



Det helsevitenskapelige fakultet

## **Organisering av hjemmetjenesten for håndtering av komplekse forløp i forbindelse med palliativ omsorg**

*Hvordan utøver avdelingsledere i hjemmetjenesten ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt, og hvilke muligheter kan bidra til kvalitetsforbedring?*

Anniken Mikelborg Vassbotn

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid HEL-3961 mai 2022

# Forord

Studieforløpet går mot slutten. Master i helsefaglig utviklingsarbeid har gitt meg tre lærerike, men også veldig krevende år. Studiet har bidratt til ny inspirasjon og kunnskap som jeg tar med meg videre i arbeidslivet og livet for øvrig.

Jeg valgte å vie dette masterprosjektet til palliativ omsorg, et tema som engasjerer meg. Ved å undersøke avdelingsledere i hjemmetjenesten sine erfaringer fikk jeg en utvidet forståelse av feltet, og muligheter for utvikling. En stor takk til informantene som tok seg tid til å dele sine erfaringer som danner grunnlaget for oppgaven. Uten deres bidrag hadde ikke prosjektet latt seg gjennomføre.

Astrid Gramstad har vært en solid, støttende og kunnskapsrik veileder som har stilt opp gjennom hele prosjektperioden. Takk for konstruktive tilbakemeldinger og motiverende ord som har bidratt til å holde motivasjonen min oppe i perioder da veiledning har vært nødvendig for å komme videre i prosessen. Tusen takk til mine medstudenter for fine år. En spesiell takk til Hanna og Ine-Mari. Vi har delt gleder og frustrasjoner gjennom prosjektperioden, og det har betydd mye. Takk også til mine gode venninner, Elin og June, for korrekturlesing i innspurten.

Min arbeidsgiver Nordøya hjemmetjeneste skal ha takk for at jeg har fått muligheten til å være deltidsstudent gjennom tre år, og takk til Marit Agnarsdatter, min leder, som etter beste evne har lagt til rette for muligheten til å kombinere jobb og studier.

Takk til Norsk Sykepleierforbund for tildeling av stipend til gjennomføringen av masterprosjektet.

Sist, men ikke minst, takk til familie og venner for støtten. Min kjære Christoffer, du har med tålmodighet engasjert deg i prosjektet, støttet og hjulpet meg med stort og smått gjennom hele prosessen. Jeg er evig takknemlig. Ingvild og Tora, takk for at dere har vist forståelse for at jeg har tilbrakt utallige timer på kontoret, og for at dere har fått meg til å koble av innimellom.

Tromsø, mai 2022

Anniken Mikelborg Vassbotn

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Denne oppgaven handler om palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmet, og undersøker avdelingsledere i hjemmetjenesten sine erfaringer med å utøve ledelse i forbindelse med komplekse forløp. Politiske dokumenter legger føringer for muligheten til å tilbringe livets slutt hjemme. Avdelingslederne i hjemmetjenesten utøver ledelse i en organisasjon inspirert av New Public Management, ofte med begrensede ressurser.

**Hensikt:** Å få kunnskap om avdelingsledere sine erfaringer med å lede for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt, og å belyse utviklingsmuligheter.

**Problemstilling:** *Hvordan utøver avdelingsledere i hjemmetjenesten ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt, og hvilke muligheter kan bidra til kvalitetsforbedring?*

**Metode:** Studien er gjennomført med kvalitativ metode. Jeg har gjort semistrukturerte intervju med fem avdelingsledere i hjemmetjenesten fordelt på tre mellomstore kommuner med minst 20 000 innbyggere. I analyseprosessen har jeg benyttet stegvis-deduktiv induktiv (SDI) tilnærming til datamaterialet.

**Resultat:** Avdelingslederne benytter ulike strategier som bidrar til muligheten for å lede, og de kompensere for de i utgangspunktet begrensede mulighetene til gjennomføring av forløpene i hjemmet. Analysen førte frem til tre hovedgrupper med resultater: 1) Ledernes erfaringer: Hvordan de bidrar for å fasilitere omsorg ved livets slutt. 2) Balanse mellom å presse og ivareta medarbeiderne for å ivareta komplekse forløp.

3) Ressurssjonglering og kompetanseoversikt: Rett kompetanse til rett tid. Ved hjelp av teori om bakkebyråkratiet, de teoretiske begrepene *contradicting logics* og *sensemaking*, samt teori om relasjonell ledelse er resultatene diskutert.

**Konklusjon:** Avdelingslederne står i en krevende situasjon når de skal lede for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. Innovasjon og utviklingsarbeid kan bidra til å bedre forutsetningene til avdelingslederne i forbindelse med ledelse av forløpene.

**Nøkkelord:** Palliativ omsorg, avdelingsleder, sykepleieledelse, hjemmetjeneste, omsorg ved livets slutt

# Abstract

**Background:** This research paper concerns palliative end-of-life care and looks at homebased-care nurse managers' experiences concerning management in conjunction with complex trajectories. Political guidelines outline the possibility to end life at home. Nurse managers in homebased-care exercise leadership in an organization inspired by New Public Management, often teamed up with limited resources.

**Objective:** To acquire knowledge about nurse managers' experiences with leading to facilitate palliative end-of-life-care and to shed light on possibilities for development.

