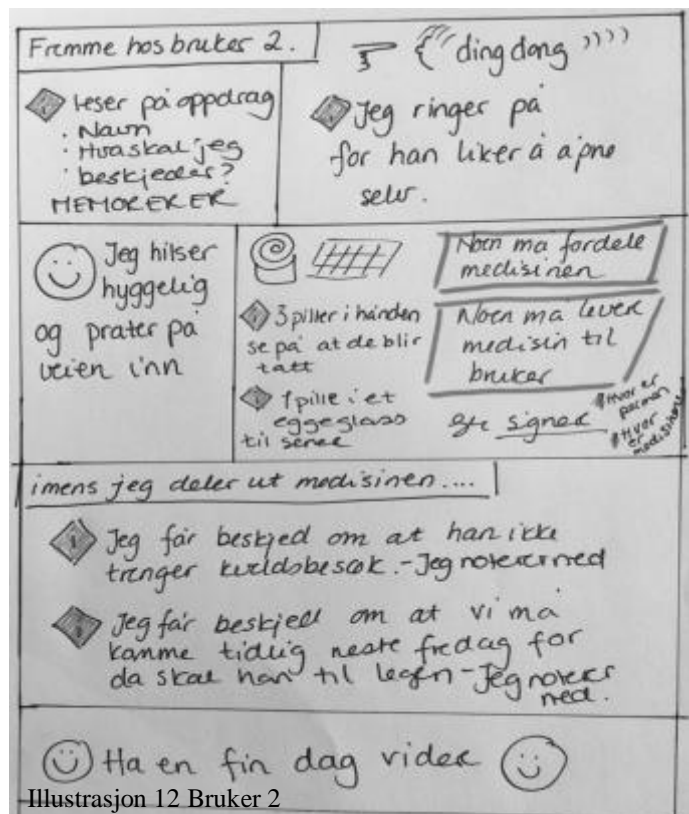


Illustrasjon 11 Glemte søpla

BRUKER 2, Å FÅ MED SEG BESKJEDER

Også her er det mye informasjon jeg skal vite og det starter allerede ved ringeklokken. Skal jeg ringe på eller låse meg inn? Jeg skal så vite hvor medisinene og permen er for å sjekke om det er riktige medisiner. Der etter må jeg vite hvordan han liker å få medisinene utlevert og hva han svelger de med. Alle som deler ut medisiner har tatt medisinkurs, også jeg. En ting er at vi vet hvordan medisinene skal deles

ut, og sjekkes osv. en annen ting er å vite hvordan brukeren liker å få sine medisiner. I et glass, i hånden, hva liker de å svelge det ned med, har de noen preferanser på slikt? Og mens jeg holder på med medisinene og vi prater om løst og fast kommer beskjedene fra brukeren. Beskjedene kommer ofte litt ad-hoc, og innimellom annen prat. Det å sortere, notere og formidle informasjonen blir derfor viktige arbeidsoppgaver. Og den oppgaven varer over tid, jeg må huske det helt til jeg er tilbake på kontoret og kan få

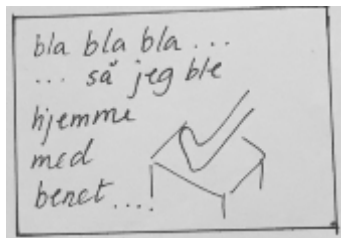


Illustrasjon 12 Bruker 2

skrevet beskjedene ned, eller gitt den muntlig. Utfordringen er å få beskjedene videre i systemet, og til de det gjelder.

BRUKER 3, Å LYTTE ETTER HINT

Neste mann på listen er naboen til bruker 2, så jeg rusler bare til huset ved siden av. Hun står allerede klar i vinduet og vinker når jeg kommer. Naboer i den alderen følger gjerne med på hverandre og vi kommer i biler som er merket med logoen vår slik at alle ser at det er oss. Hun kommer ned, åpner døren og skravler som en foss. Hun sitter og spiser frokost, så jeg slår meg ned sammen med henne. Dette er et arbeid som har med relasjonen til bruker å gjøre. Hun skal egentlig bare få øyendråper, så jeg har tid til å prate litt. Hun nevner plutselig i en bisetning at hun hadde blitt hjemme med benet sitt. Hun sa det omtrent slik: ”Ja, nå er det så lenge siden jeg har sett Katrine, vet du, hun som jeg møtte gjennom mannen min som jaktet



Illustrasjon 13 oppmerksom

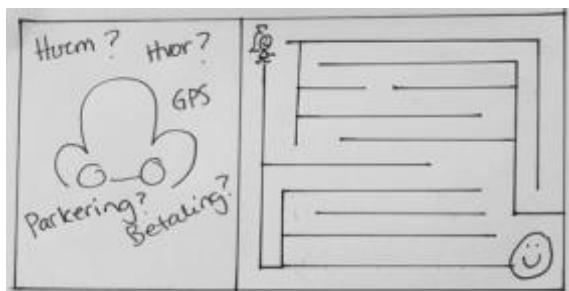
med mannen hennes, vi var naboer når barna var små. Vi pleier å møtes en gang i blant, og nå i går måtte jeg bli hjemme med benet mitt så da fikk jeg ikke møtt henne da heller. Neste gang tror jeg jeg lager snitter og inviterer henne hit isteden. Så kan vi sitte i hagen og drikke te” Å få med seg viktig informasjon midt i historien som ble fortalt krever fokus og oppmerksomhet. To

ferske studier som undersøker kommunikasjons-utfordringer mellom hjemmesykepleien og brukere viser at man må være oppmerksom for å få med seg hint i dialog med bruker. Det kan være subtile hint, gjentatte ord eller stillhet (Hafskjold et al., 2016; Sundler, Eide, van Dulmen, & Holmstrøm, 2016). Vi har alle ulike egenskaper, noen er gode på å oppfatte slike hint i omgivelsene, mens andre er ikke like gode. De ulike typene er lett gjenkjennelige, hun som alltid ser at du ikke har det bra, og han som ikke forstår at du er lei deg, selv om du mer eller mindre staver det for han. Men når dette er jobben din er det et krav at du er oppmerksom. Jeg visste heldigvis at hun har hatt blodpropp og at det derfor er litt ekstra viktig å ta sånne hint. Jeg får sett på benet og det ser bra ut, men jeg noterer det ned på listene allikevel. Grunnen til at jeg noterer det ned, er at jeg ikke helt kan vurdere om det er noe som det er viktig å følge opp. Det er derfor fint å få sagt i fra at hun har vondt slik at en som er kyndig kan se på det neste gang. Det jeg kan vurdere er at det ikke er noen bråhast, dermed tar jeg informasjonen med tilbake og lar det stå til neste skift. Ved neste skift kan man vurdere om man skal sende en sykepleier eller noen som kan vurdere det skikkelig. Jeg noterer det slik at man har informasjonen, for hvis hun fortsatt har så vondt i benet om en stund, er det fint å vite hvor lenge det har vart. Denne situasjonen utfører jeg arbeid av flere typer som går

hånd i hånd. At jeg tar meg tid til å høre og prate for å ivareta relasjonen, jeg registrerer nyttig informasjon og videreformidler dette videre, og jeg forsøker å gjøre dette på en litt diskret måte for ikke å uroe pasienten unødige, fordi jeg selv ikke har den nødvendige fagkompetansen til å drøfte dette med pasienten.

BRUKER 4, Å FINNE FREM

Nå skal jeg videre til bruker 4. De tre andre besøkene har gått fint, jeg er i rute og dagen er bra. Jeg skal nå til en mann som bor i et boligkompleks. Der er så mange veier at jeg går stadig vill, det er to parkeringshus og x antall blokker. Man kan gå fra parkeringshuset og rett opp, men jeg husker det aldri helt hvordan. Jeg har gått meg vill noen ganger, så jeg går en omvei; ut av garasjehuset, ut opp og rundt. Det er en omvei, men det tar kortere tid en å gå seg vill. Nå har jeg endelig lært meg veien. I det minste til, fra sliter jeg fortsatt med. Men



først må jeg betale parkering. Også det er en utfordring, for jeg må selv betale parkering, hadde jeg kunnet betale med parkeringsapp'en kunne jeg betalt for nøyaktig tid jeg er der. Men siden det ikke går fordi jeg må ha bilaget må jeg betale for nok tid. Så jeg betaler alltid for mye.

Illustrasjon 14 En labyrint

Og jeg har faktisk ikke levert det som bilag en eneste gang.

Når vi endelig har kommet meg frem til døren lurer jeg alltid på om vi skal vi låse oss inn eller ringe på? Eller begge deler? Jeg følte meg ganske dum en gang da jeg ringte på og ringte på en gang til, og kom inn og så viste det seg at damen er døv. Jeg har også ringt på to ganger hos en mann før jeg til slutt låser meg inn og der satt han i rullestol uten mulighet til å komme ned trappen for å åpne døren. Den informasjonen er viktig for å yte god service.

Her hos bruker 4 ringer jeg på og låser meg inn i samme håndvending, for å si nå kommer jeg, og så sier jeg et høyt "Hallo!". Han er dement, og liker å sove lenge, og da får han en forvarsel på at jeg kommer, slik at jeg ikke plutselig står på rommet hans. Klokken er nå nærmere 11 og brukeren ligger fortsatt i sengen. Jeg går inn til han og vekker han, det er litt som en tenårings. Han vil ikke stå opp og gjemmer hodet under dyna. Jeg bruker samme trikset som jeg gjør med mine egne barn, jeg sier at du kan få ligge litt til, men neste gang jeg kommer inn da må du stå opp. Riktignok er jeg usikker på om han husker at jeg sa det for 10 minutter siden når jeg kommer neste gang, men det gir meg god samvittighet og jeg er sikkert

litt mer bestemt i tonen så da pleier han å bli med ganske lett. Jeg benytter tiden til å lage frokost og sette på kaffe. Jeg lager brødsnivene med grønnsaker, slik at det ser ordentlig delikat ut, jeg heller oppi juice, vann. Jeg heller over kaffen på en kanne og en liten mugge med fløte. Jeg henter medisinene, tre glass de fordeles i og setter glassene med medisinene ved maten. Jeg setter det på bordet inne foran tv'en der han liker å spise frokosten sin. Så går jeg inn igjen, og denne gangen blir han med, vi går på badet og steller litt. Kroppen fungerer fint, det er hodet som ikke virker, så jeg administrerer mer hva han skal gjøre selv. Så går vi ut til frokosten. Jeg setter meg ned en liten stund til han er i gang og har tatt medisinene sine og så sier jeg takk for meg. Jeg tar med søpla når jeg går. Også her var det mange ting å vite, alt fra at han er doventyr, til hvordan han liker frokosten og hva man gjør på badet. Og alle detaljene rundt, som hvilket service han liker, hvor han vil sitte, rekkefølge som fungerer, hvilket skap glass står i osv. Å vite all denne informasjonen legger grunnlaget for en god relasjon.

BRUKER 5, DEN SURE PÅRØRENDE

Jeg kjører til neste bruker og parkerer utenfor huset. Hun er en oppegående dame som skal ha hjelp med støttestrømpene på grunn en operasjon. Hun bor sammen med mannen sin. Og han er ofte sur. Jeg kommer inn og sier "God morgen" og får svaret "morgen og morgen, fru Blom". Kona vil gjerne at vi kommer nærmere 12 noen av dagene, fordi hun ikke har planer



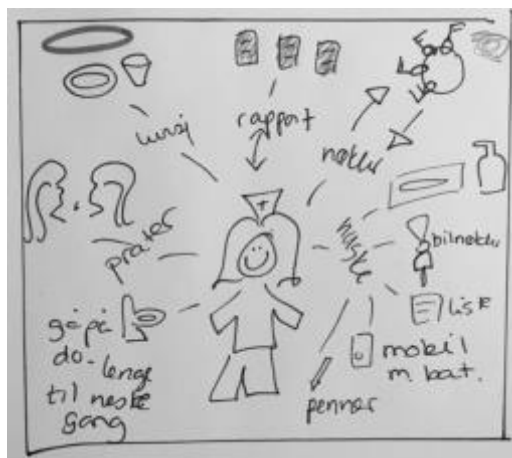
Illustrasjon 15, Sur mann

og har lyst på en lat morgen, mens mannen synes det er irriterende, og det får vi høre. Han kritiserer og gjør narr av kona si, ofte. Vi ser at hun både blir flau, lei seg og oppgitt når han slenger kommentarer. Hun unnskylder han og sier ting som "han bare er litt sånn". Hun er en morsom dame, så hun spøker med det. Det virker som hun synes det er vondt når han sier sånt, men godt å kunne le av det og være oppgitt sammen med oss. For det er rollen vi får. Vi blir veldig nære, og kommer tettere på virkeligheten, en virkelighet man kanskje bare vil holde for seg selv. I denne situasjonen er det viktig å bygge en god relasjon til brukeren, slik at hun kan le og spøke med oss. Det er også viktig å legge til rette for at personene skal mestre en fase med livsendring, både for kona og mannen, prøve å hjelpe dem å få det beste ut av situasjonen, kanskje prøve å få han til å innse at vi skal komme å hjelpe og at det er sånn situasjonen er nå, dessverre. Og siste, men ikke minst, er det viktig å være oppmerksom og legge litt arbeid i å gjøre dette på en litt diskret og skånsom måte, slik at ikke mannen blir surere og damen mer flau enn nødvendig.

RAPPORT, Å HUSKE ALT

Bruker nummer fem var siste på listen før rapport, så etter at jeg har vært der kjører jeg inn. Jeg henger på plass alle nøklene, og signerer de inn.

På rapporten forteller jeg at bruker nr 2 ikke trenger kveldsbesøk og må ha tidlig besøk neste fredag. Jeg forteller at bruker nummer tre har vondt i benet, så vondt at hun ble hjemme i går, sikkert greit om noen tar en titt. Og at mannen til bruker 5 var sur som vanlig – og alle humrer litt, for det er litt tragikomisk.



Illustrasjon 16 mye å huske 2

Etter pausen skal jeg til tre nye brukere, så jeg følger med på om det er noe spesielt med dem, og noterer ned. Jeg skal til en jeg ikke har vært hos før, så etter rapporten spør jeg om det er noe spesielt. Hun er dement, og fint om jeg kan se at hun spiser og sjekke om hun har spist frokosten. Og så skal jeg til en bruker der vi går to stykker, vi avtaler å møtes der kl 15. Bruker nummer tre er bare for å høre om alt er bra. Så jeg bytter om på bruker to og tre slik at jeg får den vi skal sammen om til slutt. Jeg henter nøklene, signerer de ut, går på do, vasker hendene grundig og går ned til bilen.

BRUKER 6, Å FINNE NÅLEN I EN HØYSTAKK

Jeg bruker GPSen og finner veien, parkerer utenfor huset, ringer på og går inn og roper ”Hallo!” Jeg vet ikke mer enn at hun er dement og at jeg skal sjekke at hun får spist. Hun sitter oppe i stuen. Jeg tar av meg på beina og går opp. Jeg hilser høflig, ”Hei, jeg heter Ingvild, så hyggelig å endelig få bli kjent med deg”. ”Å så hyggelig, jeg kjenner jo deg”, sier hun, og legger til ”Hvordan går det med Gunnar?” Jeg vet ikke helt hva jeg skal svare. Personer med demens kan bli lei seg når de merker de tuller litt, mens andre kan bli sure for de har rett. Noen forstår det uansett ikke, så da får man bare spille med. Jeg svarer at, kanskje jeg ligner på noen, for jeg har ikke vært her før. Og det godtar hun. Jeg spør om vi skal gå på do, og det vil hun gjerne. Hun lukter litt surt, så jeg spør om vi skal skifte, hun vil ikke, men jeg overtaler henne. Det viser seg at hun har bæsjet i bleien. Jeg befinner meg nå i et hjem jeg

ikke kjenner med en dement dame som ikke kjenner meg eller huset sitt særlig godt. Det vil si at hun kan nok sin vei rundt i huset, men spør jeg om hvor glass er, vet hun ikke. Og det oppleves litt som et dukkehus med mange rom og mange ting, du vet ikke hvor hva er og prøver å finne frem. Vi har nå funnet badet og skal dusje litt kjapt, jeg må finne håndkle, kremer, klær, bleie, såpe osv. Jeg åpner og lukker og roter rundt for å finne alt jeg trenger. Jeg



Illustrasjon 17, mange steder å lete

flyr i trapper og inn i rom. Til slutt har jeg alt vi trenger og får kledd på nye rene klær. Vi går opp på kjøkkenet, jeg ser at hun har spist opp nesten alt fra frokosten. Jeg gir henne en næringsdrikk, og så lager jeg mat, også der må jeg lete for hver ting, kopp, glass, tallerken, kniv, brødkniv, nei brød har ikke... å ja, jeg finner noe frossent i frysene, ferdig oppskåret. Jeg tar opp, finner brødristeren i et skap, smører ferdig, setter på kaffe og setter meg ned sammen henne mens hun spiser. Hun

spiser fort som om hun aldri har sett mat før. Hun skal få medisiner, de er låst ned i et skrin, men hvor er skrinet, jeg leter rundt, og finner det til slutt. Men hvor er permen? Permen er i et annet rom. Jeg finner frem medisinen og gir den til henne og signerer. Puh... Det føles som kaos, men relasjonen var god og jeg fikk gjort alle oppgavene. Jeg fikk til og med lagt de sure klærne til vask, det må jeg huske å si i fra slik at de blir hengt opp i kveld. Jeg tar med meg søppel, sier vennlig ha det og går videre. Her var utvilsomt et arbeid med informasjon som ikke var gjort, som mye energi gikk til praktiske oppgaver som jeg ikke hadde oversikt over, men også til å få en god relasjon til brukeren og til å gjøre jobben med å stelle henne og rydde opp så diskret og lite krenkende som mulig. Det siste krevde ekstra mye i denne situasjonen, fordi jeg ble så usikker da jeg manglet informasjon om det meste og ikke fant det jeg trengte for å utføre stellet raskt og enkelt.

BRUKER 7, UTSETTER

På grunn av dusjen har klokken blitt så mye at jeg drar rett til bruker 8, bruker 7 kan jeg ta etterpå.

BRUKER 8, SAMARBEID

Jeg parkerer utenfor kl 14.53 Jeg rakk det, fint. Jeg venter på Pål, pleier nummer to som skal være med. Mens jeg venter ringer en annen pleier, som er ferdig allerede og spør om vi trenger hjelp, sammenføyningsarbeid. Jeg sier at jeg har min ene bruker igjen, så hun kan godt dra dit. Hun trenger ikke nøkkel og kjenner oppdraget godt, så hun tar den. Pål kommer 15.10 kanskje jeg hadde rukket innom allikevel. Vi låser oss inn og roper ”Hallo!”. Her skal vi hjelpe brukeren på do og lage lunsj. Han liker best å få hjelp til intime ting av menn, så det prøver vi å imøtekomme så godt det går. Derfor går jeg inn i stuen og



Illustrasjon 18 Godt samarbeid

sier hei, og spør hva han vil ha til lunsj, mens Pål gjør seg klar til dobesøk. Han vil ha, hvis jeg kan, en liten salat med egg og pasta. ”Det skal bli”. Pål triller han ut på toalettet mens jeg går ut og lager lunsjen. Jeg setter på pastavannet først, så vann til egget med egg oppi. Jeg vet nøyaktig hvordan han liker egget sitt så jeg setter timeren på 7 minutter. I mellomtiden lager jeg salaten. Jeg tar det jeg finner i kjøleskapet som jeg syns er digg, for han pleier å like godt når jeg lager det sånn som jeg liker det selv. Pastaen i gryten, egget ut, pastaen ut og wops, så var det ferdig på ett kvarter. Jeg rydder opp på kjøkkenet, fra frokost og matlaging og ser om det er noe annet jeg skal gjøre. Så er de ferdige på toalettet. Han er strålende fornøyd med maten som alltid. Pål og jeg har vært her sammen før flere ganger, vi trenger ikke snakke så mye, vi har god kontroll på hvem som gjør hva, det er ikke mekanisk, men vi kan lese hverandres tegn godt slik at jeg ser hva han skal gjøre så jeg kan gjøre noe annet uten å utveksle det med ord. Brukeren er også veldig glad hver gang vi kommer. Han forteller og snakker om alt og er interessert i oss. Det får han også mulighet til når vi ikke trenger å snakke så mye om arbeidsoppgavene men kan utføre de mens vi er her og nå i samtalen. Vi sier ha det, tar med søpla og går. Her gjorde vi mye arbeid som både hadde med informasjon, relasjon, diskresjon, sykdomstilstanden og praktiske ting å gjøre.

TILBAKE PÅ KONTORET, AVLEVERE INFORMASJON

Jeg har på mine måneder ved dette kontoret ikke blitt trygg nok til å vite hvilken informasjon som skal skrives hvor, jeg har ikke fått noen ordentlig opplæring i det heller. Noe skal i endringsboka, noe skal i kveldsboka og noe i dagboka, og noe skal inn i journalsystemet. Det er kanskje litt dårlig av meg, men jeg har alltid fortalt informasjonen til noen, og så sier de evt. hva jeg skal gjøre. Jeg vil være sikker på at informasjonen er riktig og blir dokumentert



Illustrasjon 19 avslutter dagen

utført ulike former for arbeid som ikke alltid var like lett å utføre, blant annet å få til en god relasjon og ivareta hensynet til damens verdighet i den situasjonen og tilstanden hun var i. Det er ikke noe som skjer av seg selv, det krever oppmerksomhet, tilstedeværelse og faktisk også en del ekstra innsats. Vi noterer ned at hun luktet vondt, så vi må være nøye med å skifte om morgenen uavhengig av hva hun sier. Jeg sa ikke noe om det, men tenkte at dette måtte gjøres på en hensynsfull måte for at det skulle gå bra fremover.