**Research question:** *How does nurse managers in homebased-care exercise leadership to facilitate palliative end-of-life care, and what possibilities can contribute to quality-improvements?*

**Methods:** The study was conducted with a qualitative method. I have done semi-structured interviews with five nurse managers in home-based care situated in three medium-sized municipalities with at least 20.000 inhabitants. A step-based deductive-inductive (SDI) method has been used in the process of analysis as an approach to the data material.

**Results:** The nurse managers use different strategies which contributes to the possibility to exercise leadership, and they compensate for the limited resources to facilitate the trajectories. The analysis brought forward three main groups of results: 1) Nurse managers experiences: How they contribute to facilitate end-of-life care. 2) The balance between pressuring and supporting their employees to manage complex trajectories.

3) Resource-juggling and competence overview: Right competence at the right time. Using theory of street-level bureaucracy, the theoretical terms of *contradicting logics* and *sensemaking*, as well as theory about relational leadership are used to discuss the results.

**Conclusion:** The nurse managers are in a demanding situation when they exercise leadership to facilitate end-of-life care. Innovation and development can contribute to better the prerequisite for the nurse managers when leading these trajectories.

**Keywords:** Palliative care, nursing leadership, nurse managers, home-based care, end-of-life care

# Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Palliativ hjemmebasert omsorg i kommunene.....	1
1.2	Problemstilling.....	4
1.3	Oppgavens oppbygning .....	4
1.4	Utviklingen av hjemmetjenesten .....	5
1.5	Avdelingslederen i møte med endringen mot en NPM-inspirert tjeneste .....	6
1.6	Helsepolitiske visjoner: Flere skal få hjelp hjemme.....	8
1.7	Forskningsfeltet .....	9
2	Teoretisk utgangspunkt .....	13
2.1	Bakkebyråkrati og motstridende mål.....	13
2.2	Contradicting logics og sensemaking .....	15
2.3	Relasjonell ledelse .....	16
3	Metodekapittel.....	18
3.1	Metodevalg .....	18
3.2	Utvalg og rekruttering .....	19
3.3	Produksjon av datamateriale.....	21
3.4	Analyse: Stegvis-deduktiv induktiv (SDI) tilnærming .....	23
3.5	Forskerposisjonen.....	26
3.6	Refleksivitet, validitet og reliabilitet .....	27
3.7	Metodekritikk .....	28
3.8	Forskningsetiske overveielser.....	29
4	Resultater.....	32
4.1	Ledernes erfaringer: Hvordan de bidrar for å fasilitere omsorg ved livets slutt.....	33
4.2	Balanse mellom å presse og ivareta medarbeiderne for å ivareta komplekse forløp.	35
4.3	Ressurssjonglering og kompetanseoversikt: Rett kompetanse til rett tid .....	40

5	Diskusjon.....	44
5.1	Forutsetninger: Lede store mengder arbeid med utilstrekkelige ressurser .....	44
5.2	Avdelingslederne sine strategier for å håndtere komplekse forløp .....	50
5.3	Relasjonen mellom lederen og medarbeiderne er nøkkelen til å lykkes .....	59
6	Avslutning .....	64
	Referanseliste .....	67
	Vedlegg 1 Intervjuguide.....	71
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv .....	73
	Vedlegg 3 Samtykkeerklæring .....	76
	Vedlegg 4 Vurdering fra NSD .....	77
	Vedlegg 5 Analysematrise .....	79

# 1 Innledning

Med denne masteroppgaven ønsker jeg å belyse hvordan avdelingsledere i hjemmetjenesten utøver ledelse i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt. Min erfaring som sykepleier i hjemmetjenesten gjennom de siste ni årene, er at tjenesten ikke er godt tilrettelagt for å ivareta forløpene. Årsaken er blant annet begrensede ressurser og tidvis manglende muligheter for fleksibilitet i arbeidshverdagen. Til tross for utfordringene blir palliative forløp i sen fase, gjennomført. Jeg har undret meg over hvordan avdelingsledere erfarer å lede forløpene som er komplekse og uforutsigbare. Med denne oppgaven ønsker jeg å undersøke avdelingsledere sitt perspektiv, da det er de som utøver ledelse for å fasilitere forløpene. Jeg vil starte med en introduksjon av feltet, og en beskrivelse avdelingslederne i hjemmetjenesten sin rolle.

## 1.1 Palliativ hjemmebasert omsorg i kommunene

Hjemmet som arena for palliativ omsorg i siste del av livet har de siste årene fått økende politisk oppmerksomhet blant annet i NOU 2017: 16 *På liv og død Palliasjon til alvorlig syke og døende*. I Norge er det omtrent 15 prosent som avslutter livet hjemme, mens de fleste dør på helseinstitusjon, sykehus eller sykehjem (NOU 2017: 16). Internasjonalt viser studier at et flertall ønsker å tilbringe siste del av livet hjemme, og å dø i eget hjem (Bannon et al., 2018; Gomes, Calanzani, Gysels, Hall & Higginson, 2013; Vidal et al., 2020). Her til lands finnes det mindre forskning som tar for seg ønsket om å dø hjemme, men det er grunn til å tro at det er likheter mellom Norge og andre vestlige land (Rønsen, 2020).

I en studie som tar for seg Norge og andre sammenlignbare land, blir det spurt om vår lave andel av hjemmedød kan henge sammen med at det er for dårlig utbygde og tilrettelagte palliative omsorgstilbud for døende og deres nærmeste generelt, og tilrettelagte tilbud i hjemmet spesielt (Bekelman et al., 2016). Det ble gjort en nasjonal gjennomgang av dødsfall for 2012 og 2013 der det framkommer at dødsårsaken for de som bodde hjemme var sykdom

relatert til sirkulasjonssystemet og kreft, og under halvparten av tilfellene av hjemmedød var planlagte (Kjellstadli, Husebø, Sandvik, Flo & Hunskaar, 2018).

Palliativ omsorg handler om behandling, pleie av og omsorg for uhelbredelig kronisk syke, og pasientene i palliativ fase har mange sammensatte utfordringer (Rønsen, 2020). Begrepet *palliativ omsorg* bygger på WHO sin definisjon av *palliative care*.

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual (WHO, 2020).

Feltet innebærer flere utfordrende situasjoner både faglig og etisk i forbindelse med livsforlengende og lindrende behandling, samt palliativ omsorg i livets siste fase (Rønsen, 2020). Når jeg i denne oppgaven omtaler *omsorg ved livets slutt*, tar jeg utgangspunkt i følgende definisjon: «Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (NPF og NFPM, 2016). Hvor personer i palliativ fase ønsker å avslutte livet, kan endre seg gjennom forløpet både hos dem selv og de pårørende, og ønsket utvikler seg i et sensitivt samspill mellom pasienten, pårørende og helsearbeidere (Rønsen, 2020).

Kommunene har en rekke oppgaver relatert til helse og omsorg, og med en økende andel eldre i befolkningen vil det bli flere som lever lenger med mange og sammensatte kroniske tilstander (Rønsen, 2020). Den økende andelen eldre er blant annet med på å stille stadig høyere krav til hjemmetjenesten, og det er ulikt i hvor stor grad kommuner eller bydeler innehar tilstrekkelig kompetanse og nødvendig personell for å følge opp alvorlig syke og døende i hjemmet. I de nasjonale faglige retningslinjene (Helsedirektoratet, 2015a) blir det foreslått en organisering som innebærer blant annet ressurspsykeleier, gjerne en kreftpsykeleier, og kreftkoordinator i hver kommune som skal ha en rådgivende og veiledende funksjon overfor hjemmesykepleien. Kreftkoordinator og kreftpsykeleier sine oppgaver blir beskrevet å være veiledning til medarbeidere og oppfølging av pasienter i palliativ fase med særlige utfordringer (Hov, Bjørslund, Kjøs & Wilde-Larson, 2021). En



utfordring i forløpene er samhandling mellom tjenestenivåene på tvers av sektorene (Helsedirektoratet, 2015b). Til tross for utfordringer knyttet til samhandling, som er av stor betydning for forløpene, har jeg valgt å avgrense dette prosjektet til å handle om avdelingslederne i hjemmetjenesten.

Palliativ omsorg ved livets slutt er uforutsigbart og stiller tidvis krav om økte ressurser og fleksibilitet hos hjemmetjenesten. I følge Rønsen (2020) blir det på dette stadiet stilt krav til volum og kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet. Avdelingslederne som ofte er kvinner og sykepleiere, har en mellomlederrolle i hjemmetjenesten. På organisatorisk nivå befinner de seg mellom toppledelsen og medarbeiderne i avdelingen. Rasmussen og Vabø (2014) beskriver skvisen avdelingslederne befinner seg i, mellom styringskrav og krav om forsvarlig hjelp og pleie. Solbakken (2020, s. 84) omtaler avdelingslederne sin hverdag i en ensom posisjon i hjemmetjenesten der de forsøker å gjøre det beste for pasientene og medarbeiderne, på samme tid som de strever med å leve opp til forventinger og krav til den formelle lederrollen de befinner seg i. Jeg ser for meg at det må være spesielt krevende for avdelingslederne å skulle lede hjemmetjenesteavdelingen i faser da de skal fasilitere komplekse forløp ved livets slutt. Det blir derfor interessant å se nærmere på hvordan avdelingsledere i hjemmetjenesten håndterer å lede arbeidet i sine respektive avdelinger. Deres erfaringer med å lede skal derfor bli undersøkt i dette prosjektet.

## 1.2 Problemstilling

I dette masterprosjektet vil avdelingsledere sine erfaringer med å lede hjemmetjenesteavdelingen i perioder da de ivaretar palliativ omsorg ved livets slutt bli undersøkt, og jeg vil underveis drøfte muligheter til forbedringsarbeid. Følgende problemstilling danner grunnlag for oppgaven:

*Hvordan utøver avdelingsledere i hjemmetjenesten ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt, og hvilke muligheter kan bidra til kvalitetsforbedring?*

For å besvare problemstillingen har jeg noen utdypende forskningsspørsmål:

- Hvilke forutsetninger har avdelingsledere for å fasilitere forløpene?
- Hvordan kombinerer avdelingsledere fag og ledelse?
- Hvilke dilemmaer må avdelingsledere ta stilling til for å motivere medarbeiderne til å jobbe som et team i forbindelse med forløpene?