Så er det dagens slutt. Vi leverer nøkler, bilnøkler, skravler litt, tar av uniformen og rusler hjem igjen.

BRUKEREN

At jeg kan skrive ordet brukeren i entall og mene alle er litt upresist. For det er ikke en typisk bruker, alle er ulike personer og alle har ulike behov. Selv om de skal ha hjelp til det samme er oppdragene ulike. Selv om både fru Trost og fru Stær skal ha hjelp til å ta på

riktig. For meg er det dumt å skrive at fru Jensen ikke trenger besøk i morgen i dagboka, for listen skal allerede være lagd i morgen og det er info som er fin å ha når man lager lister og lignende. Siden jeg ikke har full oversikt over alle slike ting har jeg tenkt det er bedre å få en dobbelt sjekk på det. Når jeg forteller om ettermiddagen får jeg masse ros for at vi fikk dusjet bruker 6, den demente damen, og fikk av henne klærne, for det er det ikke alle som får. Og at jeg fikk tid. Dette opplevde jeg også som en anerkjennelse av at jeg hadde

støttestrømper, vil den ene vil ta på støttestrømpene på badet mens hun sitter på doen, mens den andre vil at jeg henter strømpen som henger til tørk på badet og at jeg hjelper henne å ta dem på mens hun sitter i stolen sin i stuen. Den ene liker at jeg spør om hvordan det går, og letter hjertet sitt, mens den andre er litt mer stille og forteller om barnebarna. Den ene har støttestrømper etter blodpropp, den andre etter operasjon. Dessuten pleier vi alltid å ta med avisen inn til fru Stær om morgenen, det liker hun veldig godt, mens fru Trost liker turen selv og har hentet den for mange timer siden.

Brukerne er like ulike som to menn på gaten. Selv om de har det tilfelles at de får hjelp fra hjemmesykepleien, er de ulike både i preferanser, bosituasjon, interesser, lynne og alder. Og vi skal møte alle de ulike brukerne på best mulig måte hver dag.

Jeg vet for eksempel at Kristiansen blir veldig glad når jeg setter telefonen til lading, Turid setter pris på at jeg smører kremen litt ordentlig godt inn og ser på det som spa, fru Eger setter pris på at man husker å ha melken i en liten kopp ved siden av kaffen og Trond liker når han får kaffen i yndlingskoppen. Videre foretrekker herr Sortland når vi lager frokost først slik at den får stått litt før han spiser, Trine liker at vi ikke lukker døren helt når hun er på do, Jens liker at vi slukker lys i rommene vi ikke er i, mens Fie vil at alle dører skal lukkes. Brukerne har mange preferanser, og det å oppdage og ta hensyn til disse, er en viktig del av arbeidet i hjemmesykepleien.

Mange av brukerne får hjelp fordi de er demente, noen har psykisk utfordringer, mens andre får hjelp fordi kroppen svikter mens hodet er fullt oppe og går. Der hvor hodet er fullt til stede, vil mange også ha ting på sin måte. For oss er det kjekt å ha samme rutiner hos alle, vi pleier å ha klutene sortert på knagger, klutene oppe brukes på overkroppen og klutene nede brukes på underlivet, da er det enklere å gå fra hjem til hjem, på den andre siden er det viktig at brukeren får bestemme i sitt eget hjem. Det er en spenning mellom system og selvbestemmelse.

Vi liker å ha ting, spesielt i vårt eget hjem, på vår egen måte. La meg bruke meg selv som eksempel. Hvis jeg skal ha eggerøre ønsker jeg ett eller to egg, rørt i en bolle med salt og pepper. Det stekes i smør på middels varme mens man rører heletiden, tar den av varmen og på tallerkenen før den har blitt hvit-gul, men fortsatt er gul og litt rørende. Hvis jeg skulle komme i en situasjon hvor jeg måtte ha hjelp av hjemmesykepleien til å lage mat, og pleieren

skulle lage eggerøre til meg, ønsker jeg meg eggerøre på min måte. Her har vi flere scenarier som jeg ser for meg.

1. Hver pleier lager eggerøre på sin måte, og synes at de er veldig greie og strekker seg langt for eggerøre er ikke det enkleste å lage.
2. Pleieren vil lage eggerøre slik jeg liker det, og jeg må forklare hvordan det skal gjøres hver gang og føler meg til bry.
3. Pleieren vil lage eggerøre slik jeg liker det, og jeg må forklare det hver gang, og det er mange forskjellige pleiere, og sammen med alle andre ting som jeg også må forklare hver gang, gjør det meg sliten, sur og irritert.
4. Det er få pleiere innom meg, og nå har jeg lært dem å lage min eggerøre og de slipper å spørre meg mer.
5. Den første pleieren gir en god beskrivelse av min eggerøre på min side i en teknologisk løsning slik at pleierne kan lære av hverandre og slipper å spørre meg.

PÅRØRENDE

Det jeg beskriver her er min dag, og det er langt mer arbeid som gjøres. Vi har både kveldsvakter, nattevakter, pårørende, venner og naboer som også gjør oppgaver selv om vi ikke alltid tenker over det. Min dag er en arbeidsdag, mens pårørende gjør et arbeid ved siden av sine arbeidsoppgaver. Noen er pensjonister og ektefeller, mens andre er arbeidende barn. Her illustrerer jeg ulike og typiske former for arbeid knyttet til å hjelpe brukere basert på samtaler med mange pårørende.

Hyppige besøk i en hektisk hverdag

Datteren til herr Holstad beskriver samværet med sin far: ofte på besøk, rutinepreget for å få plass i en hektisk hverdag. Han er behjelpelig og tar seg tid.

- På tirsdag og torsdag spiser jeg middag med far, jeg kommer stort sett hjem til ham. Vi har en hyggelig og sosial tid, og gjør selvfølgelig litt praktiske ting også, som å rydde, sortere, handle inn hvis det er noe ekstra han trenger og lignende. På tirsdager får han jo matvarene sine, så da pakker vi ut og setter dem inn. På søndager kommer far oftest til oss på middag, hvis formen tilsier det da, selvsagt.
- Ellers tar jeg meg stort sett fri når han skal til legen eller liknende, både fordi noen må jo følge han, men også fordi han ikke helt husker hva som har blitt sagt, så da er det greit at jeg er med så vi får litt kontinuitet i det.

Hverdagslige møter

Sønnen til fru Solstad beskriver samværet med sin mor: Ofte på besøk, er naboer så det blir hverdagslige møter, enkelt å ta med på middag og ordne ting.

- Vi er jo naboer, så jeg klipper gress, og ordner i hagen og lignende. Det orker hun ikke selv lenger. Ellers har vi jo betalt ekstra til en privat hjemmetjeneste så de steller litt ekstra med henne. Vi prøver å følge opp, så godt vi kan. Jeg er nok innom hver dag tenker jeg. Om så bare med avisen, eller for middag e.l.l. Hun spiser nok hos oss i hvert fall et par-tre fire ganger i uken. Og så kommer jo søsteren min også på besøk.

Fiksern

Mannen til fru Krogh:

- Jeg er jo pensjonert, så jeg ordner det meste, Jeg handler inn og jeg rydder og vasker opp. Vi har fått hjelp til å vaske huset og det er veldig bra, for det har alltid vært Astrid som har gjort det. Jeg legger frem og prøver så godt jeg kan å lage minst mulig trøbbel for dere. Om morgenen venter vi til dere har vært her og så drar jeg ofte ut på et ærend.

Det er mange ulike brukere, pårørende, venner og bekjente som utfører ulike typer arbeid. Det er flere brukere som også har assistenter, som er ansatt og får betalt for å være der, noen på praktiske ting, andre som selskap. I tillegg har mange, ja de aller fleste, praktisk bistand til vask av hus, handling og liknende. Alle disse oppgavene og menneskene skal vi koordinere vårt arbeid i forhold til.

Pårørende som deltar

Berit er 83 år gammel, hun får hjelp til å ta medisiner, morgenstell og dusj en gang i uken. Berit bor sammen med mannen sin, han er 88 år gammel, har vondt i knær og rygg men vil gjøre det meste selv. Vi kom inn i hjemmet fordi det tok for mye på å klare alt selv, så barna ønsket at faren skulle få litt avlastning. Vi merker hans engasjement når vi er der, og det er veldig hyggelig. Han steller og styrer og ordner og får nå, siden vi er der og avlaster, til det med god energi. Han legger frem håndklær og kluter og setter frem de såpe- og kremproduktene vi skal bruke. Han ønsker å rydde opp etter oss også, slik at vi skal la håndklær og kluter ligge, han setter kremer og såper på plass igjen. Når vi hjelper til med dusjen kommer han inn og lurert på om vi har det vi trenger. Han finner frem både penn, perm og medisin slik at vi kan lett gi og signere for medisinene. Han tilbyr ofte en kopp kaffe også når vi er der.

Han blir på en måte vår organisator når vi er der, og den jobben tror jeg er kjempeviktig også for ham. Han er i kontroll over sitt liv, livet til kona og mestrer det utmerket, samtidig som han hjelper oss med vårt arbeid, noe som får han til å føle seg nyttig.

Det er nok ikke alltid lett å forstå situasjonen eller forstå hvorfor han ønsker å gjøre alt selv. Er det stolthet? er det mestring? er det omsorg? det kan være som mangt. Og det kan være avgjørende for hvor mye vi burde bidra med i hjemmet. Kanskje tør han ikke eller vil ikke spørre om hjelp, fordi det er flaut å ikke få til. Da kan det være viktig å normalisere situasjonen, slik at vi kan hjelpe han så de får en best mulig hverdag. Kanskje trenger han å hjelpe til for selv å føle mestring og få energi til det, og da er det viktig at han får lov å hjelpe slik at han kan føle seg nyttig og ikke tilsidesatt. Disse behovene må bli dekket før vedtaket fattes. Når vedtak først er gjort og vi skal inn i hjem med pårørende er den informasjonen viktig for oss omsorgsarbeidere. Skal vi henvende oss til pårørende for å få en klut, en saks eller det vi trenger, eller skal vi ta for oss rote i dere skuffer? Det handler ikke bare om vår bruker sine behov og brukerens hjem, men om begge sine behov og begges hjem.

Pårørende som skygger banen

Man er veldig ulike, hjemme hos Gunnar har vi samme vedtak, medisin, morgenstell og dusj en gang i uken. Her ønsker kona Turid å åpne døren selv og er alltid hyggelig, men så skygger hun banen helt, hun har lagt frem det vi trenger på forhånd. Vi ser henne knapt mens vi er der, likevel dukker de samme spørsmålene opp, skal vi spørre om en klut eller en saks eller skal vi rote rundt i skap og skuffer selv? Hvorfor skygger hun banen, er hun redd for å gå i veien for oss, føler hun at vi invaderer hjemmet hennes så det er bedre å holde avstand, eller liker hun tiden for seg selv, og benytter den til noen minutters frihet som man kan kjenne igjen fra småbarnsperioden. Eller er det mannens behov for å ikke vise at han trenger hjelp hun dekker ved å trekke seg unna? Her er det vanskelig men også viktig å forstå hvorfor hun gjør som hun gjør, så vi kan møte hennes behov på best mulig.

I begge situasjonene bruker vi ikke våre vanlige systemer med fire knagger der vi har klut til oppe og nede og lite håndkle til oppe og nede, slik at vi kan bruke samme klut og håndkle mange ganger, og skylder og henger opp. Her innfinner vi oss i brukerens hjem og respekterer deres egne ønsker om system.

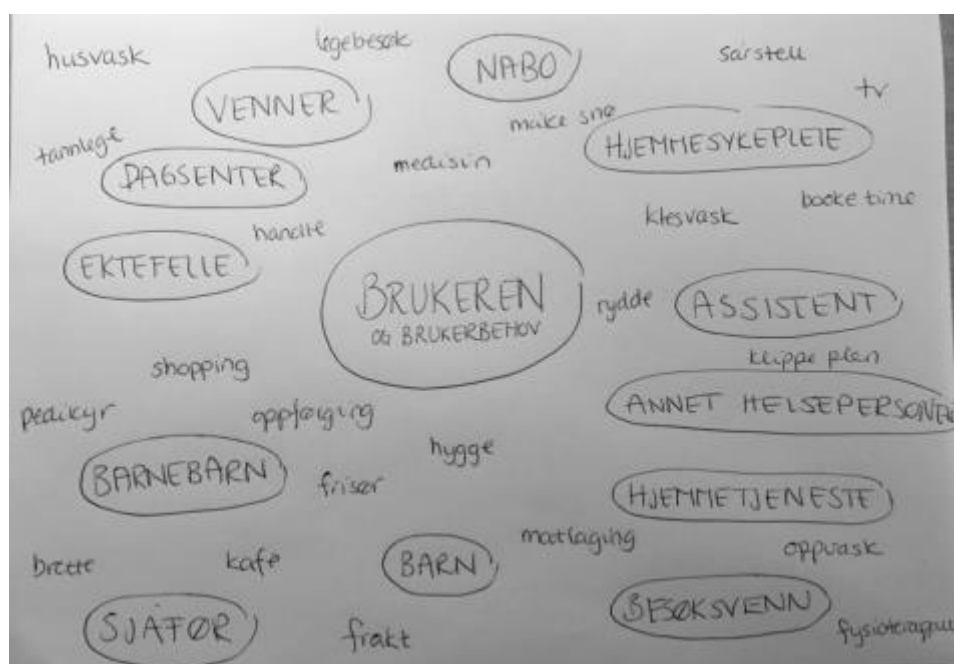
Pårørende som skulle ønske vi ikke var der

Situasjonen kan også være mer komplisert, for eksempel hvis man har en pårørende som både blander seg, trekker seg unna og er litt sur. Hva vil han egentlig? Denne situasjonen skjer kanskje der man er litt mer usikker på hvem sine behov som går først, brukerens eller den pårørendes. De samme spørsmålene dukker opp også her når vi trenger en klut til, skal vi spørre eller lete i deres skap og skuffer. Hvis vi spør får vi kanskje en kommentar om at vi burde da finne det selv. Leter vi får vi kanskje en kommentar på at vi ikke skal kikke i deres ting. Man får en følelse av at situasjonen ikke helt har sunket inn hos den man er hos, de har ikke akseptert at de trenger hjelp og at vi er der og prøver å finne en løsning. De lever i en slags mellomsituasjon der det uansett ikke er bra, for man skulle helst sluppet å ha behov for at vi er der, en situasjon som dessverre ikke er mulig. Å forstå den pårørende er vanskelig og viktig også i denne situasjonen. Kanskje vi til og med å skulle hjelpe den pårørende til å forstå situasjonen selv og klare å kommunisere tydeligere hva de ønsker og hvordan vi best kan hjelpe til når situasjonen er som den er. Vi skal komme inn i huset to ganger om dagen hver dag og hver uke hver måned i flere år. Det å hjelpe den pårørende å forstå situasjonen selv er også arbeid. Det er viktig å gjøre slike overganger så gode som mulig, å møte brukeren men også den pårørende og deres behov. Å møte brukeren vil kanskje til og med si å ta et møte om hvordan man ønsker å ha situasjonen. Hvis det blir gjort er viktig at resultatet av blir formidlet til oss pleiere, for hvis det er enighet mellom en leder og pårørende og vi pleiere ikke vet det og så gjør feil, vil det være til stor irritasjon og egentlig et tillitsbrudd mellom pårørende og oss.

DET STORE NETTVERKET

En studie som søker å redusere stress for pårørende som yter omsorg av eldre, var overrasket over hvor stort og komplekst dette nettverket er og hvor stor innvirkning det har på livene til de som yter omsorg (Consolvo et al., 2004). Jeg har også sett dette nettverket av pårørende venner naboer, sjåførere, hjemmetjenesten og mange, mange flere. Det er ulikt fra hjem til hjem og oppgavene de utfører og ansvaret de føler kan være alt fra veldig stort til veldig lite. Jeg har ikke klart å tegne et flettverk (Gasser, 1986) over hvordan det faktisk henger sammen, da det er så komplekst, selv de ulike omsorgsgiverne er ikke alltid klar over hvor mye pleie brukeren trenger (Consolvo et al., 2004). Dette er et lappeteppe, det finnes ingen god oversikt over det arbeidet som pårørende faktisk gjør, Jeg har illustrert noen av de ulike aktørene og noen av oppgavene på Illustrasjon 21, dette flettverket er det vi søker å støtte med teknologi.

Noen brukere har mye støtte rundt seg, de både benytter seg av tilbudene som er der som dagsenter, sjåførtjenester, hjemmesykepleie, besøkesvenner i tillegg til naboer, venner og familie. Her vil oppgavekjedene krysses og overlape hverandre mye, og helheten er vanskelig å få tak på. Det er kanskje ikke så stort behov for det heller fordi brukeren selv har ordnet så mye hjelp og sitter med en slags kontroll av alle kjedene, brukeren selv sitter mye på sammenføyningen av alle kjedene. Brukeren vet for eksempel at naboen kommer innom på tirsdag så da kan hun henge opp den vasken som barnebarnet satte på. Og sønnen kommer på onsdag så da kan han skifte den pæren. Og sånn fordeles små oppgaver utover slik at det både ikke er for mye, og alt blir gjort. Der det er en ektefelle er det gjerne ektefellen som administrerer hvis ikke brukeren selv gjør det. Hos andre brukere er det ingen pårørende i det hele tatt de har bare noen venner som forsvinner etter hvert som de blir dårlige og oss. Her er det vi som har oversikten over nettverket og alle kjedene, og som koordinerer dette sammen. Da er det vi som bestiller, kjører, gjør i stand passer på at alt er tenkt på. Vi har også de der det er en kombinasjon, det er ofte demente som ikke klarer å holde i trådene selv, men som har mange pårørende rundt seg, der kan det bli forviklinger innimellom, der noen oppgaver faller igjennom, Noen oppgaver man ikke tenker over, som er usynlige frem til de ikke blir gjort. Da gjelder det å finne ut hvor den oppgaven burde ligge, er det hjemmesykepleien, familien eller hvem burde gjøre det fremover. Nettverket er ulikt rundt alle, og det er mange oppgavekjeder mange mennesker og mange oppgaver.



Figur 1 Det store flettverket

2 E ANALYSE: HOVEDFORMER FOR ARBEID I HJEMMESYKEPLEIEN

Mine observasjoner og erfaringer i steg 1 av analysen, beskrevet over (2c og d), kan oppsummeres i seks ulike hovedformer for arbeid sykdomsarbeid, hverdagsarbeid, informasjonsarbeid, diskresjonsarbeid, relasjonsarbeid og sammenføyningsarbeid. Fire av disse er beskrevet i litteraturen, mens to er resultat av analysen i studien min. Corbin & Strauss identifiserte tre former for arbeid som brukeren selv gjør i hjemmet, *sykdomsarbeid*, *hverdagsarbeid* og *livsendringsarbeid* (Corbin & Strauss, 1985). Som det går frem av fortellingene over har jeg sett at dette er former for arbeid som vi i hjemmesykepleien også gjør. Det er oppgaver vi samarbeider med brukeren selv og pårørende om å få gjort. Gjennom mitt eget arbeid og mine observasjoner har jeg funnet tre andre former for arbeid som ser ut til å ikke være belyst som arbeid tidligere, nemlig det jeg vil kalle

- a) *informasjonsarbeid*, som handler om å få, gi og ha den informasjonen som trengs for at situasjonene skal være gode,
- b) *diskresjonsarbeid*, som handler om det usynlige arbeidet som ofte må gjøres for å ivareta hensyn til brukerens verdighet og integritet, og
- c) *relasjonsarbeid*, som handler om å bygge og bevare gode relasjoner med brukere og pårørende. Livsendringsarbeid ser jeg som en viktig del av relasjonsarbeidet.

Denne kategorien i Strauss & Corbin's inndeling mener jeg hører inn under denne kategorien fordi det i hjemmesykepleien trengs så mye støtte fra hjemmesykepleien for å få til dette. Det dreier seg ikke om en kronisk sykdom der en person kan arbeide seg frem mot bedre funksjon – kanskje nesetn frisk. I hjemmesykepleien dreier det seg om å bidra til at pasienten opprettholder og begrenser reduksjon av den funksjonen personen har.

I tillegg kommer *sammenføyningsarbeid*, som er noe som foregår hele tiden, som jeg har beskrevet i teoridelen og der det er et stort potensiale for å utvikle teknologi som kan ivareta dette.

Steg 2 av analysen har altså fremkalt tilsammen seks hovedkategorier av arbeid. Disse kan analyseres videre i underkategorier av arbeid. Sykdomsarbeid kan for eksempel ha underkategorier som diagnostisering, kriseforbygging og medisinerings (Corbin & Strauss, 1985). Diskresjonsarbeid kan for eksempel bestå i å vise respekt, utføre oppgaver så usynlig som mulig og å anstrenge seg for å fjerne spor som bruker eller pårørende vil kunne skamme

seg over. Relasjonsarbeid kan bestå av underkategorier som å etablere kontakt, lytte etter hint og motivere for livsendring. Her skal jeg ikke gå videre inn på dette, men holde meg til hovedkategoriene, og kommer tilbake operasjonalisering av disse i neste del av oppgaven der jeg utvikler kvalitetskriterier.

Alle seks formene for arbeid henger også tett sammen, overlapper hverandre og er avhengige av hverandre. Det er analytiske distinksjoner som man ikke lett kan se med det blotte øyet, dels fordi de ofte er innvevd i et flettverk av arbeidsoppgaver, dels fordi de inngår i sammenhenger med usynlig arbeid som ofte er basert på taus kunnskap. Nå skal jeg kort si litt om de ulike formene før jeg viser hvordan en handling kan være mange former for arbeid.

1. SYKDOMSARBEID

Sykdomsarbeid handler om alt arbeidet man må gjøre for å bli frisk (Corbin & Strauss, 1985) Hos oss i hjemmesykepleien er det ikke en sykdom men mange ulike sykdommer. Det er ikke alltid en sykdom heller, men det å ikke klare selv av ulike grunner. Sykdomsarbeid kan sees på som det som dekkes av tiltaket. Det du trenger hjelp til av ulike grunner. Det kan være alt fra å lage mat, sette sprøyter, gi medisin, stell osv.

2. HVERDAGSARBEID

Hverdagsarbeid er arbeid som vi alle må gjøre for å få husholdningen til å fungere (Corbin & Strauss, 1985). Det kan være vaske hus, lage mat, re opp seng typisk husarbeid, men også det å ta vare på hverandre i hverdagen, ekteskap, barn osv. For hjemmesykepleien er dette mest husarbeid. Men også bistand til å få andre ting gjort.

3. INFORMASJONSARBEID

Informasjonsarbeidet må gjøres av alle ansatte kontinuerlig for å holde seg selv og andre tilstrekkelig informert for å sikre at arbeidsoppgavene blir utført. Godt informasjonsarbeid dreier seg likevel ikke bare om god organisering av arbeidet, det handler også om å få kartlagt hva det som har verdi for brukeren. Kanskje en liker agurk på brødskiven, en annen setter pris på å få åpne døren når pleieren kommer. Derfor mener jeg at informasjonsarbeidet også bidrar til å danne grunnlag for tillit mellom brukeren, de pårørende og hjelpeapparatet. Jeg vil også si at informasjonsarbeid som sådan blir grunnlaget for relasjonsarbeid.. Det handler om å få all den tause kunnskapen de ulike pleierne sitter på opp og delt med hverandre. I dag støtter datasystemene kun en liten del av dette arbeidet; dokumentasjonsarbeid.

4. DISKRESJONSARBEID

Diskresjonsarbeid kan defineres som de mange tause og mer eller mindre usynlige aktiviteter man i hjemmetjenesten utfører ut fra hensyn til brukerens eller pårørendes integritet og verdighet. Det kan være snakk om alt fra hvordan man parkerer bilen og leverer utstyr til hvordan man opptrer i brukerens hjem eller behandler brukeren i intime situasjoner.

Diskresjonsarbeid er de oppgavene man utfører mentalt og fysisk for å unngå å påføre brukere og pårørende skamfølelse eller andre former for krenkelser, ofte usynlige oppgaver som ikke kan måles eller telles, men som har med hensynsfullhet å gjøre og som kan være avgjørende for om brukeren opplever god kvalitet eller ikke.

5. RELASJONSARBEID

En positiv relasjon skaper ikke seg selv. For å skape en positiv relasjon må en person som arbeider i hjemmetjenesten – i tillegg til de andre formene for arbeid – også bruke energi på å være høflig, oppmerksom, lyttende, bekreftende og interessert. Dette arbeidet kaller jeg relasjonsarbeid. Relasjonsarbeid er viktig for relasjonen, og for utførelsen av arbeidet.

Relasjonsarbeid kan, sammen med de andre formene for arbeid – kanskje særlig informasjonsarbeid og diskresjonsarbeid – legge grunnlaget for en positiv relasjon med brukeren. Og en positiv relasjon med brukeren legger grunnlaget for refleksjonsarbeid som kan hjelpe brukeren i sitt livsendringsarbeid. En form for relasjonsarbeid som jeg har opplevd flere ganger, er det jeg vil kalle speilingsarbeid. Med det mener jeg det å se den andre slik at den andre virkelig føler seg sett og forstått. Kanskje er dette den mest avanserte eller høyeste formen for relasjonsarbeid, ved at det kan hjelpe noen mentalt i deres livsendringsarbeid. Hva jeg mener med spillingsarbeid kan vises gjennom Bjørn Eidsvåg sin sang "Eg ser".

Eg ser at du e trøtt,
Men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg
DU må gå de sjøl,
Men eg vil gå de med deg,
Eg vil gå de med deg.

Eg ser du vil gi opp,
Men eg kan ikkje leva livet for deg.
Du må leva det sjøl,
Men eg vil leva med deg,
Eg vil leva med deg.

Eg ser du har det vondt,
Men eg kan ikkje grine alle tårene for deg.
Du må grina de sjøl,
Men eg vil grina med deg.
Eg vil grina med deg.

Eg ser at du e redd,
Men eg kan ikkje gå i døden for deg.
Du må smaka han sjøl,
Meg eg gjer død til liv for deg,
Eg gjer død til liv for deg
Eg har gjort død til liv for deg.

Vi kan ikke gjøre livsendringsarbeidet for brukeren, men vi kan gjøre det med dem, som sangen til Bjørn Eidsvåg beskriver så sårt. Å støtte en person som går gjennom livsendringsarbeid kan være vanskelig for pårørende. Pårørende har ofte nok med sitt eget livsendringsarbeid i kraft av å være pårørende, og kan kanskje derfor ikke møte sin bruker og hjelpe dem videre. De vil kanskje gråte når brukeren er klar for å le fordi de holder på med sitt eget arbeid. Men vi i hjemmesykepleien, vi kan støtte. Vi kan prøve å hjelpe brukeren gjennom det på en mer profesjonell måte. Vi kan i stor grad gjennom våre møter påvirke hvordan brukeren har det og hvordan de tenker om seg selv. Vi kan prøve å forstå brukeren og speile deres følelser og hjelpe dem videre gjennom selvinnsikt og refleksjon. Det er en type arbeid som er veldig viktig fordi det å gjøre livsendringsarbeidet alene kan være vanskelig, og ikke alle pårørende vil eller evner å bidra. Også dette er en viktig oppgave i hjemmesykepleien. Støtte brukeren med sitt livsendringsarbeid, også dette er relasjonsarbeid.

6. SAMMENFØYNINGSARBEID

For at brukeren skal oppleve god kvalitet og at rett tjeneste leveres på rett sted til rett tid, må alle disse formene for arbeid må sammenføres, og det er et arbeid i seg selv. Den enkelte hjemmesykepleiers tid og oppmerksomme tilstedeværelse er avgjørende for å kunne utføre arbeid med kvalitet, det være seg sykdomsarbeid, hverdagsarbeid, informasjonsarbeid, diskresjonsarbeid eller relasjonsarbeid. Man må beherske ulike former for arbeid og bruke tiden man har på rett måte, til å bli kjent, gi hjelp, informere, vise forståelse, være diskret, kunne speile og støtte brukeren i sin situasjon. Dette er en kombinasjon av flere former for arbeid på et høyt nivå. Jeg vil ikke sette speiling som en egen form for arbeid, men jeg ønsker å belyse det som noe å strekke seg mot.

En handling – mange former for arbeid

Skille mellom oppgavene kan være vanskelig eller umulig å se, men det er analytiske distinksjoner som kan være nyttige og til hjelp for å oppdage og se klarere viktige hensyn og for å kunne utføre arbeidet med god kvalitet. Ved å bli bevisst de ulike formene, de ulike tankerekkene, kan man også bli mer oppmerksom på betydningen av de ulike formene for arbeid og kan utføre dem på en god måte. Det er ikke til å stikke under en stol at opplevelsen av hva som er nødvendig og hva det er behov for er veldig ulikt. Selv setter jeg en standard jeg mener er passende, den er høy, men jeg vil vise og argumentere for at det er rett. Noen mener at man ikke trenger noe særlig informasjon om brukeren for å gjøre godt arbeid, og at man for eksempel ikke trenger å vite at fru Hansen har en sønn som er rusmisbruker for å dele

ut medisin. Jeg tenker at våre oppgaver ikke bare er å dele ut medisin. Vi skal også se mennesket, støtte personen og være i forkant av behov denne personen har og vil få.

En agurkbit kan bety så mye

Hos en bruker kan oppdraget være å lage frokost. Da er det (1) *sykdomsarbeid* å lage frokost. Hos bruker fire danderte jeg maten med grønnsaker slik at det skulle se delikat ut. Når jeg skal lage tre brødsiver, kan jeg dele de i to, ta på tre ulike pålegg, for eksempel skinke, leverpostei og ost, og ha agurk på leverposteien, drue på osten og paprika på skinken for at det skal se innbydende ut. Det tar litt ekstra tid, men maten ser plutselig fristende og delikat ut. Ved at jeg gjør det, har jeg gjort mange former for arbeid. Det er som nevnt sykdomsarbeid siden det er oppgaven min. Det er også sykdomsarbeid ved at brukeren kanskje spiser mer fordi maten ser delikat ut og smaker bedre. Ofte sliter mange av brukerne med manglende matlyst og den blir den ofte stimulert av å spise sammen med noen. Det kan være (4) *Diskresjonsarbeid* hvis situasjonen er slik at brukeren sliter med å holde og klare å spise av en hel skive, så jeg deler den opp både fordi da får personen det til og det kanskje kan beskytte personen mot en følelse av skam, for eksempel over ikke lenger klare alt. Det er (5) *relasjonsarbeid*, fordi jeg strekker meg litt ekstra, brukeren ser at jeg gjør meg flid med maten og setter pris på det. Kanskje jeg setter meg ned sammen med brukeren i et par minutter, fordi jeg ser at personen er ensom og trenger det. Matlaging krever opprydding og det er (2) *hverdagsarbeid*. Men det er også sykdomsarbeid hvis man gjør det ikke bare for å rydde opp etter seg selv, men fordi brukeren ikke får det til selv, som for eksempel med min mormor som fikk hjelp til å lage mat, men de ryddet ikke etter seg. Og hun trengte hjelp til matlaging ikke fordi hun ikke kunne lage mat, men fordi hun ikke kunne stå oppreist. Men det kan også være relasjonsarbeid ved at jeg ser noen ekstra behov for eksempel ser at oppvaskmaskinen er full og tømmer den, eller tørker over, rydder opp, kaster muggent pålegg fra kjøleskapet og tar ut søppel. Ikke minst er (6) *sammenføyningsarbeid* og (3) *informasjonsarbeid* viktig hadde vi ikke drevet med sammenføyningsarbeid ville jeg ikke vist hvor jeg skulle hva jeg skulle osv. Så sammenføyningen av oppgaver er tilstede hele tiden. Mens informasjonsarbeid handler om at jeg får og henter den informasjonen jeg trenger for å utføre oppgavene.

De ulike formene for arbeid kan gå over i hverandre, du kan nødvendigvis ikke dele opp hjemmesykepleier arbeidet i disse seks og skille dem fra hverandre og la være å gjøre deler av arbeidet. Men du kan bruke dem til større forståelse for arbeidet som foregår, og bevisstgjøring rundt hva som er viktig å tenke på når det kommer til kvalitet.

DEL 3 KVALITETSKRITERIER

I denne delen skal jeg prøve å konkretisere noen evalueringskriterier. I første del (a) drøfter jeg kvalitetsbegrepet inkludert informasjonskvalitet som er grunnlag for evalueringskriteriene. I andre del (b) presenterer jeg Dreyfus og Dreyfus(1980) sin femtrinns modell for kompetanseutvikling som er særlig relevant for evaluering i hjemmesykepleien, fordi det ofte er mange ufaglærte vikarer som har ansvaret for tjenester som også ideelt sett krever høy kompetanse. I tredje del (c) presenterer jeg funnene jeg har gjort knyttet til kvalitet, og til slutt i del (d) presenterer jeg arbeid og kvalitet, og til slutt de evalueringskriteriene jeg har kommet frem til.

3A HVA ER KVALITET?

I denne delen vil jeg først se på lovverket og forskrift for kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, så se litt på hva kvalitet er. Dette er viktig for min undersøkelse fordi målet er å skape et grunnlag for å lage teknologi som kan støtte hjemmesykepleierne i deres arbeid og samtidig skape kvalitet i tjenesten for bruker og pårørende. Etter det vil jeg illustrere og synliggjøre kvalitet, mangel på kvalitet og utfordringene med kvalitet gjennom situasjoner jeg har opplevd og reflektere litt rundt det før jeg samler dette i et forslag til en sjekkliste eller prosedyre for kvalitet.

KVALITETSFORSKRIFTEN FOR PLEIE OG OMSORGSTJENESTENE

Forskriften (*om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*) skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskriften, 2003).

Kvalitetsforskriften lovfester at kommunene skal lage prosedyrer som sørger for kvalitet. Det er en oppgave eller prosedyre jeg ønsker å legge til. Det er prosedyren for selve kvaliteten. Ved å definere kvalitet som noe konkret og ha fokus på dette ved hvert besøk, vil vi kunne sikre og bedre kvaliteten. Min sjekkliste eller prosedyre søker nettopp å sikre dette. Så hvis man følger alle prosedyrene som blir laget av de enkelte kommunene for å sikre kvalitet i

oppgavene, og så følger min sjekkliste eller prosedyre for kvalitet for hvert besøk vil kvaliteten bli bra nok.

<p>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.</p> <p>Fastsatt ved kgl.res. 27. juni 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9 og lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og § 4-6. Fremmet av Sosialdepartementet.</p> <p>§ 1. Formål Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførelse.</p> <p>§ 2. Virkeområde Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres. Dersom deler av disse tjenestene utføres av private, skal kommunen ved avtale sikre seg at denne forskriften også blir fulgt i den private partens utførelse av tjenestene.</p> <p>§ 3. Oppgaver og innhold i tjenestene Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:</p> <ul style="list-style-type: none">• tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes• det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten• brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.	<p>For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none">• oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet• selvstendighet og styring av eget liv• fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat• sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet• følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold• mulighet for ro og skjermet privatliv• få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)• mulighet til selv å ivareta egenomsorg• en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser• nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand• nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene• tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov• tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise• tilpasset hjelp ved av- og påkledning• tilbud om eget rom ved langtidsopphold• tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. <p>§ 4. Ikrafttreden Denne forskrift trer i kraft 1. juli 2003. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 27. februar 1997 nr. 358 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9.</p>
---	---

Figur 2 Kvalitetsforskriften

KVALITET I HJEMMESYKEPLEIEN

For lite tid og sviktende kvalitet i hjemmesykepleien er en kjent sak (Berge, 2015; Connell & Skiphamn, 2011; Johansen, 2014; Nøra, 2015). Både pårørende, brukere og hjemmesykepleiere og også forskere ytrer seg i det sosiale rom om hvor ille eldreomsorgen er (Lillemoen, Haugen, Albrigtsen, & Lyngved, 2014). Fokuset på forskning og fra politikere er mye på kvalitet, og ønsket om økt kvalitet og behovet for mer tid går hånd i hånd i

diskusjonene. Opplevelsen av liten tid i hjemmesykepleien synes rett og slett å være et uttrykk for å ikke ha mulighet til å gi god nok kvalitet på tjenesten.

Kvalitet er et vanskelig ord, og betyr egentlig bare ”egenskap”. Man snakker og skriver om kvalitet, men hvilke gode egenskaper man snakker om er ofte ikke klart. Det er kvalitet i helsesektoren, kvalitet i skolen, kvalitet i maten, kvalitet i stoffer. Kvalitet er jevnt over et positivt ladet ord som sier at noe er bedre enn alternativene. Hva vi synes er god kvalitet kan være veldig individuelt.

En annen form for kvalitet som vi som hjemmesykepleiere ikke skal utføre, men støtte opp under og ha som mål for brukeren er livskvalitet. Livskvalitet er mer en bare god helse (Farquhar, 1995) ”Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement” (Folkehelseinstituttet, 2013). Verdens helseorganisasjon har 6 domener med mange underkategorier: fysisk, psykisk, selvstendighet, sosiale relasjoner, omgivelsene og spirituelle, religiøse, personlig tro (WHOQOLgroup, 1995). Livskvalitet er en viktig verdi, da de med høy livskvalitet ser ut til å være bedre rustet til å takle tøffere tider og er mindre mottakelig for psykisk sykdom (Folkehelseinstituttet, 2013). At brukeren skal ha så høy livskvalitet som mulig burde være vårt mål for kvalitetsarbeidet.

Helseøkonomen Sverre Grepperud (2009) definerer kvalitet i helsetjenesten som noe som må defineres av brukerne:

Helsetjenestekvalitet er alle forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukerne selv (pasientene og deres pårørende), fra det tidspunkt behandling ønskes til den er avsluttet, gitt at brukerne har tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold (Grepperud, 2009).

Jeg syns at Grepperud (2009) sin definisjon av helsetjenestekvalitet er god fordi den setter brukeren i sentrum og legger vekt på at det er brukeren og hva som verdsettes av hver enkelt bruker og de pårørende som er viktig og det sentrale. Overført på hjemmetjenesten dekker definisjonen hans prosessen helt fra behandling ønskes, altså fra før hjemmesykepleien trer inn, helt tilbake til kontaktpunktene hvordan få hjemmesykepleier og hvem skal man velge. Og helt til det avsluttes enten når behovet går over, når brukeren flytter eller dør.

Grepperud (2009) foreslår fire kategorier for kvalitet, omsorgskvalitet, medisinsk kvalitet, fasilitetskvalitet og varighet. *Medisinsk kvalitet* handler om forbedring av helse som følge behandling, forebygging og lignende (Grepperud, 2009). I hjemmesykepleien er det ikke alltid man jobber med forbedringer, for at man blir eldre er ikke så ofte så mye å gjøre noe med, men det jobbes mye med hjelp til selvhjelp og forebygging. Faktorer som har betydning for den medisinsk kvaliteten er helsepersonellens utdanning og erfaring, fagmiljø, organisering og adgang til medisinsk utstyr. Omsorgskvalitet defineres av som et resultat av hvordan omsorgsyttere opptrer med eksemplene: ”møtes med respekt, får svar på spørsmål, informeres om relevante forhold samt at personalet opptrer omsorgsfullt” Grepperud har i sin definisjon de elementene som jeg i analyse av type arbeid har kalt : informasjonsarbeid, diskresjonsarbeid og relasjonsarbeid.

Fasilitetskvalitet handler for Grepperud mye om fasiliteter som enerom. Men i hjemmesykepleien vil det kanskje handle om fasiliteter som gjør at du kan bo hjemme, slik som hjelpemidler, hjemmesykepleie, ergoterapeut, fysioterapeut hjem osv. *Varighet*, det siste punktet, vil være litt annerledes generelt i helsesektoren enn i hjemmesykepleien, for hjemmesykepleien er ikke en behandling du skal gjennom. Den er for mange noe relativt stabilt over tid i livet, og kan ikke vurderes på tid fra du fikk hjelp til du er ferdig behandlet. Men varighet i form av nok tid til å utføre god kvalitet er viktig i hjemmesykepleien.

Det er et element jeg ønsker å argumentere for at er viktige i hjemmesykepleiekvalitet, det er informasjonskvalitet, som Grepperud har tydelig i sin definisjon, men som han ikke har som en egen kvalitetstype. Jeg foreslår også derfor 4) informasjonsarbeid som krever informasjonskvalitet.

Ansvar for kvalitet i praksis ligger hos pleierne og ansvaret for at pleierne kan gi kvalitet ligger hos lederne og kommunen. Pleierne må ha nok ressurser til å utføre kvalitet. *En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet handler om kvaliteten på hvert enkelt tiltak, men også om at tjenesten som helhet bidrar til flest mulig leveår med god helse*”(Meld. St. 10 (2012-2013), 2013, p. 8) . Her ser vi at gjennom kvalitet i hvert tiltak ønsker man å få til flest mulige leveår med god helse. Hva kreves for å sikre mange leveår god helse? Norske statsborgere har vi rettigheter i folketrygden. Har vi et behov for pleie i eget hjem har vi rett på det. Så fort noen trenger pleie i eget hjem er ansvaret kommunen sitt. Det vil egentlig si at kommunen står til

ansvar for mitt daglige arbeid når jeg er ute som pleier. Og at vi sammen som mål har at brukeren skal få flest mulig leveår med god helse. Hvordan kan vi sammen skape det? I kvalitetsveilederen som støtter kvalitetsforskriften står det: ”Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov” (Kvalitetsveilederen, 2004).

Her stilles det krav til helheten av egenskaper en enhet har. Med andre ord er det i mitt daglige arbeide et ansvar om å utføre oppgaver i tråd med egenskaper hele enheten har. Dette stiller ganske klare føringer til rapporten. I rapporten må jeg fortelle om uttalte behov og underforståtte behov slik at vi som enhet kan ta tak i det som skulle være noe å ta tak i. Klarer jeg som ufaglært vikar se hva som burde rapporteres?

3B FRA NOVISE TIL EKSPERT – HVEM SER HVA?

Kompetanse og ferdigheter er forutsetninger for å utøve god omsorg i hjemmesykepleien. Dette er en usikker faktor i hjemmesykepleien der 21-34% ufaglærte, 42-47 % er hjelpepleiere; og bare 24-33% sykepleiere (NSF, 2009). Jeg har kommet inn som ufaglært; og det jeg har observert er med utgangspunkt i min dobbeltrolle; som masterstudent i forskeropplæring og som ny uten helsefaglig utdanning. For å kunne sette mine observasjoner i perspektiv i forhold til kompetanse vil jeg først presentere teori som beskriver ulike stadier fra novise til ekspert og senere bruke denne teorien til å reflektere rundt hvem som kan utføre hva slags arbeid til gitt kvalitet.