## 1.3 Oppgavens oppbygning

Som grunnlag for å undersøke hvordan avdelingsledere i hjemmetjenesten utøver ledelse for å fasilitere forløpene, vil jeg sette søkelys på hvordan hjemmetjenesten har utviklet seg fram til i dag. Deretter vil jeg beskrive hvordan avdelingslederne sin rolle har endret seg i forbindelse med innføringen av en organisasjonsform inspirert av New Public Management (heretter NPM). Så presenterer jeg politiske dokumenter og føringer som er av betydning for avdelingslederne. Forskning om sykepleieleidelse, hjemmesykepleiere sine erfaringer og pasientene sine erfaringer blir belyst. I kapittel 2 redegjør jeg for teoretiske ressurser som anvendes i diskusjonskapitlet. I kapittel 3 tar jeg for meg metodisk tilnærming i studien, fremgangsmåte i forskningsprosessen, analyse, styrker og svakheter ved studien og etiske overveielser. I kapittel 4 blir resultatene fra studien presentert. Kapittel 5 inneholder diskusjon av resultatene i lys av teori og forskning. I siste kapittel blir oppgaven oppsummert, og jeg diskuterer behov for videre forskning.

## 1.4 Utviklingen av hjemmetjenesten

Et viktig utgangspunkt for å se nærmere på hvordan avdelingsledere i hjemmetjenesten leder avdelingen sin for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt, er å se tilbake på hvordan tjenesten har utviklet seg og endret form fram til i dag. Fra 1960-årene ble hjemmetjenesten en del av den moderne eldreomsorgen, og har siden den gang vært i stadig endring. I starten var tjenesten i all hovedsak en praktisk og sosial hjelpetjeneste med arbeid som var lite organisert (Rasmussen & Vabø, 2014). I perioden mellom 1970 og 1980 ble omsorgstjenestene fordoblet målt i årsverk, og antallet som mottok hjemmetjenester og som var i aldersinstitusjoner økte betraktelig i løpet av den samme perioden. Hjemmetjenesten ble innlemmet i lovverket ved innføringen av lov om helsetjenesten i kommunene i 1984 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Fra 1980-årene og utover ble det økende behov for tjenester i eldreomsorgen. Større grad av mobilitet og sentralisering kombinert med at stadig flere kvinner begynte i arbeid utenfor hjemmet, bidro til at et flere eldre enn før manglet familie i nærmiljøet som kunne ta seg av dem da de ble gamle og fikk behov for bistand i hverdagen. Det var på denne tiden hjemmetjenesten virkelig endret form til et profesjonelt organisert arbeid (Vabø, 2007).

Med innføringen av rammefinansiering fikk kommunene ansvar for å prioritere mellom ulike tjenesteformer og sørge for at ressursene ble utnyttet best mulig (Rasmussen & Vabø, 2014). For å håndtere presset på ressursene reduserte de fleste kommunene antallet kostnadskrevende institusjonsplasser, for det meste aldershjem. Samtidig overtok hjemmetjenesten omsorgsansvaret. Politikken har siden da vært å samordne, bygge ut og tilby hjemmebasert framfor institusjonsbasert omsorg (Rasmussen & Vabø, 2014). I tillegg har hjemmetjenestene på 2000-tallet blitt mer og mer konsentrert om de som har det største hjelpebehovet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). For hjemmetjenesten har denne utviklingen ført til endrede arbeidsoppgaver som igjen har medført ny yrkesprofil med flere helsefagarbeidere og sykepleiere (Rasmussen & Vabø, 2014).

Utviklingen mot mer hjemmebaserte tjenester ble ytterligere forsterket som følge av at ansvar og oppgaver ble overført fra spesialisthelsetjenestene til kommunene, spesielt i etterkant av samhandlingsreformen i 2012. Pasienter blir skrevet ut fra sykehus tidligere enn før, og

behandlingen fortsetter i hjemmet (Førland & Folkestad, 2016). Jeg har nå belyst hvordan hjemmetjenesten har utviklet seg og endret form gjennom profesjonalisering, og tendensen til at det stadig er flere som mottar hjemmebasert omsorg. I neste avsnitt vil jeg se nærmere på hvordan avdelingslederne sin rolle utviklet og endret seg.

## **1.5 Avdelingslederen i møte med endringen mot en NPM-inspirert tjeneste**

Avdelingslederne sine forutsetninger for å utøve ledelse i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt kan tenkes å være endret som følge av inspirasjon fra markeds- og bedriftsinspirerte styringsideer som har påvirket avdelingslederrollen i løpet av de siste vel 20 årene. Tradisjonelt har avdelingslederne hatt en fleksibel og selvstyrt arbeidsform i hjemmetjenesten (Rasmussen & Vabø, 2014). Som følge av et stadig økende behov for hjemmebasert omsorg ble det større press på avdelingslederne. De ble pålagt krav om å bidra til å begrense den økonomiske veksten fra den kommunale ledelsen, samtidig som pasientene og deres pårørende opplevde nedskjæringer og stilte spørsmål om hva de hadde krav på av bistand (Vabø, 2007).