Kvalitet handler mye om hva den som er pleier gjør, og oppfører seg. Hva den ser og hvordan man takler situasjoner. Hvordan kan jeg som ny bli god? Og hvilke egenskaper krever det? Dreyfus & Dreyfus (1980) fremsetter en femtrinnsmodell om hva som skjer når du går fra novise til ekspert. De har identifisert fire mentale funksjoner: erindring, erkjennelse, beslutning og ”awareness”. Så har de delt opp kompetanseutviklingen i fem nivåer: nivå (1) novise, nivå (2) den kompetente, nivå (3) den dyktige, nivå (4) eksperten og nivå (5) mesteren. For hvert nivå går en av de mentale ferdighetene fra sin primitive tilstand til en mer sofistikert tilstand. Og som mester er alle de fire mentale tilstandene blitt sofistikerte (se tabell 3 nedenfor). Denne femtrinnsmodellen har Benner (1984) brukt og tilpasset til sykepleie. Hennes inndeling ser for meg veldig lik ut, med unntak av at hun har delt Dreyfus og Dreyfus

sin Novise i to, novise og avansert begynner. Jeg gjør også det, for å skille på en som er under opplæring og en som er ute alene.

Nivå 1- Novise

”Novisen har ikke erfaring med situasjonene han eller hun skal utføre oppgaver i” (Benner 1984, p. 128). Instruksjoner du kan få er begrenset til ting du kan kjenne igjen og forstå uten erfaring (Dreyfus & Dreyfus, 1980).

Typiske ting du kan forstå og kjenne igjen uten erfaring, kan være ting du kjenner fra andre situasjoner, i hjemmesykepleie er det ganske mange ting, sånn som å pusse tennene, varme Fjordland, rydde opp osv. Dette er da ting de kan forklare og snakke ut i fra. Det er her man er før og under opplæringen. Under opplæringen blir man litt kjent med mange av situasjonene man møter og det ruster deg opp og gjør det klar til å gå ut på egenhånd.

Nivå 1.2 – Novise- Avansert begynner

Etter opplæringen er man en avansert begynner, man kan utføre oppgaver på akseptabelt vis, men ikke noe særlig mer enn det. Du har nå vært med på nok ekte situasjoner til å se eller se ulike aspekter ved situasjonen (Benner, 1984). Du vil også kunne utføre oppgaver etter et sett med regler eller som vi kaller det prosedyrer (Dreyfus & Dreyfus, 1980).

I hjemmesykepleien har vi mange situasjoner og mange oppgaver. En ting er de konkrete oppgavene som å ta på støttestrømper, morgenstell eller lage middag. Men alle oppgavene utføres i mange ulike situasjoner, i mange ulike hjem og hos mange ulike mennesker. Så selv om jeg har tatt morgenstell hos fru Trost betyr ikke det at jeg vet hva det vil si ta morgenstell hos herr Jensen. Både fordi tingene deres vil være plassert ulike steder, badene vil ha ulike funksjoner, de vil ha ulike preferanser, de vil ha ulike behov. Så i hjemmesykepleien kan man være Novise ganske lenge. Man må lære og oppleve ganske mye før man går over til neste nivå.

På morgenmøtet gir de nok litt ulike oppgaver eller instruksjoner ut i fra hvem som har fått tildelt oppgaven. Til en ekspert ville de kanskje sagt ”Fru Hansen, der skal vi følge med på høyre benet”, mens til en avansert begynner ville de kanskje sagt ”Fru Hansen, der skal vi følge med på høyre benet, kan du se på benet om det er hovent ut og om fargen er jevn og normal og om hun er varmere der enn ellers.” og kanskje de til og med putter inn en

forklaring ”vi skal følge med på benet siden hun har litt vondt, det har vært litt hovent og hun har hatt blodpropp tidligere”

Nivå 2- Den kompetente

Når man begynner å kjenne konteksten, og forstå situasjonene man er i gjennom erfaring er man over i neste nivå. Kompetanse. Måten man forstår hva som blir sagt på morgenmøtet er ikke lenger kontekst-fritt. Man forstår hva pleier Turid mener når hun sier at hun brukte lang tid på å legge herr Lom i dag og at han nok er sliten i morgen. Fordi man vet at herr Lom ofte drikker ganske mye og da tar det lang tid å legge han. Man vil også kunne se at fru Hansen er dårligere form i dag enn hun pleier å være, eller herr Furu er mer surrete en han pleier. Man begynner å få et grunnlag til å forstå situasjonene man er i. Man tilegner seg kompetanse i situasjonene man etterhvert kjenner.

Nivå 3- Den Dyktige

Den dyktige går fra å ha en oppstykket forståelse av situasjonene man er i til at man begynner å forstå helheten og man forstår og vet om de langsiktige målene og jobber der etter. Man vet at fru Trost skal gjøre mest mulig selv under morgenstellet selv om hun klager litt og det tar mye lenger tid, det er fordi hun skal opprettholde egenfunksjon. Det kan virke hyggelig og der og da som om man gjør en god jobb hvis man hjelper henne med sokkene, men det hjelper lite hvis man da om tre måneder også må hjelpe henne med buksene fordi hun ikke klarer å bøye seg og på den måten hjelper til å gjøre henne dårligere.

Nivå 4- Eksperten

Beslutningene til eksperten går fra å være analytiske til intuitive. Der den analytiske vil gå trinnvis gjennom for å finne ut hva som burde gjøres vil eksperten kunne si hva som skal gjøres med en gang. Eksperten er ikke lenger avhengig av disse reglene de har fulgt hele veien, prosedyrene er noe man følger men kanskje uten å se på dem. Man har kunnskapen og erfaringen om situasjonen slik at den er automatisert. Kanskje man ser på oppdraget som en slags kalender, slik at man husker hvis det var noe uten om det vanlige som dusjedag, men bare du ser oppdraget vet du hva og hvordan det skal gjøres. På den måten kan man være ekspert hos noen pasienter men Novise hos andre i hjemmesykepleien.

Nivå 5- Mesteren

Når man kjenner alt man skal gjøre, man er ikke usikker på noen ting, man bruker ikke energi på å rote i skap, eller spørre brukeren om unødvendige ting, da skjer på en måte oppgavene

man skal gjøre av seg selv har mentalkapasitet til å ta inn andre ting. Når man ikke lenger trenger å følge bevisst med men man bare får det med seg, man absorberer det som en svamp. Kanskje man har morgenstell hos fru Trost, og uten å bevisst sjekke om bena hennes har det bra, er det noe man bare registrerer uten å tenke over at man gjør det. Og plutselig en dag så er høyre benet større. På den måten kan man være i forkant av mye og se symptomer tidlig.

Jeg har oversatt Tabell 3 som viser integreringen og utviklingen av mentale funksjoner og kompetanse nivå, fra novise til mester. Her ser vi at de mentale funksjonene; erindring, erkjennelse, beslutning og "awareness" går fra en mer primitiv tilstand til en mer sofistikert tilstand som mester (Dreyfus & Dreyfus, 1980, p. 15).

Mental funksjon	Novise	Kompetent	Dyktig	Ekspert	Mester
Erindring	ikke-situasjonsbestemt	situasjonsbestemt	situasjonsbestemt	situasjonsbestemt	situasjonsbestemt
Erkjennelse	oppstykket	oppstykket	helhetlig	helhetlig	helhetlig
Beslutning	analytisk	analytisk	analytisk	intuitiv	intuitiv
Awareness	overvåkning	overvåkning	overvåkning	overvåkning	absorbent

Tabell 3 Fra Novise til Ekspert

Praksis

Hvordan kan man være mester i en helt ny situasjon? Man har aldri vært hos noen før og skal inn å gjøre en mesterlig innsats. Du kan gjøre en mesters første møte, men det vil alltid være et første møte. Jeg tror ikke man kan mestre alle arbeidsformene som en mester første gang. For selv om man har vært hjemmesykepleier i 20 år og har masse erfaring vil et hvert nytt menneske være en ny situasjon. Praksis er regelstyrt og normstyrt aktivitet, noe vi lærer og som vi etter hvert kan mestre gjennom hardt arbeid (Schmidt, 2011). En aktivitet har en start og en slutt, slik et besøk har en start og en slutt, mens praksis er totalen av disse aktivitetene (Schmidt, 2014). Man kan være mester i praksis altså en god praktiker, uten at det er krav om at et første møte aldri skal skje, for det må det jo nødvendigvis. En god praktiker har bedre forutsetninger til å være bedre på et førstemøte enn en novise og en god praktiker vil fort mestre alle arbeidsformene i et nytt hjem.

En god praktiker lærer seg over tid gjennom hardt arbeid normer og regler, prosedyrer og planer for arbeidet (Schmidt, 2014). Det vil si en god praktiker har over tid med mye øvelse

lært seg å utfører arbeid med tilfredsstillende kvalitet. En god praktiker vil lettere kunne gjenkjenne en situasjon fordi han eller hun har vært i mange liknende situasjoner tidligere.

Vi har nå sett på kvalitetsforskriften og hva kvalitet er og hvem som kan utføre kvalitet, fra en novise til en mester. I neste del skal jeg illustrere og argumentere for hvor behovene er og hvilken kvalitetsstandard som man kan være fornøyd med i hjemmesykepleien. Dette innebærer hvilke normer, regler prosedyrer og planer hjemmesykepleien trenger for å utføre god praksis. Deretter vil jeg spesifisere kvalitetskrav i form av en sjekklister.

3C ARBEIDSFORMER OG KVALITET

”Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov” (Kvalitetsveilederen, 2004).

I denne delen skal jeg utvikle en sjekklister for kvalitet i praksis for hjemmesykepleien med utgangspunkt i de seks hovedformene for arbeid beskrevet i 2e, og drøftelsen av kvalitetsbegrepet og kompetansenivåer over (del 3a og 3b). I utvikling av kriteriene legger jeg særlig vekt på krav i Kvalitetsforskriften og Grepperud’s beskrivelse av ulike former for kvalitet, og forsøker å operasjonalisere disse kravene med utgangspunkt i mine egne observasjoner, erfaringer og samtaler med pårørende, brukere og pleiere på ulike kompetansenivåer i praksis. For å begrunne operasjonaliseringen av kvalitetskravene trekker jeg inn en del ny empiri i tillegg til det som er presentert i kapittel 2, og dokumenterer dette dels med bilder og tekstutsnitt fra observasjonsdagboken. Tanken med disse utsnittene er også å konkretisere hvordan kriteriene kan være direkte relevante for å vurdere hva som kan være god praksis, dårlig praksis og utfordringer i tjenestene. Disposisjonen følger de seks formene for arbeid som jeg identifiserte i del 2.

1. SYKDOMSARBEID

Sykdomsarbeidet kan bli sett på som oppdraget vårt, prosedyrene våre, det vi er der for å gjøre: gi medisin, lage mat, stell osv. Hvilke oppgaver vi utfører når vi gjør sykdomsarbeid avhenger mye av utdanning, jeg som ufaglært gjør mange oppgaver som kan være hverdagsarbeid, vask, mat osv. mens sykepleiere setter sprøyter, renser sår, medisinerer osv, Dette er det som for alle vil bli sett på som våre primærarbeidsoppgaver. Det er prosedyrer.

En novise kan utføre arbeid etter en prosedyre men heller ikke mer enn det. God praksis vil være å i visse tilfeller kunne avvike fra prosedyren der det er medisinsk nødvendig, der andre behov bør gå foran. En mester vil tolke symptomer intuitivt ut i fra erfaring, og vil vite hva man skal gjøre med det. Hvis det hadde vært en god praktiker, en mester og ikke jeg som var på besøk hos damen som hadde blodpropp den gangen det ble meldt inn avvik, ville ambulansen vært ringt til med en gang, vi ville ikke gått gjennom tre skift og gitt feil beskjed.

2. HVERDAGSARBEID

Når man jobber i hjemmesykepleien skal man selvfølgelig følge prosedyrene som er laget for å sikre kvaliteten i oppgavene vi gjør. Da skal man gi rett medisin, man skal gi tilfredsstillende stell, ta av støttestrømper, man skal varme den maten som er i kjøleskapet. Men hva med alle arbeidsoppgavene som hører til oppgavene? Når du har laget og servert maten, hvem rydder opp etter deg? Når du har tatt av støttestrømpene, hvem vrenger de og skyller dem? Hvem skyller kluter og tørker over vasken etter morgen stellet og passer på at klutene byttes ut innimellom? Hvem trekker ned i doen når en bruker med dostol har vært på do? Når min mormor hadde hjemmesykepleie fikk hun på et tidspunkt hjelp til å få laget middag, og på den tiden var de i overgangen mellom å lage eller varme mat så det var litt begge deler. Grunnen til at mormor trengte hjelp til å lage middag var fordi hun hadde problemer med å stå uten å støtte seg og spesielt over tid. Utfordringen med matlagingen var at hjemmesykepleien etterlot all oppvasken, det var ingen som ryddet mens de jobbet. De lot alt rotet være og det krevde ofte mer å rydde opp etter dem enn det var å lage maten selv, så da lagde hun maten selv. Og mange tenker kanskje at klarer man det selv, skal man jo gjøre det selv. Men hun fikk hjelp på grunn av risiko for fall. Man kan se på det litt sånn at man har 100% hvis du bruker 30% av det du har på å lage middag, 10% frokost, 20% lunsj, og 10% på hver do tur klarer du kanskje ikke komme deg på do selv tilslutt fordi du er så sliten eller faller og får en alvorlig skade. Det handler litt om hvilke oppgaver skal man prioritere å klare selv, for man får ikke til alt. Hvis hun for eksempel skulle til legen en dag, var det selvsagt krevende den dagen, men også dagene i forkant tok det energi fordi man må planlegge hvordan man skal få det til, man uroer seg for det meste, alt fra om man klarer å komme seg av gårde og om hjemmesykepleien har fått med seg at jeg skal til legen, eller kommer de til å lure på hvor jeg er? En god praktiker er var for slike sammenhenger, og dekker de behov som er der.

3. INFORMASJONSARBEID

Informasjonsarbeid er arbeidet hjemmesykepleier gjør for å ta i mot, hente og velge ut den informasjonen som er viktig for nettopp deg og dine brukere, vi kan se på det som å kunne overlevere en god rapport. Hvilken informasjon skal videre, hvilken informasjon trenger du når du skal ut. En novise klarer kanskje å notere ned konkrete beskjeder, Mens en god praktiker klarer å skille gull fra gråstein i informasjonsberget, En god praktiker vil klare å lese mellom linjene, ta hint og forstå hva man skal med informasjonen og hvilken mening den gir. Informasjonsarbeid er all informasjon vi trenger for å utføre de andre arbeidsformene.

Nøkkelen til hvem sitt liv?

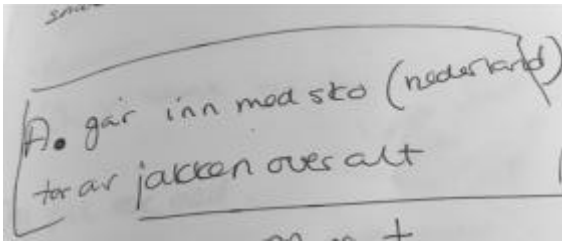
Jeg kommer til et hus jeg aldri har vært i før, jeg skal lage mat og gi medisin til herr Hulden. Jeg låser meg inn, og roper Hallo! Ingen svarer, ikke uvanlig, mange av brukerne hører dårlig eller sover når vi kommer. Da begynner jeg å lete, i et nytt hus, uten å vite noen ting. Jeg går i hovedrommene, stuen, kjøkkenet, og så begynner man å åpne dører. Hva som er bak døren vet jeg ikke, innerst inne frykter jeg en død person. Man begynner å gå fra rom til rom og leter. En kollega åpnet en gang døren til et rom der det lå en ung mann og sov. Informasjonen om at noen har en leieboer kan spare alle for slike situasjoner, samtidig som du kan møte de som er der på en bedre måte. Jeg kunne også kommet inn i huset og der sitter kona og spiser frokost, da hadde det vært hyggelig å kunne si, Hei Fru Hulden, Jeg heter Ingvild, hvordan har du det i dag? På den måten føler kanskje ikke pårørende at vi er like påtrengende, isteden er vi en naturlig del av deres hushold. Informasjon om hvem og hva vi møter er viktig informasjon for at vi skal kunne gjøre en god jobb.

Tråkke over en terskel - Skal jeg ringe på eller låse meg inn

Skal jeg ringe på eller låse meg inn er essensielle spørsmål i utførelse av god kvalitet. For noen vil det være vanskelig å måtte reise seg og åpne døren hver gang vi kommer, vi har nøkkel, mens for andre er det viktig å få lov til å åpne selv og ønske oss velkommen inn i deres hjem. Noen av brukerne bor sammen med sin kone eller man. Da er det viktig å ta hensyn til den pårørende også, at vi bare låser oss inn i deres hus kan føles ganske påtrengende. Der er folk ulike, og det er viktig at vi gjør det som føles naturlig og godt for brukeren, for å gli best mulig inn i deres hverdag og liv.

I Nederland tok pleieren jeg gikk sammen med alltid av seg jakken når hun kom til noen, hun tok ikke av skoene, men det gjør de aldri i Nederland. Hun tok av jakken, det er det som er viktig her (Se feltnotat 4).

Mange av brukerne jeg snakket med opplever at vi durer inn med blå skoposer, blå uniformer og tar på oss hansker før vi rører brukeren. Hvordan får det brukeren til å føle seg? Jeg ville i vært fall følt meg ekkel. Jeg ville følt ubehag og når de skulle gå ville jeg hatt en dårlig magesfølelse. Og man kan kanskje tro at brukerne venner de seg til, men det ivaretar ikke



Feltnotat 4 Tar av seg jakken

hensynet til verdighet. Selv tar jeg av skoene når jeg er hos folk, Jeg vasker hendene godt og spriter heller enn å ha på hansker der det lar seg gjøre. Jeg er ingen sykepleier og jeg er ingen smittespesialist, så si meg gjerne i mot, men så vidt jeg har kunnet forhøre meg gjør jeg ikke noe

galt, i tillegg tror jeg brukerne trives med det, eller jeg vet. Mange av brukerne har helt uoppfordret gitt meg tilbakemelding på hvor godt det er og hvor deilig det er, og forteller at de ikke liker å bli tatt i med hansker.

Informasjon fra pårørende

Med samboende pårørende går kommunikasjonen mye når vi er der og eventuelt på telefon hvis det er noe i tillegg. Men med andre som ikke bor sammen kommuniseres det blant annet mye med post-it lapper, lapper som ligger eller henges rundt om kring, der man tror de vil bli sett. Er det en beskjed om lukk døren, eller bruk olje på q-tipen henges de gjerne der det aktuelle skjer. Andre henvendelser kan være beskjeder og de legges ofte på bord eller benk der vi gjør oppgaver eller på permen vår.

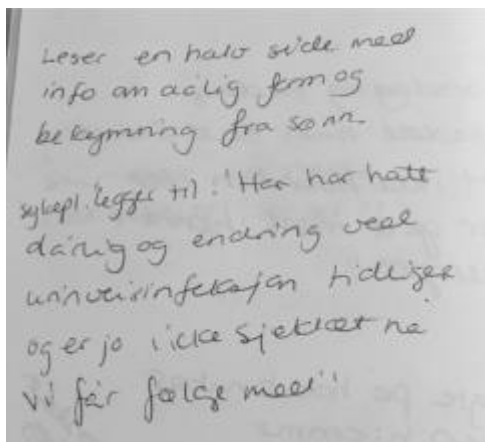
Noen pårørende er aktive i dialogen, og i hjemmet og gir feedback på våre oppgaver, og følger med. De er sjelden tilstede når vi er der på dagtid, men de ser resultatet av det vi gjør og baserer tilbakemeldingene på det. Slik som hjemme hos fru Holter ønsker de at vi bruker et visst service til frokost og et annet til middag, da har de satt opp lapper på kjøkkenskapene. Hos herr Froland har de hengt opp lapper der det står "Han liker godt å få et halvt glass juice til frokost".



Bilde 12 og 13, bilder av pårørendedialog

Informasjon om vekten eller om brukeren

Å gjøre taus kunnskap til felles kunnskap og tilgjengelig for hele teamet som skal bruke den er viktig. Det var en bruker hos oss som var i dårlig form, dette ble tatt opp på rapporten



Feltnotat 3 Tilfeldighet er ikke kvalitet

mandag etter en helg med fall og mye bekymring fra både hjemmesykepleiere og familie. En pleier kom inn litt sent og sa plutselig at det kunne være urinveisinfeksjon. Han hadde visst blitt dårlig på den måten også tidligere ved urinveisinfeksjon. Det var kunnskap hun satt på som ingen av de andre rundt bordet visste (se feltnotat 3). Flaks at hun var der, for det viste seg å stemme.

Kvalitet handler på en side å la det være mindre opp til tilfeldighetene om behandlingen blir rett og god, og mer opp til systemet og kvalitet i kunnskapen.

Det er opp til tilfeldigheten om pleieren har oversikt over informasjon utover sin egen vakt. Med mindre pleieren tilfeldigvis jobbet og var tilstede når informasjonen har blitt tatt opp på et tidligere tidspunkt er. Fordi informasjonen er fordelt på dag- og kvelds vakt og ikke bruker. Så når brukeren spør kan pleieren ofte ikke svare, med mindre pleieren jobbet en dag det ble notert ned og husker det. Pleieren kan da komme tilbake og rapportere samme beskjeden igjen, eller notere den ned på en lapp, og på den måten produsere merarbeid. Den dialogen blir litt for tilfeldig for å kalle det kvalitet.

Hvorfor ble hun ikke dusjet

I hjemmesykepleien er det mye taus kunnskap, kunnskap som er så godt innarbeidet at man ikke helt vet hvorfor man gjør det er det har blitt rutine. Alt fra at jeg vet at hun liker det slik og sånn, at jeg vet at kona ikke er noe hyggelig til at jeg ikke vet triksene for å få en dame på toalettet og så videre. Jeg skulle til fru Kronborg, en dement dame på 80 år. Det var dusjedag i tillegg til det vanlige på morgenen: frokost og tannpuss. Det er andre gangen jeg er hos fru Kronborg. Jeg er vennlig og spør høflig ” Skal vi gå i dusjen?”. Det skulle jeg aldri gjort. Hun nektet. Så den dagen ble det ingen dusj. Da jeg kom tilbake på kontoret og sa i fra at jeg ikke klarte å få fru Kronborg i dusjen sa alle, ” å ja... ja... man må være bestemt og aldri gi henne valget. Hvis det er det første man gjør, og sier nå skal du dusje, blir hun med.” Hadde jeg hatt den informasjonen i forkant hadde det antagelig blitt dusj. Det er taus kunnskap, personlig kunnskap som jeg er helt avhengig av for å kunne gjøre oppgavene jeg er tildelt på en god måte, det er informasjon jeg burde hatt tilgang til før jeg var i situasjonen.

En studie som ser på kommunikasjonen mellom pleier og bruker i hjemmesykepleien fant at utfordringene kom når pleieren ikke visste hva de ventet eller hvordan de skulle reagere på det som brukeren sa (Sundler et al., 2016). Dette støtter det jeg også har opplevd, å ikke ha all informasjonen nødvendig føles ubehagelig. Dette har vist seg i tilfeller der jeg ringer på og venter hos en som ikke kan forflytte seg selv, eller der jeg kom inn til en som skulle få medisin, hvorpå han plutselig spør om jeg kan ”se på rompa hans for det er så innmari vondt”, og på dette tidspunktet var jeg uvitende om at han hadde kreft i en livsforlengende/smertelindrende fase; jeg ble mildt sagt overrasket. Mye handler om pleierens evne til kommunikasjon, brukerne legger igjen subtile hint som pleieren burde plukke opp (Sundler et al., 2016). En annen ting er informasjonen: Dersom du har du tilgang til informasjon vil mange slike situasjoner være enklere. Hvis en bruker er deprimert, da er du kanskje mer forberedt på dype samtaler eller hint i samtalen. Eller hvis man vet at fru Kronborg med demens alltid prøver å snike seg unna dusjen, og ønsker å spare på vannet. Får man de små hintene til hva som kan skje og hvordan man eventuelt løser slike situasjoner best mulig, kan man unngå mange slike situasjoner. Vi er avhengige av å få formidlet og motta den informasjonen vi har, som ellers ville vært taus for at vi som helhet skal kunne tilby brukerne en god tjeneste.

Informasjon for en novise, en mester og en god praktiker

Det er ganske stor forskjell hva en novise og en mester trenger av informasjonsstøtte. En novise klarer å utføre en prosedyre men ikke stort mer enn det. For å støtte en novise, eller forhåpentligvis løfte en novise vil et informasjonssystem være til god hjelp. Først av alt har du kanskje aldri vært hos personen før eller bare noen få ganger og da er det mye man lurer på. En god praktiker på et førstemøte vil også trenge mye av informasjonen, men vil ha en mye større forståelse, diagnose for eksempel, en god praktiker vil forstå hva den diagnosen innebærer av utfordringer for brukeren, mens en novise nok trenger mer informasjon. En god praktiker vil lett kunne forstå helheten av situasjonen og utfordringene til brukeren og kunne møte brukeren på det.

Det mest grunnleggende av informasjon alle trenger ved et førstemøte:

Praktisk informasjon:

- Hvor man parkerer
- Hvordan man kommer fra bilen til bruker (hvis det er noen tvil)
- Skal jeg ringe på eller gå inn

Informasjon om brukeren som kan være nyttig å vite før du går inn:

- Hvem skal du til
- Diagnose, hvorfor trenger de hjelp
- Bosituasjon
- Status
- Hva skal du der, og hvilke andre ting gjøres her
- Personlige preferanser
- Nyttige tips og triks

Prosedyrer:

- Jeg ønsker å ha alle prosedyrene tilgjengelig der man er.

Beskjeder:

- Nye beskjeder fra bruker
- Beskjeder jeg skal gi til bruker

En mester altså en som mestrer alle formene for arbeid som en mester, vil være veldig god kjent hos brukeren og vet det meste på listen fra før, så det viktigste for en mester vil være beskjeder og status; er det noe nytt? All denne informasjonen er nødvendig for å gjøre en god jobb, men å ha informasjon gjør deg ikke til en god omsorgsperson og helsearbeider alene.

4. DISKRESJONSARBEID

Diskresjonsarbeid er arbeidet hjemmesykepleien gjør for å være diskre og ta hensyn til brukeren. Det er for mange en naturlig del å vise hensyn men for mange kan jobben bli klinisk slik at man ikke har noen hemninger verken på ord eller handling. Det er kanskje greit på et sykehus til en viss grad, men hjemmesykepleien er ofte i ditt eget hjem resten av livet, da ønsker d å bli behandlet med verdighet. Slik det er i dag er dette ikke et fokusområde i det heletatt. Hverdagslige trivielle ting for oss som jobber med det og ser det hele tiden er ikke nødvendigvis noe alle har et like avslappet forhold til. Slik som å kommentere lukt og mengde på avføring i upassende sammenhenger,

Kle på

Mange av arbeidsoppgavene til hjemmesykepleien handler om det private. Vi dusjer, hjelper på do, vasker kropp, lager mat, rer senger, kler på osv. Vi er med på private ting som dobesøk som man normalt gjør alene. I slike sammenhenger utføres det mye diskresjonsarbeid. Dette kan ha mange former. Når man for eksempel vaker en dame på overkroppen kan det være lurt å la damen ha på seg Bh eller mer klær så lenge som mulig og få det på så fort som mulig igjen, slik at damen slipper å sitte blottet slik lenger enn nødvendig.

Den synlige dialogen

Forskjellen er veldig stor om det er en rutinert pleier eller ikke rutinert pleier som skal utføre et stell. Ofte jobber man alene, og da må man spørre brukeren om det man eventuelt lurer på. Men vi jobber også to og to i mange hjem, og da blir det veldig synlig hva vi gjør hvis vi ikke er rutinerte. Dialogen til to rutinerde arbeidere kan gå noe sånt som dette:

Meg: Tar du?

Pleier 2: Ja,

Meg etter 5 minutter: Da smører jeg.

Denne dialogen, basert på felles taus kunnskap, kan sees som uttrykk for diskresjonsarbeid. Man observerer hverandres arbeid, kommuniserer uten språk og holder kunnskap og vurderinger unna brukeren. I mellom dette er det mye prat med bruker, hvordan har du det, været eller datteren som er så håpløs. Men hvis jeg jobber med en jeg ikke er så vant til å jobbe med eller en med liten erfaring, må dialogen bli mer utfyllende oss pleiere i mellom og med mindre fokus på brukeren:

Pleier 1: Hvis du står bak går jeg foran.

Meg: OK, holder du høyre hånden?
Pleier 1: Da flytter vi på en, to tre.
Meg: jeg skyller klutene
Pleier 1: Jeg vasker nedentil, tar du oventil?
Meg: Vil du ha sokkene?
Pleier 1, ja takk, har du truseinnlegg også?
Meg: hvilken type vil du ha?
Pleier 1: vi tar daginnlegget, er du enig?
Meg: Ja, hun får jo besøk kl. 14.

Og sånn kan det fortsette, man må konstant bekrefte det man gjør slik at det ikke blir forviklinger. Denne dialogen blir det motsatte av diskret, den blir veldig hørlig for brukeren, som da både mister vår oppmerksomheten fordi vi må holde dialogen om arbeidsoppgavene istedenfor henne, og som blir gjort unødig oppmerksom på en rekke detaljer i pleiearbeidet.

Noen ganger er det viktig å skape godt innarbeidede rutiner slik at oppgavene blir taus kunnskap slik at situasjonen kan foregå på mest mulig smidig måte. På den måten kan oppgavene bli mer usynlige for brukeren, og det kan være bra. Brukeren trenger ikke vite alle valgene vi tar, so krem nedentil, type bleie osv. Ved at du kjenner oppgavene gjør du bare det magesfølelsen sier og det som faller deg inn uten at du nødvendigvis kan forklare det med ord, dette er taus kunnskap og taus kommunikasjon. Og innimellom er det viktig at denne tause kunnskapen forblir nettopp taus av hensyn til pasienten, som kan føle seg ille berørt og som en belastning. Når du som godt voksen på nytt må begynne med bleier er det nok ikke en god følelse. Det kan gå på følelsen av verdighet og integritet løs. Mitt inntrykk er at mange rett og slett synes det er ganske flaut. Det er noe du helst ikke vil tenke på eller snakke om. Man kan anta at disse tankene normaliserer seg etter hvert, og vedkommende har godtatt at bleier det er en del av livet, men jeg har til gode å møte en som har lyst til eller behov for å vise eller snakke om det. Det handler ikke bare om bleier, men også alt intimt, slik som for eksempel: lukt, urin, avføring, lekkasjer og andre intime sensitive ting. Vi kan som pleiere fint diskutere bleier, kateter, stomi, lekkasje og så videre i lunsjen uten å tenke over at det. Selv om det blir en normalsituasjon for oss, er mitt inntrykk at i hvert fall ikke mange av brukerne liker å få det påpekt. Tenk hvis dialogen blir noe sånt som dette:

Meg: Hvilken type innlegg vil du ha?
Pleier 1: Vi tar nattinnlegg, er du enig?
Meg: Ja, hun tisser så innmari mye, så det er nok best så er vi på den sikre siden at det ikke lekker.

Dette er informasjon som burde forbli taus av hensyn til pasienten. Å holde slike vurderinger for seg selv eller drøfte det på tomannshånd med den andre pleieren er en viktig del av et godt diskresjonsarbeidet. Vi vet at hvis man går med en liten bleie for lenge så kan det bli lekkasje og det må være med i beregningen, men vi trenger ikke si det høyt. Jeg har sett flere brukere som blir brydd av kommentarer som: *Jeg hørte at du fikk ut litt*, når noen har vært på do. Eller *ja nå blir det godt å få vasket seg litt her lukter det ikke særlig godt*. Så det er informasjon det er viktig at vi har, men som vi ikke skal snakke om foran bruker en.

At vi i kommentaren nattinnlegg, legger til grunn at det er fordi det er mye urin og at lekkasjer ikke er bra burde være en selvfølge. For at vi skal kunne legge det til grunn må vi være sikre på at vi begge vet det, vi må være sikre på at kunnskapen er delt mellom oss, selv om den kan være taus for brukeren. Dette peker igjen tilbake på hva vi kan forvente at de andre i arbeidsfordelingen skal vite kunne og gjøre (Strauss, 1985) Jeg må kunne stole på at den andre også vet og forstår. Og hvis den andre ikke vet og forstår, må det utføres et diskresjonsarbeid slik at brukeren ikke involveres unødige i faglige drøftelser og vurderinger som kan oppleves belastende.

Opprettholde brukerens egen standard

I hjemmesykepleien er brukernes hjem vår arbeidsplass, men ført og fremst er vår arbeidsplass brukerens hjem (Gillsjö, Schwartz-Barcott, & von Post, 2011). Brukerne kommer ikke til din arbeidsplass, som om man arbeider på sykehus, der man nok tillate seg mye mer å bli behandlet i et system. Men i hjemmesykepleien trækker vi inn i deres hjem, og med det følger ansvar. Alle hjem er like ulike som vi mennesker. Noen er ryddige, andre er ganske rotete, noen vasker hver dag, mens andre er ikke like nøye. Noen har mye nips og andre har det mer minimalistisk, det skal vi respektere, det er brukerens preferanser og vi skal ikke prøve å gjøre den rotete ryddig eller den ryddige rotete for eksempel. Vi skal prøve å følge brukerens egen standard i hjemmet og opprettholde den. Når vi først kommer inn i deres hjem for å se hvilke behov de har kan det selvsagt ha forfalt en periode, men man merker nok ganske raskt hvordan brukeren liker det. Når vi går derfra skal det helst ikke synes at hjemmesykepleien hjelper til i hjemmet.

Det skal være brukerens valg å fortelle. Vi kan være synlige for besøkende i alt fra signeringspermen vår til store heiser, fra lapper til rot. I noen situasjoner kan det nok være vanskeligere å skille på arbeidsplass eller hjem. Når det er mange hjelpemidler, tunge forflytninger med

behov for plass og brukerens bruks og bevegelsesmønster ikke er likt som før, er det tungt for oss pleiere også, og vi må tilrettelegge for å ikke ødelegge våre rygger og lignende. Men hva er viktigst; din arbeidssituasjon, eller brukeren i sitt hjem? Jeg vil helt klart si brukeren i sitt hjem. Fordi hjemmet er en stor del av hvordan brukeren har det. Å miste eierskap over eget hjem kan være en stor belastning for brukeren. Så når hjemmesykepleien skal inn i et nytt hjem eller et nytt behov oppstår hos en bruker må brukeren være i fokus. Og da tenker jeg alt fra hjemmet til kroppen. For at brukeren skal føle at vi ikke innvandrer hjemmet er det viktig at vi rydder opp og skjuler våre spor så godt det lar seg gjøre. Man kunne snudd på det og tenkt at dette er vår arbeidsplass, hvordan kan vi tilpasse det til det arbeidet vi skal gjøre? Det er først og fremst brukerens hjem, dernest din arbeidsplass. I figur 3 beskriver jeg to ulike hjem men med brukere med like hjem som jeg selv har observert, hjem hvor begge brukerne var i 60-årene, brukte rullestol og heis for å forflytte seg. De bodde begge alene og hadde voksne barn. Ingen av dem hadde kognitiv svikt, men begge trengte hjelp til alt av mat, stell, osv. De hadde svært like behov, men hjemmene så helt forskjellig ut. Det ene hjemmet hadde hjemmetjenesten innredet som en effektiv arbeidsplass, det andre var innredet som et vanlig hjem.

Hjem 1

Hjemmesykepleien har trillet sengen ut i stuen
I stuen står også alt av hjelpemidler lett tilgjengelig
Kremer, hansker og medisiner står lett tilgjengelig på bordet
Klær, håndklær og bleier ligger praktisk til på sofaene
Andre møbler er skjøvet til siden så det skal være plass å bevege seg på.

Hjem 2

Brukeren har sengen på soverommet
Heisen står i et kott, rullestolene oppbevares på soverommet til lading
Hansker er i et skap på badet sammen med diverse kremer
Håndklær er i et skap på soverommet

Figur 3 Like behov, ulike hjem

Jeg synes dette er gode eksempler på å tilpasse til en arbeidsplass og å tilpasse til et hjem.

Hjem 1. Kommer du inn her er som familiemedlem eller venn er det som å komme inn på et sykehus eller et sykehjem. Du må hente deg en stol og sette deg bort til den syke. Det er ingen tvil om at brukeren har mye hjelp, og vi kan se nøyaktig hva slags hjelp. Bleier ligger i sofaen, der man kanskje ellers ville sittet som gjest.. Medisinene står på stuebordet, der man kanskje ellers ville hatt kaffekoppen sin. Spisestue-møblelementet er skjøvet inn til veggen, og stolene står der på skrå. Skulle en venn eller en pårørende komme og lage middag er det ikke vært noe sted å spise i stuen, uten at de måtte flytte på ting, selv om brukeren sitter i rullestol og fint kan sitte inntil et bord for å spise. Man ser at stuen er innredet som arbeidsplass for

hjemmetjenesten, kanskje i all hast, og uten en tanke på brukeren. Dette er gjort så det skal være bedre plass å bevege seg og hjelpemidlene på.

Hjem 2. Kommer du inn kan du ikke se at hjemmesykepleien var innom fire ganger om dagen, eller at brukeren bruker bleier. Man vet kanskje at brukeren må ha noe hjelp. Men hva slags, og hvor mye er ikke synlig i hjemmet.

I det siste hjemmet er det utført et betydelig diskresjonsarbeid, i det første knapt noe.

5. RELASJONSARBEID

Relasjonsarbeid handler om å skape gode relasjoner. Det handler om normal høflighet, interesse for den du snakker med og en bevissthet, fokus og oppmerksomhet på det som blir kommunisert. Relasjonsarbeid er noe vi alle gjør hele tiden, og det fører til bedre og dårligere relasjoner. Vi har ulike grunnlag fra naturens side, noen har mer empati enn andre, men mye kan også læres (Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing, & Grypdonck, 2000; Richardson, Percy, & Hughes, 2015) Relasjonsarbeid er noe du skal få til for å være *egnet* for jobben som pleier. Klarer du ikke å behandle brukerne dine med normal høflighet, interesse, bevissthet og **No index entries found.** oppmerksomhet for å skape en positiv relasjon, da er kanskje ikke pleier jobben man skal ha. Det handler om å kunne stille de rette spørsmålene, bekrefte, avkrefte eller speile den andre på best mulig måte. Det er en egenskap noen er født med, andre lærer seg, og noen mangler. Men som med relasjonsarbeid kan også dette læres (Eide & Eide, 2007). I sin ytterste grad av relasjonsarbeid finner du refleksjonsarbeid, en avansert form. Når du er oppe på nivå *ekspert* i hjemmesykepleien, mener jeg at du bør kunne møte brukerne dine på denne måten. Men noen kan det også før. Det kan føles som flaks, slik når jeg kommenterte min bruker med at ”det kan ikke være lett å bli pleietrengende” Jeg var ganske direkte og deskriptiv i min speiling, og det kan oppleves litt som flaks at jeg traff og at det gjorde han blid resten av dagen. Men det er ikke flaks det er god praksis. Jeg er ingen mester, stort sett beveger jeg meg i novise-land. Når du er ekspert er beslutningene dine intuitive. For speiling og refleksjonsarbeid handler om et øyeblikk, et lite øyeblikk der muligheten byr seg og den må man ta. Hvis man skal lære å speile og reflektere sammen med brukeren må dette øves på til det er en ferdighet og det har blitt en intuitiv handling. Hvis ikke tror jeg at det vil merkes på brukeren og dermed ikke få til den relasjonen det krever å få til speiling og refleksjonsarbeid.

Eksempler på omsorgskvalitet er at man møtes med respekt, får svar på spørsmål, informeres om relevante forhold samt at personalet opptrer omsorgsfullt. Omsorgskvalitet er altså først og fremst et resultat av hvordan omsorgsyterne opptrer (Grepperud, 2009, p. 1113).

Høflighet i brukers hjem

Når du kommer på besøk til noen pleier du kanskje å si hei, så hyggelig å se deg, hvordan har du det i dag? Det ønsker jeg at vi skal gjøre i hjemmesykepleien også. Hyggelige, høflige fraser. Ikke komme inn med fokus på oppgavene, men med fokus på brukeren. Jeg har selv gått sammen med andre som ikke hilser hyggelig og det er noe som skjer flere steder (Lognvik & Øverbø, 2016). Jeg har fått tilbakemeldinger på at mange synes at vi er litt brå, braser inn og tar for oss, det skal vi helst unngå. Når jeg sier jeg har fått tilbakemeldinger er ikke det på meg som pleier. Det er på hjemmesykepleien som helhet. Jeg har åpnet opp for dialog og samtale og da forteller de gladelig over irritasjonsmomenter.

Ta seg tid til å lytte til brukeren

Jeg husker godt da jeg var i opplæring, vi skulle til en som kun skulle få medisiner. Jeg tror det stod ti minutter eller femten minutter på listen. Hun jeg gikk sammen med ga ham medisinerne, det tok ikke lange tiden, og satte seg så ned ved frokostbordet og pratet med ham. Hun tok seg tid, tid hun for så vidt også var tildelt til å være der, og hastet ikke videre men slo av en prat. For selv om oppgaven var utført og det som mange ser på som god kvalitet var utført, rett medisin til rett person til rett tid - men hva med personen? Det føles ikke riktig å bare gi medisiner og dra. Det er personer som er sårbare, mange er ensomme, og en liten vennlig prat koster lite. I hjemmesykepleien handler det i tillegg om noe viktigere, det handler om forebygging, se signaler. Hva om han hadde sagt ”Nei, vet du i dag har jeg det ikke noe godt. Jeg har sovet så dårlig, leggen min er så vond.” Og så tar du en titt på leggen og ser at dette kan være blodpropp. Mitt inntrykk er at man ikke får så ærlige svar med mindre man har tid til å lytte på svaret. For det er det det handler om, eldre og egentlig ingen liker å bry noen som ikke har tid, generelt liker vi vel ikke å bry andre i det hele tatt. Så hvis man omtrent står på vei ut av døren når oppgaven er gjort selv om avsatt tid ikke er brukt vil man ikke få muligheten til den dialogen og innsikten.

Ikke belaste brukeren med eget stress

Jeg har hørt pleiere si ”Nei nå må **jeg** haste videre, jeg har så mye å gjøre vet du” Eller lignende utsagn. Jeg sier heller ” Da må **du** ha en fin dag videre, så sees vi senere i dag” Det

gjør jeg fordi jeg ønsker ikke at brukeren skal føle at de er en av mange i et system, jeg vil ikke at de skal føle at de er til bry, jeg vil ikke at de skal føle at jeg har dårlig tid på grunn av dem. Jeg ønsker at de skal føle at jeg er der med dem, at jeg bryr meg om dem og at vår tid sammen er en fin tid sammen, så langt det går da selvsagt. Hvis jeg haster videre hver gang, vil de aldri ta initiativ til praten over og lesse noe på meg. Det fokuset jeg har er viktig og riktig, få brukeren til å føle seg spesiell og fokusere på brukeren.