Behovet for å gjøre tjenestene mer transparente meldte seg, både med tanke på rettsikkerheten til pasientene, men også grunnet kommunene sine krav om kostnadskontroll. Endringene medførte innføring av skriftlige vedtak på hjemmetjenester, basert på vurderinger av behov. På bakgrunn av nye krav forandret rollen til avdelingslederen i hjemmetjenesten seg (Rasmussen & Vabø, 2014). Fra å være den faglige mellomlederen som ble sett på som buffer og støtte for autonome yrkesutøvere, skulle avdelingslederne sin rolle innebære ansvar for at økonomibudsjett og styringsmål ble overholdt (Rasmussen & Vabø, 2014).

Innføringen av vedtakene, og muligheten for å klage dem inn til fylkesmannen er et sentralt utgangspunkt for innføringen av NPM-inspirerte organisasjonsformer som startet rundt tusenårsskiftet. NPM endret styringsprinsipper i offentlig sektor og brakte inn begrepene; kostnadseffektivitet, resultatoppnåelse, kvalitetsmåling og brukertilfredshet i hjemmetjenesten

(Aaltvedt, Juvland & Öresland, 2017). En sentral holdning innen NPM er at offentlige tjenester bør formes i markedets og bedriftens bilde.

Offentlige hierarkier skal brytes ned til resultatenheter, som videre skal ledes og styres som bedrifter og måles ut fra de resultatene de leverer i konkurranse med andre offentlige eller private bedrifter (Vabø, 2014b, s. 62).

To organisasjonsformer som på ulik måte la til rette for kravene i den kommunale hjemmetjenesten var *bestiller-utfører-modellen* og *resultatenhetsmodellen*. Det er ulikt hvorvidt norske kommuner har tatt i bruk ideene. Sammen med resultatstyring har de fleste kommuner i Norge valgt å benytte en kombinasjon av modellene (Rasmussen & Vabø, 2014). Innføringen av bestiller-utfører-modellen ble gjort med begrunnelsen bedre effektivitet, rettferdighet og koordinering i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå står i tillegg sentralt i tjenestetildeling, men det er ikke klart hvordan behovsvurderinger faktisk blir gjennomført (Øydgard, 2018). I praksis skulle bestiller-utfører-modellen bidra til en mer nøytral vurdering av hjelpebehov ved at et eget tildelingskontor (bestillerenhet) med uavhengige fagpersoner skulle gjøre vurderingene. Et annet argument for å ta i bruk modellen var å avgrense omfanget av de kommunale tjenestene ved at vedtak ble utført av tildelingskontoret (Rasmussen & Vabø, 2014).

Bestiller-utfører-modellen blir beskyldt for å være kostnadskreven og lite fleksibel for omsorgstjenesten der behov er i rask endring. Mange kommuner fortsetter likevel å bruke modellen, med begrunnelse i rettsikkerhet (Vabø, 2014b). Resultatenhetsmodellen handler i hovedsak om at hjemmetjenesten skal bli ledet av ledere som både klarer å utvikle tjenestekvaliteten, samtidig som de holder seg innenfor strenge økonomiske rammer (Rasmussen & Vabø, 2014). Jeg har nå satt søkelys på hvordan avdelingslederens rolle har blitt påvirket av NPM-inspirerte endringer, noe som tilsynelatende vil kunne virke begrensende og lite fleksibelt for avdelingsledernes muligheter til å utøve ledelse i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt. Politiske føringer har pekt på kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som palliativ omsorg i hjemmet de siste årene har vært et politisk satsningsområde, og i neste avsnitt vil jeg beskrive politiske dokumenter som er av betydning for avdelingsledernes arbeid.

## 1.6 Helsepolitiske visjoner: Flere skal få hjelp hjemme

Avdelingslederne i hjemmetjenesten blir påvirket av politiske dokumenter og føringer med tanke på at de skal utøve ledelse i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt. For det første belyser Stortingsmelding nr. 14 *Perspektivmeldingen*, kapasitetsutfordringer. Det er allerede et stort press på helse- og omsorgstjenesten, og sykepleiermangel i en rekke kommuner. Regjeringen viser til at disse utfordringene vil øke i framtida. Det blir flere eldre i samfunnet, noe som viser at mange har god helse. På den andre siden medfører økningen av antall eldre ifølge perspektivmeldingen utfordringer for bærekraften i velferdsordningene, og det blir relativt sett færre arbeidstakere til å ivareta pleietrengende og eldre (Finansdepartementet, 2021).

Til tross for kapasitetsutfordringene, er det en rekke politiske føringer som retter seg mot palliasjon, også i sen fase, som noe som skal prioriteres i hjemmet. I Stortingsmelding nr. 24 *Lindrende behandling og omsorg – vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*, står det i klartekst at det skal bli lagt til rette for muligheten til å velge og avslutte livet hjemme.

Alle skal ivaretas på en helhetlig måte for å få best mulig livskvalitet og økt grad av valgfrihet ved livets slutt. Tjenestene skal innrettes slik at de som ønsker det, kan få dø i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7).

Likevel innebærer den kommunale friheten ved utformingen av nødvendige helse- og omsorgstjenester at organiseringen av de palliative tjenestene varierer fra kommune til kommune. Det er i tillegg manglende kunnskap om kvaliteten på den palliative omsorgen i den kommunale helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2015b). Ifølge NOU 2017:16 er organisatoriske endringer nødvendige, og det er videre behov for å følge opp med økonomiske insentiver. Det palliative feltet trenger tverrfaglig innsats, økt kompetanse og bedre organisering både i spesialisthelsetjenesten og særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (NOU 2017: 16). Jeg har nå belyst hvordan kapasitetsutfordringer stadig setter større press på helse- og omsorgstjenestene, mens politiske føringer samtidig legger til rette for muligheten til å avslutte livet hjemme.

## 1.7 Forskningsfeltet

En del tidligere studier på palliasjonsfeltet er gjort i et sykepleieperspektiv. Færre setter søkelys på sykepleieledelse i forbindelse med palliativ omsorg. Resultatene etter søk tyder på at avdelingslederne i hjemmetjenesten har fått oppmerksomhet i forskningen, men jeg har ikke funnet forskning som konkret retter seg mot ledelse i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmet. Jeg ønsker i dette prosjektet å se nærmere på hvordan avdelingsledere i kommunal hjemmetjeneste utøver ledelse i forbindelse med de komplekse forløpene. Avdelingslederne har en sentral rolle med at de leder hjemmetjenesteavdelingene, og de er med på å avgjøre hvordan avdelingen prioriterer og håndterer forløpene.

For å kartlegge forskningsfeltet har jeg gjennomført søk i ulike databaser, Oria, Chinal, SveMed+, i tillegg til Google Scholar. Jeg gjorde flere runder med litteratursøk i forkant av prosjektet, men også søk underveis i skriveprosessen. Noe relevant forskning og litteratur har jeg også funnet ved gjennomgang av referanselister i artikler og fagbøker. Videre vil noen utvalgte studier som er relevant med tanke på avdelingslederne sin utøvelse av ledelse i forbindelse med forløpene bli presentert. De første studiene omhandler lederrollen og noe av det som er karakteristisk for sykepleierledelse og mellomlederrollen. Deretter vil noen studier om hjemmesykepleiere sin erfaring med palliative forløp bli presentert, før til slutt pasientene sin erfaring med palliative forløp i hjemmet blir belyst.

I doktorgradsavhandlingen, *Omsorg for pasienten – kjernen i sykepleieledelse. En hermeneutisk studie fra sykepleielederes perspektiv i kommunehelsetjenesten*, ble det beskrevet at helsevesenet sin tradisjon for fagledelse blir truet ved en dreining mot profesjonelt lederskap med utdanning i økonomi og management som grunnlag. Studien er gjennomført med en kombinasjon av fokusgruppeintervju og visuell metode i form av tegninger. Dersom ikke ledere har kunnskap i sykepleie som vitenskap, er det ifølge Solbakken (2020) en risiko for at oppgavestyring blir prioritert, samt at omsorgen for pasienten forsvinner i eksterne og økonomiske krav. Kommunehelsetjenesten er i vekst og endring. Nye og flere pasientgrupper med komplekse sykdomstilstander, sammensatte personalgrupper, oppgaveforskyvning og avstand til medarbeidere fører til en utvidelse av hva ansvaret i sykepleieledelse innebærer (Solbakken, 2020).

En annen artikkel som setter søkelys på lederrollen er forskningsartikkelen, *Omsorgsdiskurs og budsjettstyringsdiskurs – to konstituerende diskurser som konstruerer lederskap i hjemmetjenesten*. I studien ble det gjennomført semistrukturerte intervju med åtte informanter. Alle informantene var kvinner og sykepleiere, og ansvarsområdene var personalet, de daglige rutinene og tjenestene som ble gitt til pasientene. Det varierte i hvor stor grad informantene hadde ansvar for budsjett. Studien hadde som hensikt å kartlegge hvilke diskurser som kom fram i intervjuer med enhetsledere i hjemmetjenesten, og hvordan diskursene var med på å forme enhetslederne sitt lederskap i en hjemmetjeneste styrt etter NPM-inspirerte prinsipper. Beskrivelsene av enhetsledernes arbeid, som mellomledere i hjemmetjenesten hadde mange likhetstrekk med avdelingslederne i hjemmetjenesten. Det ble derfor relevant for meg å inkludere studien. I studien ble det benyttet diskursanalyse, og analysen viste to ulike diskurser. Den ene var en omsorgsdiskurs, og den andre en budsjettstyringsdiskurs. Studien viste at begge diskursene var nødvendige i arbeidet til lederne, men på ulike måter (Aaltvedt et al., 2017).

Studien, *First-line managers dealing with different management approaches*, er en kvalitativ studie som baserte seg på analyse av forskningsintervju. Studien hevder at sentral ledelse ofte har et produksjonsfokus, mens sykepleierledere beskriver sin egen ledelse verdiorientert. (Strömberg, Engström, Hagerman & Skytt, 2019). På den måten viser alle tre studiene som jeg har inkludert hvordan avdelingsledere i mellomlederposisjonen står i skvis mellom en NPM-inspirert organisasjonsform og omsorgsaspektet ved sykepleieleidelse.