Livsendringsarbeid

Vi skal bruke tiden godt, for dekke brukernes behov, hva er egentlig nok? Jeg har i min tid i hjemmesykepleien aldri opplevd at jeg ikke har nok tid, det er nok nærmest tabu å si, for man skal ha så dårlig tid hele tiden. Jeg kunne alltid gjerne hatt mer mange har behov for kontakt, et ønske om noen å snakke med. Vi hjemmesykepleiere har ofte dårlig tid, men ikke så liten tid at vi ikke har tid til en liten prat. Jeg har brukt tiden min ganske godt synes jeg. Har jeg ti minutter til overs tenker jeg ikke at det er mine ti minutter, men brukerens. Så da slår jeg av en prat eller vasker litt ekstra eller liknende. Hvilke behov har brukeren i dag? Samtidig må jeg være ydmyk for at jeg som ufaglært vikar og for det meste novise i jobben ikke alltid kan se eller vite om langtidskonsekvensene, hvis jeg tar et valg der jeg ikke gjør noe som står på listen for jeg opplever andre behov som viktigere er det ikke sikkert at jeg ser konsekvensene av det. Derfor har jeg satt opp noen kriterier som vil føre til refleksjon og økt kvalitet. Selv om behovene kan være både hverdagsarbeid, medisinsk arbeid, informasjonsarbeid og refleksjonsarbeid hører denne hjemme under relasjonsarbeid, fordi du ser du legger merke til du er bevisst og oppmerksom brukeren og brukerens behov.

6. SAMMENFØYNINGSARBEID

Sammenføyningsarbeidet er bindeleddet mellom alle som bidrar i brukerens hverdag, mellom hjemmesykepleiere og som får oppgavene til å flyte. Når hjemmesykepleien er i hjem med pårørende forholder vi oss også til deres hverdag, de har kanskje planer separat fra hverandre, og må planlegge tiden sin med tanke på hverandre og oss. Kommunikasjonen blir da viktig. Hvis vi plutselig kommer en time eller to senere enn vi pleier vil det kanskje påvirke deres planer uheldig. Hvis vi ikke kan gi en tid, men kommer en gang mellom 8 og 12 låser vi kanskje deres hverdag på en måte som jeg synes er uheldig. Det mister litt hensikten hvis deres hverdag blir så låst at de mister gleder på grunn av oss. Hvis de venter på at vi skal komme mellom 8 og 12 og så på nytt på kvelden mellom 18 og 22 får de ikke syrt hverdagen selv. Vi har vel alle opplevd å vente på en levering eller en håndverker, og hvor irriterende det er at de

ikke kan gi et mer spesifikt tidspunkt slik at vi setter hele dagen på vent i tilfelle de kommer, det blir litt det samme bare hver eneste dag. Det kan til slutt bli slik at de stopper å gjøre ting fordi de ikke kan planlegge og det kan føre til dårlige livskvalitet.

Det handler om at hjemmesykepleien må planlegge, gjøre sammenføyningsarbeid slik at brukeren får vite. Hvem, hva, hvor, når, hvilken standard? Mangel på denne informasjonen kan gi samme effekt som kommentarer som at ”jeg må haste videre”. Hvem føler seg omsorgsfullt behandlet og sett når de ikke en gang kan planlegge dagen? Vi forventer at de skal være hjemme og bare vente, ikke kunne planlegge livet sitt fordi vi kanskje kommer. Og ikke minst hvem som kommer for å vaske deg i rompa i dag (Råness, 2016). Det er veldig private oppgaver og det må nesten føles som å bli fratatt verdigheten å miste all kontroll over slike ting. Og igjen den dagen du ikke bryr deg mer kan det kanskje samsvare med tap av verdighet og selvrespekt. Og det kan føre til dårligere livskvalitet. Dette handler om kommunikasjon av informasjon. For det første må hjemmesykepleien organiseres slik at de har informasjonen tilgjengelig selv. Jeg vet at Kamfer hjemmesykepleie har klart det, de sender ut oversikt over hvem man får på besøk ukentlig og de har faste tider med ti minutters slingringsmonn på tidspunktet, men er man ti minutter forsinket da ringer man å sier i fra. Når de får det til må det være mulig for andre også.

Kommunikasjonen mellom pårørende og bruker til hjemmesykepleier og fra hjemmesykepleier og inn i systemet være seg de andre, boka, datasystemene el. oppleves ofte tilfeldig og uorganisert. Selv opplevde jeg hjemmesykepleien som en sort boks der jeg ikke ante hva som skjedde inne i boksen og om beskjeder var mottatt og lignende. Kvalitet i kommunikasjonen må ligge i at man vet at beskjeder er mottatt, man gir nødvendig informasjon, og informasjonen kommer til rette personer. Har du fått til det har du gjort mye.

Pårørende legger ofte igjen lapper med beskjeder om ting som ikke haster i forsøk på sammenføring, se illustrasjon 22. Da er de for det første avhengige av at vi finner lappen, så de må legge den et sted de vet vi ser (Figur 4 bilde av lapper). Siden det ikke er noen måte å gi beskjed om at beskjeden er mottatt, så ringer mange pårørende i tillegg for å sjekke at vi har fått det med oss, eller spør mange ganger når vi er der. I beskjeden fra Guri (illustrasjon 22) dukker det også opp ny informasjon der de sier at de skal til frisøren lørdag, er dette noe som påvirker vår hverdag? Kanskje vi slipper kl. 14 besøket? Vi må ta kontakt. Denne dialogen er usikker for pårørende. Jeg husker selv når jeg var pårørende at vi spurte igjen og

igjen om de hadde fått med seg og husket at vi skulle ditt eller datt. Dette er jo tilsynelatende informasjonsarbeid. Men det er informasjon i forsøk på å sammenføre. Det er både informasjonsarbeid og sammenføyningsarbeid.

Til hjemmesykepleier	Åse skal i konfirmasjon søndag 19. Vi henter henne kl 10.30. Jeg har hengt frem klærne hun skal ha på seg, merket med konfirmasjon. Fint hvis dere kan få tatt på henne og jeg blir veldig glad hvis dere får stelt henne litt ordentlig på håret, vi tar henne med til frisøren på lørdag
Tirsdag kl. 10 skal far til legen, fint hvis dere kan stille ham så han er klar kl 09.30. Jeg henter han da,	
Hilsen Jannicke	Hilsen Guri (datter)

Illustrasjon 20 Lapper fra pårørende

Hvem har ansvar for hva?

Når du fordeler arbeidsoppgaver fordeler du også ansvar (Strauss, 1985). Og denne fordelingen ligger det forventninger og rettigheter til hva man venter at skal gjøres. I hjemmesykepleien blir det ofte forventninger både fra høyere hold og fra brukeren som ikke samsvarer. Kortere tid på dobesøk er et godt eksempel, for man kan sikkert spare inn ganske mye penger bare på et par minutter. Men hva med brukeren som sitter på do, de liker nok ikke tidspresset. Her ender hjemmesykepleieren i en skvis. Pleieren kan ikke forventes å yte god service eller pleie samtidig som de skal gjennomføre det umulige.

Usynlig arbeid

Usynlig arbeid byr på noen utfordringer når det kommer til ansvar og arbeidsfordeling. Og nå skiller vi på usynlig arbeid og diskresjonsarbeid. Diskresjonsarbeid er arbeid vi ønsker at skal være usynlig i størst mulig grad mens usynlig arbeid er arbeid man ikke vet at blir gjort før det ikke blir gjort, da ser man konsekvensene. Pårørendes arbeid er for eksempel i mange tilfeller usynlig. Dette kan føre til at oppgaver som gjøres av andre en hjemmesykepleier for eksempel bruker selv og pårørende. Hvis det er bruker som gjør en oppgave som å vaske tøy, og plutselig ikke får det til mer, vil kanskje pårørende klage på hjemmesykepleien som ikke gjør det og motsatt. Hvis hjemmesykepleien ikke vet alt pårørende bidrar med kan vi synes det er smålig at de ikke kan ta seg fri for å følge til legen en tirsdag. Men vi vet ikke at de har tatt fri hver torsdag for å dra til fysioterapeut. En utfordring med usynlig arbeid er selvsagt at det er usynlig når det burde vært synlig for noen, det trenger jo ikke alltid være synlig for alle.

Oppgaver som burde bli sett

”Du kan da skifte en lyspære for meg?”. Vi får henvendelser fra brukere selv eller pårørende om vi kan gjøre både det ene og det andre, det tar jo bare litt tid. Hvis de hadde visst hvordan våre arbeidsdager ser ut og hvor stor innsats vi legger inn for å rekke alt vi rekker og gjøre alt vi gjør hadde de nok aldri forventet eller spurt oss om å gjøre sånne ekstra ting. Mye arbeid blir usynlig og ikke lagt merke til fordi det er rutine (Star & Strauss, 1999). Og det merkes ikke før den som gjør det forsvinner eller stopper å gjøre det. Hvis vi stopper å lagre mat til en bruker vil det fort merkes. Hvis vi ikke hjelper på do vil det fort merkes. ”Morra di jobber ikke her” skrives ofte på pauserom eller kjøkken på ulike kontorer eller arbeidsplasser, det er antagelig en som driver mye med usynlig arbeid som har fått nok. Ofte kan usynlig arbeid skape problemer blant kollegaer, spesielt kollegaer med litt ulike arbeidsoppgaver eller kunder. Hvem har ikke hørt ”han gjør ingenting” eller ”jeg kan ikke forstå hvorfor det skal ta så lang tid” ” det er ikke akkurat som om de har så mye annet å gjøre” dette er kjente fraser i arbeidslivet og i praten om tjenester som NAV, barnehage og hjemmesykepleien. Det er forventninger som ikke svarer til oppgavene (Strauss, 1985). Man kan tenke seg at man ville omtalt det litt annerledes om man viste hva jobben faktisk innebar, ikke bare hva man tror den innebærer. Dette er også prosesser som deltagende design løfter frem, respekt for hverandre og hverandres arbeid (Bratteteig et al., 2013). I helse og omsorgsektoren kommer ofte slike utfordringer fra brukere av tjenesten, som forventer mer enn det som er mulig ut fra oppgavelisten. Mange pleiere forstrekker seg og utfører slike usynlige oppgaver, da får de også problemer med tiden.

Gjennom å gjøre tjenesten gjennomskiktig, åpne opp og vise hva vi gjør kan vi få en større forståelse og respekt for de oppgavene vi gjør. Hvis de pårørende får tilgang til noe av vår informasjon vil de også få innsikt og innblikk i vår hverdag. De vil enklere kunne delta og bidra. Det kan hende at barna til herr Stenersen vil se at vi ikke gjør annet til middag en å lage middag, slik at de kan ta den oppgaven. Mens kveldsstellet kan de overlate til oss for det innebærer stell og det vil ikke herr Stenersen at de skal gjøre. Så kan det hende at barna til fru Andersen, som bor i en annen by og ringer mye å klager på oss fordi moren deres er så skrall og redd, ser at vi er innom moren deres 4 ganger om dagen, lager mat ser at hun har det så bra hun kan ha det og prater med henne, fordi hun er så ensom. Vi organiserer så hun kommer seg til legen når det er behov, både blir fulgt og kjørt, hun får handlet det hun skal og får vasket huset. Vi strekker oss nemlig langt for at brukerne skal ha det så godt de kan. Ved å få tilgang til den informasjonen de ser kanskje at vi gjør mye, vi gjør alt vi kan og at det er ikke hos oss problemet ligger. Hvis hun skal ha noe mer er det de som må arrangere enten ved å være der

selv, få noen andre de kjenner til å være på besøk, Røde kors besøkstjeneste eller betale noen for det. Det kan faktisk føre til at de setter pris på det vi gjør og blir takknemlige for det. Og blir tryggere på at gamlemor blir godt ivaretatt. Men det gjelder også andre veien. Pårørendes arbeid blir omtalt som usynlig, det finnes ingen statistikk på hvor mye de faktisk bidrar. Det er estimert 110 000 årsverk (HOD, 2011) uten at man helt vet hva som inngår i det. Hva pårørende gjør er veldig ulikt. Noen Pårørende har faste tider og reiser langt, andre pårørende bor i samme hus men gjør ingenting. Andre bor i området og gjør masse, noen har ikke pårørende. Jeg tror kartleggingen er relativt god, en kartlegging man gjør i forkant når man skal finne ut av behov, men de endrer seg over tid, og det er da det kan bli en utfordring. Og jeg tror en god dialog kan gjøre mye. Hvis en pårørende ser at hun bare har møkkete klær, kan de si i fra. Gjør man det med en gang vil antagelig problemet være ute av veien ganske fort, hvis man derimot går og venter og irriterer seg over tid vil det bli et større problem enn det egentlig var. Man kan også spørre seg for hvem skal oppgavene være synlig og for hvem skal det være usynlig (Star & Strauss, 1999)

Jeg har oppsummert arbeidskvalitet og det som kan inngå under hver arbeidsform i tabell 4. I neste del vil jeg konkretisere sjekklisten på bakgrunn av dette.

Type arbeid	Kvalitetsaktiviteter
Sykdomsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Oppdraget
Hverdagsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Rydde • Vaske • Lage mat • Handle
Informasjonsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Få informasjon • Å informere • Ta vare på nyttig informasjon • Videreformidle til rette person
Diskresjonsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Vise hensyn • Være bevisst • Kle på • Den synlige dialogen • Opprettholde brukerens standard
Relasjonsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Høflighet i brukerens hjem • Ta seg tid til å lytte til bruker • Ikke belaste brukeren med eget stress • Støtte livsendringsarbeid
Sammenføyningsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem har ansvar for hva? • Hvem, hva, Hvor, Når og til hvilken kvalitet? • Oppgaver som burde bli sett

Tabell 4 Kvalitetsaktiviteter

3D KVALITET I PRAKSIS

Målet er å skape gode praktiker. En god praktiker har gjennom arbeid over tid lært seg å kjenne normer, regler, prosedyrer og planer for arbeidet (Schmidt, 2011, 2014) Slike normer regler er ofte taus kunnskap og de prosedyrer og planer som er nedskrevet virker ofte å være for mye å skulle ta tak i. For eksempel kvalitetsforskriften og veilederen til denne på 44 sider. Mye av det som står der er store ting som foregår langt over hodet på en praktiker, som ”Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand” og ”sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet”(Kvalitetsforskriften, 2003). Dette er ikke noe en enkelt hjemmesykepleier kan gjøre på et besøk, det er ingen operasjonell kvalitetsliste for en hjemmesykepleier i praksis. Så det har jeg prøvd å lage, i det minste et utkast til en. Listen kan virke litt triviell, første punkt er ”jeg hilser høflig” men det er dessverre sånn at mange ikke gjør det i dag. Denne listen er et forsøk på å samle all kunnskap jeg nå i perioden har samlet meg, alt fra å møte kravene i kvalitetsforskriften, til behov avdekket gjennom samtaler med brukere, pårørende og pleiere til egne erfaringer. Jeg har gitt et forsøk på en operasjonell kvalitetssjekkliste for en god praktiker på oppdrag, ja rett og slett normer og regler for hjemmesykepleien skrevet og formulert slik at man kan bruke det i hverdagen. Sjekklisten er ment til refleksjon, slik at det på sikt kan bli en naturlig del av hver enkelt hjemmesykepleier handlingsmønster. Man skal ikke gjøre det fordi det står på en liste men fordi det er god praksis.

FORSLAG TIL EN KVALITETSSJEKKLISTE

Å behandle brukeren som person med respekt

- ✓ Jeg hilser høflig med navn og hører hvordan dagen/natten har vært.

Eks. God morgen Berit, Har du sovet godt?

- ✓ Jeg er interessert i det brukeren sier og spør videre så de får fortelle
- ✓ Jeg tar med informasjon fra tidligere i samtalen.

Eks. Var det hyggelig på lunsjen i går? Hvordan gikk fysioterapeuten sist?

- ✓ Fokuset mitt er her og nå.

Jeg viser aldri at jeg er stresset eller opptatt av andre oppgaver eller brukere mens jeg er der.

- ✓ Jeg sier takk for meg med fokus på brukeren.

Eks .Nå må **du** ha en fin dag videre- istedenfor - Nå skal **jeg** haste videre.

Å respektere brukerens ønsker og preferanser

- ✓ Jeg vet hva brukeren liker og jeg gjorde det

Eks. Jeg valgte frokost serviset til frokost og middagsserviset til middag. Jeg ringte på.

- ✓ Jeg gjorde noe som var hyggelig, noe som betyr noe for brukeren i dag.

Eks. Jeg tok med avisen inn, skar opp agurk i hjerte fasong

- ✓ Jeg har strukket meg litt for at brukeren skal ha det bra.

Eks. Kanskje har brukeren andre behov enn det som står i oppdraget

Å behandle hjemmet og tingene til brukeren med respekt

- ✓ Jeg har ryddet etter meg

Eks. Satt inn/ tatt ut av oppvask maskinen/re seng/ta ut søppel

- ✓ Jeg har vasket etter meg så alt er klart til bruk

Eks. Vasket over kjøkkenbenk/badevasken

Informasjon og kommunikasjon

- ✓ Brukere og pårørende vet at beskjed gitt er beskjed mottatt

- ✓ Jeg har notert ned informasjon bruker/pårørende gav meg

- ✓ Jeg har gitt informasjon jeg skal gi til brukeren/pårørende

- ✓ Jeg har notert ned informasjon som brukeren har sagt som kan være hyggelig eller nyttig å følge opp i samtale senere.

- ✓ Jeg har notert ned noe som bekymret meg

Læring til andre

- ✓ Jeg vet noe om brukeren alle burde vite

- ✓ Jeg har et triks for å få brukeren til å

- ✓ Brukeren liker hvis jeg sier/gjør

- ✓ Brukeren liker ikke hvis jeg sier/gjør

- ✓ Brukeren liker å snakke om

Bruker kan forvente at vi vet:

- ✓ Hvorfor de får hjelp

- ✓ Hva de får hjelp til

- ✓ Hvordan vi skal gjøre oppgavene våre

- ✓ Hvordan de liker at vi gjør ting

- ✓ Hva bruker heter- hvis samboer hva samboer heter

- ✓ Lett historikk- informasjon av betydning.

Eks. Bruker har søkt om plass.. Bruker ble enke... bruker flyttet hit..

- ✓ Status
Eks. Bruker har det tøft om dagen fordi... Bruker har vondt i benet...
- ✓ Hvilke beskjeder som er gitt i foregående besøk/eller ander kanaler
- ✓ All korrespondanse mellom bruker og tjenesten av relevans

Bruker kan forvente at vi:

- ✓ Følger kvalitetskriteriene for en hjemmesykepleier
- ✓ Behandler dem med respekt
- ✓ Behandler hjemmet og tingene deres med respekt
- ✓ Bevarer hjemmet de hadde når vi kom inn
Vi flytter ikke på ting for vår del med mindre det er høyst nødvendig
- ✓ Er usynlige når de ikke har besøk av oss

Produserer vi søppel tar vi med søpla(bleier), rydder bort hjelpemidler osv.

- ✓ Vet hvem de er når de kontakter oss
- ✓ Beskjed gitt er beskjed mottatt

Brukeren skal få vite

- ✓ Når vi kommer
- ✓ Hvem som kommer
- ✓ Hva vi skal gjøre
- ✓ Hva de har krav på (av hjelp- vask- korttid/langtids-opphold)
- ✓ Hvordan de kontakter oss

Pårørende kan forvente

- ✓ At vi er i dialog
- ✓ At vi samarbeider
- ✓ At vi tar deres bekymringer på alvor
- ✓ At vi ønsker det beste og gjør det vi kan for deres bruke

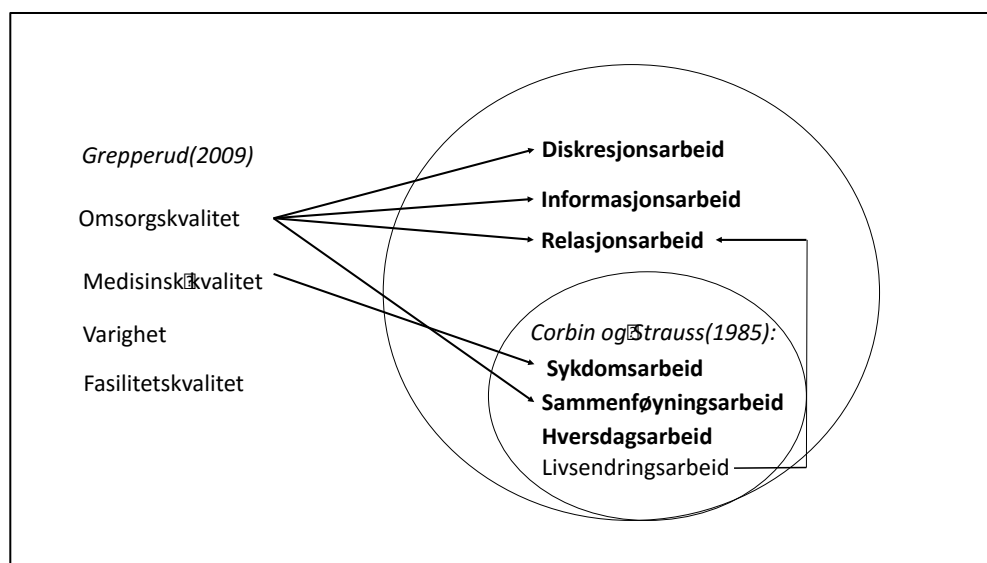
I denne listen ligger det mange forventninger. Jeg har tatt med overskrifter som beskriver det brukeren kan forvente. Det å klargjøre forventninger tror jeg er noe av det som kan forhindre konflikter og irritasjonsmomenter. Når brukeren kan forvente at vi i hjemmesykepleien vet, betyr det også på den andre siden at vi må vite. Det er vår oppgave å vite, og det fører oss videre til spørsmålet om hvordan skal vi få tak i den informasjonen som er nødvendig?