Tre utvalgte studier tar for seg hjemmesykepleierne og helsepersonell sine erfaringer. Den første studien, *Heimesykepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen*, har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design med kvantitativ, deduktiv metode. Basert på en forskningsoppsummering var et spørreskjema utviklet, og 189 sykepleiere i hjemmetjenesten deltok i studien. Hensikten var å finne ut hva hjemmesykepleiere i norske kommuner vektla som fremmende faktorer for lengst mulig hjemmetid for pasienter i palliativ fase. Funn fra studien viser at fra sykepleieren sitt ståsted er områdene samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon viktige i arbeidet med pasienter i palliativ fase som bor hjemme (Røgenes, Moen & Grov, 2013).



Den andre studien, *Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme*, har et kvalitativt design, og det ble gjennomført fokusgruppeintervju av sykepleiere i hjemmesykepleien fra to distrikter. Funn fra studien viste at det er mange profesjoner involvert i palliasjon i hjemmet, men det er erfaringsmessig hjemmesykepleiere som har den døgntkontinuerlige oppfølgingen av pasienter og deres pårørende, og de gjør seg erfaringer som er viktige å formidle videre til andre sykepleiere. Studien belyste blant annet hvordan rammefaktorer som uoversiktlige ansvarsområder og lite kontinuitet i nettverket rundt pasienten har innvirkning på hjemmesykepleierne sin funksjon (Aamold, Grov & Rostad, 2020).

Den tredje studien, *Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp*, har også belyst helsepersonell i kommunehelsetjenesten sine erfaringer og vurderinger av palliative forløp. Studien viste at helsepersonell i kommuner på Sunnmøre hadde ulike og lokalt tilpassede palliative forløp. Individuell tilpassing ble vurdert som viktig for å få til gode pasientforløp. De kom fram til at individuelt tilpassede planer kan være et alternativ til standardiserte forløp i kommunehelsetjenesten. Slike planer kan være et verktøy for samhandling mellom tjenestene med utgangspunkt i behovene til pasienten. Studien peker på at det er behov for mer forskning på hva pasient og pårørende vurderer som viktig for å få gode pasientforløp i kommunehelsetjenesten (Tarberg, Kvangarsnes & Hole, 2016).

Færre studier tar for seg pasientene sine erfaringer med palliativ omsorg i hjemmet, men studien, *Pasienters opplevelse av trygghet med palliativ omsorg i hjemmet*, er en kvantitativ tverrsnittstudie som benyttet spørreskjema og undersøkte pasienter sin opplevelse av trygghet med palliativ omsorg i hjemmet. Studien viste at pasientenes trygghet var et sentralt kvalitetsaspekt i palliativ omsorg. De undersøkte sammenhengen mellom opplevd betydning av trygghet med palliativ omsorg for hjemmeboende pasienter i sen palliativ fase, og pasientenes opplevelse av trygghet med omsorgen de mottok. Pasientene rapporterte at omsorgen hadde aller størst betydning for trygghet. Studien viste at det er behov for kvalitetsforbedring på alle områder i forbindelse med palliativ omsorg i hjemmet, men resultatene fra spørreundersøkelsen viste at spesielt tjenestekontinuitet, symptomlindring og informasjon om prognose bør bli prioritert (Hov et al., 2021).

Jeg har nå belyst forskning om sykepleierledernes rolle, hjemmesykepleiernes erfaringer med palliativ omsorg ved livets slutt, samt en kvantitativ studie som undersøkte pasientenes erfaringer med palliativ omsorg i hjemmet. Jeg anser alle studiene som et relevant utgangspunkt for å undersøke hvordan avdelingsledere i hjemmetjenesten utøver ledelse for å fasilitere forløpene. I tillegg til forskningen vil jeg i neste avsnitt presentere teori som sammen med forskning danner grunnlag for diskusjon i kapittel 5.

## 2 Teoretisk utgangspunkt

Teori om bakkebyråktati, de teoretiske begrepene *contradicting logics* og *sensemaking*, samt den relasjonelle dimensjonen av ledelse, har gitt meg en retning for å gi utvidet forståelse av avdelingsledernes rolle, samt muligheter og begrensninger for ledelse i forbindelse med forløpene. For alle empiriske vitenskaper er teori svært viktig. Teorien kan være et bidrag som hjelp til å forstå og forklare det som skjer i en kompleks, moderne sosial verden, og den kan være til hjelp for å gi forskningsprosessen en retning (Aakvaag, 2008, s. 13). Ved hjelp av teorien blir *noe* lyssatt, og det vil føre til at andre sider av fenomenet blir skyggelagt. De tre utvalgte teoriene vil nå bli presentert.

### 2.1 Bakkebyråkrati og motstridende mål

Mitt valg av teori omhandler bakkebyråkratiet. Jeg har i hovedsak tatt utgangspunkt i Michael Lipsky sin bok, *Street-level Bureaucracy – Dilemmas of the individual in public services*, som første gang ble utgitt i 1980. Der ser han på yrkesutøvere som arbeider i direkte kontakt med mennesker, blant disse nevnes sykepleiere, lærere, politi og sosialarbeidere. Et kjennetegn ved denne gruppa er at de som bakkebyråkrater i sin hverdag opplever motstridende krav (Lipsky, 2010, s. xi). Slik jeg ser det er avdelingslederne og medarbeiderne i hjemmetjenesten alle bakkebyråkrater, men på to ulike nivå. Dermed brukes teorien til å underbygge at avdelingslederne i hjemmetjenesten i noen grad mangler forutsetninger og ressurser til å utøve ledelse i forbindelse med komplekse og uforutsigbare forløp ved livets slutt. Til tross for manglende forutsetninger, legger likevel politiske føringer retningslinjer for muligheten til å tilbringe siste del av livet i hjemmet.