DEL 4 DISKUSJON

Den overordnede problemstillingen for denne oppgaven var å undersøke hvilke former for arbeid som må gjøres for at brukerne av hjemmesykepleien skal oppleve god kvalitet. Det finnes lite forskning om dette fra før. For å finne svar på problemstillingen gjennomførte jeg en empirisk undersøkelse i fire iterasjoner hvor jeg på ulike måter observerte praksis.

Analysen av dataene ble gjennomført i to steg. Det første steget var å sammenfatte funnene i fortellinger, en om dagens informasjonssystemer de stedene jeg observerte og en om en typisk arbeidsdag med mange karakteristiske arbeidsoppgaver. Det andre steget var å systematisere arbeidsoppgavene i hjemmesykepleien i hovedkategorier, med utgangspunkt i mine observasjoner, fortellingene og litteraturen.

I analysen av dataene mine fant jeg seks hovedformer for arbeid som utføres i hjemmesykepleien: hverdagsarbeid, sykdomsarbeid, relasjonsarbeid, informasjonsarbeid, diskresjonsarbeid og sammenføyingsarbeid. To av disse hovedformene er så vidt jeg kan se ikke identifisert som arbeid tidligere; informasjonsarbeid og diskresjonsarbeid. Tre av disse formene sammenfaller med arbeidsformer som er beskrevet i litteraturen som arbeid pasienter gjør i eget hjem; hverdagsarbeid, sykdomsarbeid, og livsendringsarbeid. Livsendringsarbeid har jeg tatt med i kategorien relasjonsarbeid. Den siste hovedformen, sammenføyingsarbeid, er godt kjent fra litteraturen. I figuren under viser jeg sammenhengen mellom Grepperuds (2009) definisjoner av kvalitet og mine begreper (**fet skrift**) sammen med Corbin og Strauss (1985) sine begreper om arbeid.



Nedenfor vil jeg drøfte disse funnene hver for seg, og knytte dem til spørsmålet om kvalitet og informasjonsbehov.

INFORMASJONSARBEID

Informasjonsarbeid er ikke definert i litteraturen fra tidligere som arbeid, men informasjonsarbeid er likevel et område som er kjent. Grepperud (2009) snakker mye om informasjon uten å definere det som eget kvalitetspunkt, men legger det under omsorgskvalitet. Og det er det jeg tror ofte skjer, for behovet for informasjon er en selvfølgelighet, likevel er det en oppgave som ofte ikke blir prioritert. Det kan hende at det bare ikke blir sett. Informasjonsbehovet som i dag dekkes av datasystemer er i stor grad dokumentasjonsbehovet, mindre behovet for andre former for informasjon.

Informasjonsbehovet er ikke dekket selv om systemet dekker dokumentasjonsbehovet.

Informasjonsbehovet er mye større. Jeg tror nøkkelen til en god hjemmesykepleietjeneste kan ligge nettopp her, fordi det handler om informasjonen man trenger også for å kunne gjøre sykdomsarbeidet, men også informasjon som gjelder de andre arbeidsformene. Siden man i hjemmesykepleien stort sett jobber alene, er det vanskeligere å lære av hverandre enn om man jobber i fellesskap. Manglende informasjon til og fra brukere og pårørende er noe av det brukerne er mest frustrerte over. De ønsker mer informasjon. Dette kan ivaretas av sjekklisten med følgende sjekkpunkter: Informasjon og kommunikasjon, Bruker kan forvente at vi vet. Brukeren skal få vite og Læring til andre.

DISKRESJONSARBEID

Diskresjonsarbeid ser ut til å ikke være en definert arbeidsform i litteraturen. I offentlige dokumenter brukes store og diffuse ord som verdighet, respekt og medbestemmelse, og det legges stor vekt på at brukeren skal bli sett og hørt. Også Grepperud (2009) peker under omsorgskvalitet på at brukeren skal møtes med respekt. Mitt mål har vært å definere arbeidsformer og gjøre kvalitet operativt. Jeg mener at det er nødvendig å sette ord på det man kan gjøre, de konkrete handlingene som er viktige for å oppnå det å vise respekt, oppleve verdighet og liknende. Vi skal være diskre og vise hensyn for at brukeren skal oppleve verdighet. Det jeg her har kalt diskresjonsarbeid er også kanskje den formen for arbeid som har mest å si for brukerens opplevelse av både hjemmetjenesten, seg selv og situasjonen. Jeg opplever at man som pleier lett kan glemme eller gjøre feil i nettopp denne formen for arbeid

fordi en selv har blitt så vant til for eksempel en stellsituasjon at vi kan finne på å prate om mengder med urin litt uten å tenke oss om. Hvis vi blir for komfortable kan vi plutselig ende med å tenke på våre egne behov og ikke brukeren, slik som i eksempelet hvor brukers hjem omgjøres til en arbeidsplass for hjemmetjenesten. Det kan være praktisk for oss, men vi tar da ikke hensyn til brukeren som skal leve i det. Diskresjonsarbeid handler således om de mange små handlinger som å ta på bh under stell og å fjerne spor etter arbeidet som viser om man behandler brukeren og brukers hjem med respekt og som også berører de store følelser som verdighet.

Det er også denne formen for arbeid som handler om etikk og personvern. Etikk og personvern er mye diskutert i hjemmesykepleien, men ofte er det så diffust, så vanskelig å sette fingeren på. Jeg tror at begrepet ”diskresjonsarbeid” kan være bevisstgjørende og kanskje bidra i å gjøre store diskusjoner som verdighet, etikk og personvern litt lettere i form av at det kan bli mer konkret som en form for arbeid som må utføres av hensyn til brukeren. Som jeg har vist over er det mange ulike aktiviteter som kan inngå i diskresjonsarbeidet. Punktet på sjekklisten til diskusjon om diskresjonsarbeid er særlig ”Brukeren kan forvente at vi”.

I sjekklisten ellers legger jeg opp til at man skal dele mye informasjon. Jeg mener mye informasjon kan være viktig for å kunne møte brukere på det de trenger. Men det er også ting man forteller i en god relasjon og fortrolighetsforhold som ikke alle andre skal vite, eller i det minste snakke om. Også det å sortere informasjon kan være diskresjonsarbeid. Hvis en mann går med tanker om døden og ikke orker å leve mer, kan han ha fortalt det til meg fordi vår relasjon var god. Hvis jeg så videreformidler denne informasjonen som jeg mener jeg skal, er det allikevel ikke sikkert at alle pleiere som skal dit skal vite om det, eller hvert fall ikke snakke om det. Man har skapt en god relasjon med et tillitsforhold, og brukeren kan føle at blir brutt. Her er det en hårfin balanse. For det kan være viktig informasjon at noen har det tøft eller er lei seg når man vurderer helheten. Så det er informasjon man burde formidle, men det er ikke dermed sagt at andre bør bruke den når man snakker med brukeren. Dette er en helhet jeg som ufaglært vikar pleier ikke kan vurdere men som mine overordnede må legge føringer for.

SYKDOMSARBEID

Sykdomsarbeid er definert av Corbin og Strauss (1985) som alt arbeid relatert til sykdom som den kronisk syke gjør i sitt eget hjem. Dette er også arbeid vi i hjemmesykepleien utfører. Variasjonen i type arbeid er stor og kompetanse avhengig, men sykdomsarbeidet er behovsstyrt fra brukerens side og er det arbeidet vi gjør for at brukeren kan fortsette å bo i eget hjem. Dette er kanskje den av de seks arbeidsformene som alle ville kalt for arbeid, og som av mange blir sett på som hovedoppgavene til hjemmesykepleien. Vi kunne kalt det mye, men jeg valgte å bruke det allerede definerte begrepet sykdomsarbeid eller *Illness trajectory* som Corbin og Strauss (1985) kaller det. Sykdomsarbeid er det som står på listen vår, prosedyrer og det brukeren har fått vedtak på. Det er lovpålagt og hver kommune har ansvaret for at disse blir gjennomført i tilfredsstillende grad. Jeg tar derfor utgangspunkt i at de prosedyrene man trenger er på plass når jeg skulle lage en kvalitets-sjekkliste. Medisinsk kvalitet, som jeg mener kan peke tilbake på sykdomsarbeid, er definert av Grepperud (2009) som en av formene for kvalitet som er viktig når man skal skape kvalitet i helsesektoren. Det er jeg helt enig i.

HVERDAGSARBEID

Hverdagsarbeid er definert av Corbin og Strauss (1985) som arbeid en kronisk syk gjør i sitt eget hjem. Dette handler om de oppgavene man må gjøre som å lage mat, spise mat, tørke over benken osv. Dette er arbeid vi i hjemmesykepleien hjelper til med å utføre. Dette er en form for oppgaver vi gjør, eller i det minste burde gjøre. Å vite at du skal rydde opp når du har laget mat er ikke for alle selvsagt når det kun står lage mat på arbeidslisten. Fra sjekklisten er ”Å respektere brukerens ønsker og preferanser” et punkt som kan være til refleksjon rundt hverdagsarbeid.

RELASJONSARBEID

Relasjonsarbeid er ikke definert tidligere i denne sammenheng, men det er en allerede anerkjent og selvfølgelig form for arbeid i helse- og omsorgssektoren. Det undervises i kommunikasjon og relasjoner i sykepleieutdanningen og i helsefagarbeiderutdanningen og det er fokus på relasjonene i arbeidshverdagen. Grepperud (2009) har omsorgskvalitet som en av sine kategorier, som resultat av hvordan personalet opptrer. Han legger mange former for arbeid til grunn for omsorgskvalitet, blant annet at personalet opptrer omsorgsfullt og møter pasienten med respekt. Dette er relasjonsarbeid, mens Grepperuds begrep om omsorgskvalitet dekker mye mer enn relasjonen. Livsendringsarbeid, slik det er definert av

Corbin & Strauss (1985), er arbeid den syke selv gjør for å takle endringer i livet. Hjemmesykepleiere gjør jo ikke dette, men vi støtter brukerne våre i deres livsendringsarbeid. Det arbeidet som gjøres av pleiere i denne sammenheng kunne kanskje kalles livsendringsstøttarbeid. Dette er viktig når det er aktuelt, men ikke en hovedaktivitet. Her har jeg derfor tatt dette inn som en del relasjonsarbeidet, og som er mer enn bare å støtte opp under livsendringsarbeid. Jeg har valgt å lage en egen kategori som kalles relasjonsarbeid fordi det avgrenser det relasjonelle fra omsorg mer generelt (Grepperud), og handler om mer enn å møte brukeren i livsendringer. Det handler også om normal høflighet, det å ha fokus på brukeren og ikke seg selv, og å opptre som en profesjonell omsorgsperson. Det første punktet på sjekklisten handler om relasjonsarbeid – ”Å behandle brukeren som person med respekt”.

SAMMENFØYNINGSARBEID

Sammenføyningsarbeid er alt arbeidet som må gjøres for at man skal kunne samarbeide, og som er identifisert i studien min som et viktig område for forbedring. Dette har jeg diskutert innledningsvis, som et mye brukt begrep i CSCW (Schmidt, 2011; Strauss, 1985).

KOMPLEKSITET – ALT HENGER SAMMEN

De seks arbeidsformene er analytiske distinksjoner, du kan ikke nødvendigvis alltid se forskjellen og en handling kan være mange former for arbeid på samme tid. Arbeid i hjemmesykepleien er veldig komplekst. De ulike arbeidsformene er også avhengige av hverandre og henger på den måten tett sammen. Grepperud (2009) sin kategori omsorgskvalitet er ganske betegnende for hvordan disse arbeidsformene er avhengige av hverandre. For at man skal oppleve omsorgskvalitet må man både gjøre godt informasjonsarbeid, diskresjonsarbeid og relasjonsarbeid. Å behandle brukeren og brukerens hjem med respekt er også diskresjonsarbeid, og en del av grunnlaget for at man skal kunne utvikle en god relasjon osv.

Informasjonsarbeid kan være avgjørende for at både relasjonsarbeid og sykdomsarbeid blir utført med god kvalitet. Hvis man ikke vet at en bruker trenger stor bleie på formiddagsbesøket for å unngå at det begynner å lekke, kan det bli veldig uheldig. Man må ha informasjonen. Men hvis man ikke har den, og bruker for liten bleie, blir det plutselig veldig viktig med diskresjonsarbeid. Når det kommer til sykdomsarbeid kan jo noen handlinger ha fatale utfall, som feilmedisinering, manglende behandling, feiltolking av symptomer og lignende. Sykdomsarbeidet kan også være avgjørende for en god relasjon. Gjør man feil kan

brukeren bli oppgitt, frustrert eller sint for at du ikke kan jobben din, og brukeren og pårørende kan miste tilliten til tjenesten. Det skaper ingen god relasjon.

På samme måten kan det være motsatt, en form for arbeid kan legge til rette for at brukeren kan oppleve god kvalitet i en annen form for arbeid. Slik som hverdagsarbeid kan legges til grunn for en god relasjon. Noen brukere blir ekstra glad når man tar over benken eller gjør en liten ekstra innsats på hverdagsarbeidsfronten, noe som gjør dem glade og åpne til en god relasjon. Jeg har også opplevd at en god relasjon og godt hverdagsarbeid kan dekke over dårlig sykdomsarbeid som følge av dårlig informasjonsarbeid.

Opplevelsen av helheten av tjenesten kan også påvirke en enkelt pleiers forhold til en bruker. En bruker som er frustrert over organiseringen, at det kommer så mange forskjellige brukere til ulike tider for eksempel, kan være misfornøyd selv om et enkelt besøk ble gjennomført med både godt sykdomsarbeid, relasjonsarbeid, hverdagsarbeid og diskresjonsarbeid. Mens brukeren egentlig er misfornøyd med informasjonsarbeidet og sammenføyningsarbeidet til helheten av tjenesten.

De seks arbeidsformene henger så tett sammen at de kan være vanskelig å skille. Likevel mener jeg at dette viser hvor viktig det er å ha fokus på alle seks for at brukeren skal oppleve kvalitet i hjemmesykepleien. Et informasjonssystem som skal utvikles må kunne understøtte og skape flyt mellom disse arbeidsformene.

STØTTE FRA NOVISE TIL EKSPERT

Et informasjonssystem som skal kunne understøtte kvalitet må også kunne være til nytte på alle nivåer, fra noviser, som bare kan utføre enkle prosedyrer, og helt opp til mester, der man tar beslutninger intuitivt, ser det store bildet og kjenner helheten. Dreyfus og Dreyfus sine nivåer kan være nyttige utgangspunkt når man skal vurdere hva de ulike gruppene trenger av informasjon og hva slags informasjon de kan forventes å gi tilbake. En novise som ikke ser eller forstår helheten kan heller ikke forventes å skulle rapportere tilbake den nødvendige informasjonen, rett og slett fordi han eller hun antagelig ikke registrerer den. Faktorer som har betydning for den medisinske kvaliteten er blant annet helsepersonellens utdanning og erfaring (Grepperud, 2009). Hjemmesykepleierne som skal utføre alle disse arbeidsformene har veldig ulikt utgangspunkt. Noen kommer rett fra videregående, det er mange som meg som jobber der ved siden av helt andre typer studier. Noen er leger under utdanning, noen er

helsefagarbeidere og ganske mange er sykepleiere. Noen jobber fulltid, andre jobber deltid, og det er mange vikarer som jobber en gang i blant eller i perioder. Det kan også stor forskjell i kulturell bakgrunn, språkforståelse og generell kunnskap om det norske helsesystemet. Jeg har diskutert hvordan de ulike formene for arbeid kan utføres av de ulike kompetansenivåene. Og alle skal ha som mål å utøve god praksis.

En operasjonell sjekklister

Et system må kunne støtte både novisen, ekspertene og en god praktiker. Forslaget til sjekklister er et eksempel på hvordan man kan skape et felles grunnlag av informasjon. Tanken med en slik sjekklister er at den kan være en norm, en prosedyre for en god praktiker, der hjemmesykepleiere skal utføre alle punktene på kvalitetssjekklister ved hvert besøk. Med det mener jeg ikke at de må krysse av på en sjekklister hver gang, for jeg ønsker ikke at systemet skal være førende for hvordan de utfører arbeidet på en negativ måte.

En praktiker lærer, og over tid kan en slik sjekklister kanskje bli taus automatisk kunnskap. Men det kan allikevel være nyttig å innimellom få opp spørsmålet. Kanskje kan man gjennom systemet får et spørsmål i uken, kanskje man får fire spørsmål pr vakt, eller et månedens spørsmål. Eller en ordning som gjør at man får spørsmål ofte nok til å huske og lære og reflektere, men sjelden nok til at det ikke blir noe du bare krysser bort uten å tenke. Sjekklister er ment til refleksjon, så man kunne også skape fora for refleksjon. Hvis et informasjonssystem ender med å bli så bra at det egentlig er mindre eller lite behov for morgenmøte og rapport, kan det være en ide å ha refleksjonsmøter i stedet, hvor man kan ta opp krevende spørsmål, situasjoner man er usikre på eller liknede.

Erstatningen

Målet må være at et system så godt det lar seg gjøre støtter hjemmesykepleierne i deres ulike former for arbeid, og bistår slik at det bedrer kvaliteten for både brukeren og pårørende. For at det skal fungere optimalt må det både være et arbeidsverktøy for hjemmesykepleierne samtidig som det kan være kommunikasjon- og informasjonskanal mellom bruker /pårørende og hjemmesykepleieren. Vi ser i dag at det er mange ulike former for verktøy som brukes i informasjonsarbeidet, fra stasjonære PCer med journal- og allokeringssystemer og data-genererte kjørelistene til håndskrevne dag- og kveldsbøker, permer, løse lapper og private telefoner. Mye informasjon kommuniseres også bare muntlig, og mye finnes bare i hodene til pleierne.

Det er en grunn til at man bruker så mange ulike måter å kommunisere viktig informasjon på, og fortsatt kan bruke håndskrevne bøker og lapper. Disse er forsøkt fjernet med retningslinjer om at man skal plote det inn i journalsystemet isteden, for det er tryggere og bedre. Men det er en grunn til at det ikke blir gjort, og det er at det er tungvint og ikke fungerer i praksis. For da må det vente til du er på kontoret, til en PC er ledig, kanskje logge på to steder før du kan lete deg frem til rett bruker og skrive inn informasjonen. Det tar for lang tid, og i mellomtiden kan du også ha glemt det, for oppgavene strømmer på. Derfor er lapper fortsatt i omløp i stor grad. En enkel praktisk ting som en lapp med en beskjed kan ikke erstattes av noe som er mer tungvint. Den må erstattes med noe som er like lett og helst lettere. Dette kan være at det er like enkelt, samtidig som informasjonen kommer til rett person med en gang.

Informasjonsmedium

Hvordan det er best å få informasjonen er også et spørsmål. Hvordan får man best med seg det som er vesentlig – tekst, lyd, video, bilde eller ansikt til ansikt? Mange av pleierne jeg har snakket med er veldig glade i rapport-situasjonen. Jeg spurte litt om hvorfor, for man trenger jo ikke all informasjonen som kommer til sin vaktliste. De svarte at de likte å ha oversikten og det sosiale rundt situasjonen, selv om de kanskje ikke skulle til pasienten denne dagen, men kanskje en annen dag. Det sosiale er et aspekt som er viktig å ha med i vurderingen av valg og trivsel på jobb. Tar man bort alle sosiale møtepunkter slik at hjemmesykepleierne aldri sitter sammen kan det forringe trivsel og motivasjon. I Buurtzorg har de bare et fellesmøte i uken. De stortrives for det, og har løst behovet for fellesskap og sosial kontakt med hverandre ved at de fleste drar inn og spiser lunsj sammen selv om det ikke er planen.

Erstatte rapporten

En annen utfordring hvis man skal ta bort disse møtepunktene, er at man mister den største læringsarenaen. På disse møtene diskuteres mye. Selv om jeg ikke var med i diskusjoner og vurderinger, hører man hvordan de andre vurderer, prioriterer og resonerer, og det blir et grunnlag for hva man selv mener burde gjøres og hva som er riktig. Tar man bort slike læringssituasjoner burde man, slik jeg ser det, erstatte dem med noe annet. Det må i det minste være et bevisst valg å ta det bort. De kan også erstattes med andre ting. Istedenfor å ha to møter – morgenmøte og rapport pr vakt – kan det organiseres mer målrettede møtepunkter en gang i uken, en gang i måneden eller likende der man diskuterer aktuelle ting. Dette kan

for eksempel være en refleksjonsgruppe for å sette fokus på aktuelle vanskelige situasjoner, de ulike arbeidsformene og/eller spørsmål fra en sjekklister.

Dokumentasjonsbehov

Dokumentasjonsbehovet er stort, både beskjeder, journaler og generell dokumentasjon. Det er viktig å vurdere om man bør differensiere mellom hvem som får skrive inn hva og hvor. Hvis alle noviser for eksempel kan skrive inn hva de vil hvor de vil kan det hende det vil bli store feilkilder. Man burde få dokumentere til sitt ferdighetsnivå, altså en novise som kan utføre en prosedyre men ikke særlig mer enn det burde dokumentere at prosedyren er utført, men alle tips og andre tanker skal kanskje ikke dokumenteres. Er det noe en novise vil formidle kan for eksempel prosedyren være å gå via en mester før det går inn i et system og blir kilde til informasjon for andre.

SAMARBEID MED BRUKER OG PÅRØRENDE

Brukere og pårørende har innimellom behov for å gi beskjeder til hjemmesykepleien. Hvordan denne informasjonen mottas og videreformidles er viktig. Det vil være en stor fordel om et informasjonssystem også kunne innebære slik dialog. Et system vil for eksempel kunne samle informasjon som kommer inn på SMS og E-post rett i systemet. Man kan ha en del av systemet som er delt for bruker, evt. også pårørende, og hjemmesykepleien. Kanskje en kalender-funksjon, der man ser når hjemmesykepleien kommer og hva de skal gjøre, kanskje også hvem som kommer med bilde og navn. Det at man ikke vet hvem som kommer når de kommer, er noe av det jeg har fått flest tilbakemeldinger fra brukere og pårørende om. Man sitter bare og venter. Kanskje de brukerne som mestrer det, eventuelt ved hjelp av venner og pårørende, kan legge ting rett inn i systemet både av beskjeder kommentarer og flytting på besøk.

Jeg tror at mange av brukerne vil fortsette å bruke telefonen til å gi beskjeder, hvert fall i noen år til, til de eldre er stødige på teknologi. For at kvalitetssikringen skal bli bedre på informasjonen som gis på telefon, kunne systemet være koblet til telefonen slik at hvis fru Jensen ringer, kommer informasjonen om fru Jensen opp på skjermen, slik at man kan si hei, og vite hvem som ringer og ha nøkkelinformasjonen tilgjengelig.

SAMARBEID MELLOM HJEMMESYKEPLEIERE

Samarbeid mellom pleierne er også en utfordring. Stort sett er vi ute alene, å kunne kommunisere både med vekten før vekten etter og de pleierne på samme vakt er et behov som kan være krevende å dekke.

Kommunikasjon mellom vakter

Istedenfor lapper hos brukeren og muntlige rapporter kan kommunikasjonen mellom vakter dekkes i systemet av en liten oppsummering som dukker opp øverst på brukeren ved neste vakt som en slags status. ”Alt var bra i dag, fru Hansen får besøk av datteren som skal lage middag”. Da vet neste vakt både at alt var bra og har noe å snakke om. Eller ”Jeg rakk ikke å ta oppvasken, sorry”. Fint å kunne gi slike beskjeder også, slik at nestemann er forberedt og vet at man måtte prioritere noe annet som var viktigere akkurat da.

Kommunikasjon mellom pleiere på vakt

I dag kommuniserer pleiere på vakt ofte på telefon ved behov. Behov kan være at noe har skjedd, man er usikker på noe, man trenger hjelp eller man vil hjelpe andre. En telefon er lite diskret. Den høres ofte godt og avbryter situasjonen man er i, og vi har ingen kontroll på når den vil ringe. Når telefonen ringer midt i et besøk forstyrrer det kontakten, og det er uhøflig å ta telefonen for eksempel midt i et stell. Samtidig må vi være tilgjengelige hvis det er noe viktig. Derfor ville det vært praktisk om vi kunne følge hverandre uten å måtte snakke sammen. Når jeg for eksempel har fylt ut kvalitets-sjekklisten hos fru Hansen, eventuelt et valg ”ferdig hos bruker”, så vil det være nyttig om de andre kan se at jeg er ferdig der. Det trenger ikke være informasjon som skal komme opp automatisk hos de andre, men hvis de går inn og sjekker så kan de se at jeg for eksempel har tre besøk igjen, mens en annen alt er ferdig og kanskje kan avlaste meg. Man kunne for eksempel ha en rød farge på de som har litt knapt med tid og grønn på de som er i rute, slik at man lett kan se hvem som trenger hjelp og hvem som kan hjelpe til. Innimellom er man i situasjoner der man ikke får ringt og sagt i fra at man bruker veldig lang tid av ulike grunner, da kunne informasjonssystemet fanget opp det når en linje blir rød og har litt dårlig tid kunne den sagt i fra til en som er grønn at her kunne det trenges hjelp.

ORGANISERING

Rammene og organiseringen av hjemmesykepleien er en faktor Grepperud (2009) definerer som viktig for medisinsk kvalitet. En studie gjort her i Norge viser at det er mange ulike pleiere innom. Studien så på 79 brukere, over fire uker viser at de i snitt hadde 51 besøk fra hjemmesykepleien og et snitt på 17 ulike pleiere (Gjevjon, Eika, Romøren, & Landmark, 2014). Dette blir også hyppig luftet i media, av enten frustrerte pårørende eller brukerne selv, Det er nok ofte ekstremeksemplene, men det finnes mange (Berg & Stensholt, 2011; Bore, 2010; Syversen & Save, 2014; Ude, 2015; Vinje, 2010). I Frogner bydel i Oslo har de hatt et prøveprosjekt med en egen demensavdeling som opererer mellom kl 08 og 15.30 i ukedagene, mens resten av tiden er den underlagt sitt område og ”vanlig” organisering. Denne demensavdelingen har testet aktiv bruk av primærkontakter. Alle sier de har primærkontakter, men ofte møter man dem aldri. Jeg har snakket med flere pårørende som sier nettopp det; primærkontakt, ”ja mor har nå fått en, men vi vet ikke hvem hun er, vi har aldri sett henne”. I bydel Frogner har de nå praktisert en-to pleiere på hver bruker. En pårørende beskriver det i et debattinnlegg som ”kontinuitet er kanskje det viktigste i eldreomsorgen” der de har merket enorm endring på en ellers forvirret mor, som plutselig er mer oppegående, og de får tilbakemeldinger fra dagsenter og andre som lurte på hva som har skjedd. Jeg har snakket med flere ved den avdelingen som også er veldig fornøyde, og håper de får fortsette og at det også kan overføres til andre avdelinger, ikke bare demensavdelingen. Det å ha faste personer som var innom førte til at man så andre behov, fikk bedre kontakt og kunne følge opp ting fra dag til dag. I den nederlandske Buurtzorg-modellen opererer med team som ikke er større enn maks 12 personer, ikke årsverk, men personer. Det kan høres mye ut, men det skal dekke 24 timer i døgnet 7 dager i uken hele året rundt. I dag er antallet ofte mye høyere.

VAR JEG UHELDIG?

Man kan kanskje tenke at jeg har observert hjemmetjenester med uvanlig gammeldagse informasjonssystemer, og at det sikkert er bedre andre steder. Men det er lite som tyder på det. Såvidt jeg vet har ingen funnet noen god løsning på informasjonsutfordringen.

Informasjonssystemene mange steder stammer fra forrige årtusen. Man har også mange steder forsøkt seg på nye systemer, men de tar gjerne for seg bare deler av arbeidsformene, som regel med hovedvekt på dokumentasjon, ikke informasjon og kommunikasjon. Dermed støtter de ofte ikke hverdagen til pleieren, tvert i mot. Pleierne må legge om arbeidet og strukturere det etter dokumentasjonssystemet, og ikke etter brukernes behov.

METODEDISKUSJON – STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER

Sherlock Holmes til Dr. Watson:

- Du ser, men du iakttar ikke. Forskjellen er klar. For å ta et eksempel. Du har ofte sett trappen som fører fra hallen og opp til dette rommet?
- Ofte.
- Hvor ofte?
- Sikkert flere hundre ganger.
- Hvor mange trinn har den så?
- Hvor mange hm, nei, det vet jeg ikke.
- Akkurat. Du har ikke observert. Ikke iaktatt. Og likevel har du sett. Det var nettopp dit jeg ville. Nå, jeg vet at det er sytten trinn, for jeg har både sett og iaktatt.

Arthur Conan Doyle: Skandale i Bøhmen (1891)

Jeg har brukt auto-etnografi som metode en egen sjanger innen deltagende observasjon, der jeg har ”gått native”. Det er en subjektiv øvelse der mine egne tanker og refleksjoner danner grunnlag for funnene. Det strider imot en naturvitenskapelig objektivitet som for mange er eneste måten å komme frem til sikker kunnskap på. Det jeg har gjort er langt mer avansert enn å telle trapper, som Sherlock Holmes, da det i denne undersøkelsen ikke finnes et rett svar, men mange. Men også min undersøkelse er avhengig av evnen til observasjon og iakttagelse, og den kan jeg vanskelig vurdere selv. Auto-etnografi er også en metode som ikke bare er subjektiv men mer omfavner ens egen stemme, og på den måten har jeg også fremstilt mine funn. Jeg har en muntlig fremstilling, mer som fortellinger nettopp av denne grunn. Jeg har også bare observert i en kommune i Norge og i en privat organisasjon i Nederland. Det gir et begrenset utvalg, men jeg har et stort materiale. Jeg kunne kanskje presentert mer av dette for å dokumentere grunnlaget for analysen, men på den andre siden ville det føre til at oppgaven ble svært lang.

Jeg er overbevist om at man ikke ville fått vite alt jeg har kunnet se ved et intervju. I og med at mye av arbeidet er usynlig arbeid og mye av informasjonen er taus kunnskap, vil dette være vanskelig å få vite på andre måter. Selv ved bare observasjon vil et være vanskelig å oppdage da det kan være vanskelig å begrunne og arbeidsformene tilsynelatende kan se like ut.

Jeg har kunnet gå i dybden, istedenfor å se overflaten mange steder. Jeg har kunnet bli ordentlig kjent med både oppgaver, pleiere, organisering og ikke minst med brukerne. Jeg har kun sett på en organisering og som jeg nevnte innledningsvis finnes det mange ulike dager, organiseringer og ulike informasjonssystemer som støtter. Jeg har valgt å se på det som kan være over alt, ikke et system men arbeid og omsorg. Alle hjemmesykepleiere utfører arbeid,

og mange av oppgavene er like selv om brukerne er ulike og kommunene er en annen. Alle mennesker har behov for respekt selv om man er ulike og kommunen er i en annen. Kriteriene jeg har kommet frem til er ikke system spesifikke, men arbeids- og behov spesifikke. Mine funn sammenfaller godt med andres funn (Consolvo et al., 2004; Hafskjold et al., 2016; Helgesen, 2014; Sundler et al., 2016) og statlige forventninger (HOD, 2011; Meld. St. 10 (2012-2013), 2013; Meld. St. 26, 2014-2015; Meld. St. 29, 2012-2013). Jeg har gått mange runder med meg selv underveis og dette har ført til iterasjoner og endringer i utføringen av undersøkelsene. Jeg har være deltagende observatør uten språk og med fokus på praktiske ting og telling, via deltagende observatør med språk med samme fokus til ”go native” der jeg først hadde fokus på å gjøre alle de praktiske tingene og tellingen til å ha fokus på kvalitet (Se tabell 1, metode iterasjoner). Dette tror jeg er en styrke da jeg underveis både lærer og endrer og tilpasser.

KONKLUSJON

Problemstillingen for denne oppgaven er: Hvilke former for arbeid må gjøres for at brukerne av hjemmesykepleien skal oppleve god kvalitet? Sentrale underspørsmål er hvilke informasjonsbehov som finnes og hvilke momenter en eventuell sjekkliste over kvalitetskriterier bør inneholde

Jeg har funnet seks hovedformer for arbeid som hjemmesykepleien utfører; sykdomsarbeid, hverdagsarbeid, informasjonsarbeid, diskresjonsarbeid, relasjonsarbeid og sammenføyningsarbeid. Når man skal lage et informasjonssystem for hjemmesykepleien for å støtte god kvalitet er det viktig at systemet blir helhetlig, og støtter både alle de seks hovedformene for arbeid, samspillet mellom disse og arbeid som utføres på ulike nivåer, fra novise til ekspert.

Vi ønsker at hjemmesykepleien skal ha god praksis. Gjennom forslaget til sjekkliste har jeg konkretisert noen kvalitetskriterier som kan legges til grunn for en helhetlig løsning som kan bidra til kvalitet i hjemmesykepleien. Denne sjekklisten er ment til refleksjon og læring, og skal bygge opp under arbeidet som utføres. Jeg tror at denne kan bidra til at man fortere kan komme oppover i ferdighetstrinnene på veien til å bli en god praktiker, for i hjemmesykepleien i dag er det mange ufaglærte vikarer. Hvis tjenesten består av gode praktikere vil det være mindre krav til informasjonssystemene for at tjenesten skal bli god.

For at denne sjekklisten skal fungere må dagens ordning endres. Pleierne, brukerne og pårørende må få den informasjonen de trenger. Informasjonen de trenger er individuell – en novise trenger mer informasjon enn en mester. Det må være et brukerorientert system som dekker informasjonsbehovet i alle arbeidsformer. Det kanskje viktigste er at et slikt system må være enklere og bedre å bruke enn slik det er i dag – det må være lett å bruke og tilføre en verdi for pleierne for at det skal bli en suksess.

LITTERATURLISTE

- Alsvik, K. (2009). Kropps-språket avslører ham. *Kvinner og klær*.
- Benner, P. (1984). From novice to expert. *Menlo Park*.
- Berg, L., & Stensholt, A. D. (2011). Kvinne skal ha blitt kvalt av mat. *nrk.no/telemark*. Retrieved from <https://www.nrk.no/telemark/sendte-brev-til-helsetilsynet-1.7829628>
- Berge, J. (2015). Bruker hjemmesykepleierne mer enn fem minutter på eldrehjelp, begynner en rød alarm å blinke. Retrieved from <http://www.side2.no/aktuelt/bruker-sykepleierne-mer-enn-fem-minutter-pa-eldrehjelp-begynner-en-rd-alarm-a-blinke/3423132564.html>
- Blomberg, J., & Karasti, H. (2013). Ethnography: positioning ethnography and politics-in-action. In J. Simonsen & T. Robertson (Eds.), *Routledge International Handbook of Participatory design* (pp. 86-116). New Yourk: Routledge.
- Bore, M. R. (2010). 30 hjelpere på én måned. *aftenbladet.no*. Retrieved from <http://www.aftenbladet.no/nyheter/lokalt/stavanger/30-hjelpere-pa-n-maned-1962102.html>
- Bossen, C., Christensen, L. R., Grönvall, E., & Vestergaard, L. S. (2013). CareCoor: Augmenting the coordination of cooperative home care work. *International journal of medical informatics*, 82(5), e189-e199.
- Bowker, G. C. (1997). Lest we remember: Organizational forgetting and the production of knowledge. *Accounting, Management and Information Technologies*, 7(3), 113-138.
- Braseth, J.-F. (2012). Ikke la deg lure! Myte om kroppsspråk. *detvardetjegsa blogg*.
- Bratteteig, T. (2004). *Making Change. Dealing with relations between design and use*. (Dr. Philos. dissertation), University of Oslo.
- Bratteteig, T., Bødker, K., Dittrich, Y., Mogensen, P. H., & Simonsen, J. (2013). Methods. In J. Simonsen & T. Robertson (Eds.), *Routledge international handbook of participatory design* (pp. 117-144). New Yourk: Routledge.
- Bratteteig, T., & Wagner, I. (2013). *Moving healthcare to the home: The work to make homecare work*. Paper presented at the ECSCW 2013: Proceedings of the 13th European Conference on Computer Supported Cooperative Work, 21-25 September 2013, Paphos, Cyprus.
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., Bensing, J. M., & Grypdonck, M. H. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 91-103.
- Connell, R., & Skiphamn, S. s. (2011). Knallharde prioriteringer i hjemmetjenesten. *Drammens tidende*, (Onsdag 15. juni). Retrieved from <http://www.dt.no/nyheter/knallharde-prioriteringer-i-hjemmetjenesten/s/2-2.1748-1.6457188>
- Consolvo, S., Roessler, P., Shelton, B. E., LaMarca, A., Schilit, B., & Bly, S. (2004). Technology for care networks of elders. *IEEE Pervasive Computing*, 3(2), 22-29.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1985). Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative sociology*, 8(3), 224-247.
- De Blok, J. (2011). Buurtzorg Nederland: a new perspective on elder care in the Netherlands. *AARP international the Journal*, summer.
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. California Univ Berkeley, Operations Research Center. (No. ORC-80-2)
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*.

- Ellingsen, D. (2006). Mens vi venter på eldrebølgen... *Samfunnsspeilet*, 5(6). Retrieved from
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: an overview. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, 273-290.
- Erling Holmøy, J. K. o. B. S. (2014). Behovet for arbeidskraft i helse-og omsorgssektoren fremover. Retrieved from
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*: Fagbokforlaget.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*, 41.10, 1439-1446.
- Folkehelseinstituttet (Producer). (2013). Livskvalitet og trivsel i Norge. Retrieved from <http://www.fhi.no/artikler/?id=107961>
- Gasser, L. (1986). The integration of computing and routine work. *ACM Transactions on information systems (TOIS)*, 4(3), 20.
- Gillsjö, C., Schwartz-Barcott, D., & von Post, I. (2011). Home: The place the older adult can not imagine living without. *BMC geriatrics*, 11.1(10.).
- GitteL. (2007). 90% av vår kommunikasjon är icke verbal. *personligutveckling.ifokus.se*.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I., & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553-563.
- Grepperud, S. (2009). Kvalitet i helsetjenesten- hva menes egentlig? *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Hafskjold, L., Eide, T., Holmström, I. K., Sundling, V., van Dulmen, S., & Eide, H. (2016). Older persons' worries expressed during home care visits: Exploring the content of cues and concerns identified by the Verona coding definitions of emotional sequences. *Patient Education and Counseling*.
- Helgesen, O. (2014). *Kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner*. Retrieved from
- Helsetilsynet. (2015). *Rett til helsetjenester i hjemmet (herunder hjemmesykepleie)* Retrieved from Oslo: <https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/Rett-til-hjemmesykepleie/>
- Herbig, B., Büssing, A., & Ewert, T. (2001). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34.5, 687-695.
- HOD. (2011). *Innovasjon i omsorg. NOU (2011:11)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Johansen, I. (2014). tid til omsorg tillit til faglighet i hjemmetjenesten: Fra Stoppeklokkeomsorg til tillitsreform. Retrieved from <http://www.ivarjohansen.no/temaer/eldreomsorg/4779-tid-til-omsorg-tillit-til-faglighet-i-hjemmetjenesten-fra-stoppeklokkeomsorg-til-tillitsreform.html>
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & de Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 1(4), 40-44.
- Kvalitetsforskriften. (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.* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.
- Kvalitetsveilederen. (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.* . Sosial- og helsedirektoratet
- Lillemoen, L., Haugen, K., Albrigtsen, E., & Lyngved, K. (2014). Hvorfor så opprørt over norsk eldreomsorg? *Dagens Medisin*, 11(12).

- Lognvik, A., & Øverbø, S. L. (2016). Aase (91) døde bak skjerm Brett på dobbeltrom. *nrk.no*. Retrieved from <https://www.nrk.no/telemark/aase-91-dode-bak-skjerm-brett-pa-dobbeltrum-1.13173718>
- Lysgaard, S. (1967). *Arbeiderkollektivet*: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 10 (2012-2013). (2013). *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>.
- Meld. St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from **Feil! Hyperkoblingsreferansen er ugyldig.**
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>.
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=samhandlingsreformen&ch=1-match_0.
- Monsen, K. (2013). Buurtzorg Nederland. *AJN The American Journal of Nursing*, 113(8), 55-59.
- NOU. (2011:11). *Innovasjon i Omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>.
- NSF. (2009). *Rapport 2009-072 Bemanning i kommunal pleie og omsorg*. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/258546/Bemanning>
- Nøra, S. (2015). Har ikke tid til å oppdage deprimerte eldre. Retrieved from <http://forskning.no/aldring-depresjon/2015/01/oppdager-ikke-deprimerte-pasienter-i-tide>
- Randall, D., Harper, R., & Rouncefield, M. (2007). *Fieldwork for design: theory and practice*: Springer Science & Business Media.
- Reber, A. S. (1989). Implicit learning and tacit knowledge. *Journal of experimental psychology: General* 118.3, 219.
- Richardson, C., Percy, M., & Hughes, J. (2015). Nursing therapeutics: teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse education today*, 35(5), e1-e5.
- Råness, H. M. (2016). Jeg er ei jente på 19 år og jeg tørker rumpe på jobb. *adressa.no*. Retrieved from <http://www.adressa.no/meninger/ordetfritt/2016/08/10/Jeg-er-ei-jente-p%C3%A5-19-%C3%A5r-og-jeg-t%C3%B8rker-rumper-p%C3%A5-jobb-13160476.ece>
- Schmidt, K. (2011). The concept of ‘work’ in CSCW. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 20(4-5), 341-401.
- Schmidt, K. (2014). Praksisanalyse. In S. Vikkelsø & P. Kjær (Eds.), *Klassisk og moderne organisasjonsteori* (pp. 157-180). København: Hans Reizels forlag.
- Schmidt, K., & Bannon, L. (1992). Taking CSCW seriously. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 1(1-2), 7-40.
- Star, S. L., & Strauss, A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 8(1-2), 9-30.
- Strauss, A. (1985). Work and the division of labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1-19.

- Sundler, A. J., Eide, H., van Dulmen, S., & Holmstrøm, I. K. (2016). Communicative challenges in the home care of older persons - a qualitative exploration. *Journal of advanced nursing*.
- Syversen, C. P., & Save, I. (2014). Det er en overraskelse hver dag, fem ganger om dagen. *hioa.no/journalen*. Retrieved from <http://journalen.hioa.no/journalen/Magasin/2014/03/18/-det-er-en-overraskelse-hver-dag-fem-ganger-om-dagen>
- The commonwealth found. (2016). Home care by self- governing Nursing teams: the Netherland´s Buurtzorg Model. Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands>
- Ude, T. M. (2015). Anne har 20 ulike pleiere i uka. *Tønsbergsblad*. Retrieved from <http://www.tb.no/nyheter/vestfold/helsevesen/anne-har-20-ulike-pleiere-i-uka/s/5-76-50979>
- Vinje, E. (2010). Har mistet tilliten til hjemmesykepleien. *Moss avis*.
- WHOQOLgroup. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41.10, 1403-1409.