Lipsky (2010) stiller spørsmål om hvordan behandle alle slik politiske føringer viser til, og på samme tid tilpasse seg den enkelte situasjon når det er nødvendig. Tittelen *bakkebyråkrati* viser til paradokset. Første del av ordet, *bakke-*, viser til en avstand fra *der* autoritetene sitter og bestemmer, mens *-byråkratiet* viser til et sett regler og strukturer fra autoriteter. Uttrykket *street-level bureaucracy* (bakkebyråkratiet) viser fram paradokset som utspiller seg på flere

måter. På den ene siden er jobben til bakkebyråkratene lagt opp til at de skal leve opp til politiske målsetninger som har sin opprinnelse i politiske prosesser. På den andre siden krever arbeidet improvisasjon og individuell tilpasning i hvert enkelt tilfelle (Lipsky, 2010).

Paradokset som blir illustrert anser jeg som relevant for å sette søkelys på avdelingslederne sin rolle i å utøve ledelse. Avdelingslederne skal lede forløp som er uforutsigbare og krever fleksibilitet, samtidig som også andre pasienter i hjemmetjenesten parallelt skal bli ivaretatt. Avdelingslederne utøver ledelse av sine medarbeidere som er bakkebyråkrater, og har behov for muligheten til å drive fleksibel ledelse. Medarbeiderne utøver skjønn og gjør vurderinger som en sentral del av arbeidshverdagen, og kanskje spesielt i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt. Avdelingslederen som står for ledelsen og organiseringen av det daglige arbeidet i hjemmetjenesten, vil kunne kjenne på motstridende krav i fordelingen av tilgjengelige ressurser.

På den måten gir teori om bakkebyråkrati meg en analytisk forståelse av avdelingslederne i sine roller som bakkebyråkrater. Avdelingslederne skal gjøre vurderinger av ressurser og fleksibilitet i forbindelse med at de skal utøve ledelse for å fasilitere forløpene. Jeg får muligheten til å vurdere hvordan avdelingsledere i hjemmetjenesten håndterer at de er tildelt færre ressurser enn nødvendig, og jeg får et utgangspunkt som gir meg muligheten til å være kritisk til min egen forståelse og innfallsvinkel.

Jeg har ved hjelp at teori om bakkebyråkratiet beskrevet avdelingslederne sin rolle som bakkebyråkrater som utgangspunkt for å se nærmere på hvordan de utøver ledelse. I neste avsnitt vil jeg beskrive teoretiske begreper som gir et innblikk i hvordan avdelingslederne begrunner prioriteringer og valg de gjør i forbindelse med ledelse for fasilitering av forløpene til tross for motstridende krav i organiseringen av arbeidet.

## 2.2 Contradicting logics og sensemaking

Når avdelingslederne i hjemmetjenesten skal utøve ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt, vil de oppleve at de ikke kan imøtekomme alle forventinger med tanke på økonomiske budsjetter, politiske føringer, pasientens og pårørendes ønsker, samt behov hos medarbeiderne. Noe av det som karakteriserer arbeidshverdagen er organiseringen som er preget av standardisering som følge av endringene mot en NPM-inspirert organisasjonsform.

I doktorgradsavhandlingen, *Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes A qualitative study* (Kristiansen, 2016), ble det gjennomført 18 semistrukturerte intervju og 100 timer observasjon av ledere og sykepleiere i tre sykehjem. En av artiklene i doktorgraden, *Contradicting logics in everyday practice The complex dynamics of performance management and professionalism in Norwegian nursing homes*, tok for seg hvordan sykepleiere og ledere forholdt seg til *contradicting logics* (motstridende logikker) i en hverdag med økt standardisering og press for å holde økonomiske budsjetter. De fant tre mestringsstrategier ledere og medarbeidere tok i bruk for å mestre arbeidshverdagen. Den første var tilpasning av profesjonsutøvelsen, og den andre var økt profesjonell fleksibilitet og problemløsning. Den tredje var en strategisk tilpasning av dokumentasjonen. På den måten ble *contradicting logics* håndtert av både ledere og sykepleiere i den daglige driften i sykehjemmene (Kristiansen, Obstfelder & Lotherington, 2016).

En sykepleieleder beskrev blant annet at sykehjemmet hadde et budsjett, og at hun som sykepleieleder ikke hadde noen myndighet til å gå utover den økonomiske rammen. Hun forklarte at hun ikke kunne leie inn ekstra personale ved sykdom i personalgruppa fordi det ville føre til ytterligere konsekvenser, og påvirke noe annet hvis sykehjemmet brukte mer penger på for eksempel økt bemanning. Eksemplet viser en strategi for sykepleieledere sin opplevelse av *sensemaking* (å gi mening) i situasjoner der de økonomiske kravene til sykehjemmet tapte kampen med å fordele ressurser i kommunen.

Sykepleierne anså på den andre siden situasjonen som et resultat av kvalitetsproblemer, mens sykepleieledere var mer oppmerksomme på eksterne konsekvenser og viste dermed større forståelse for behovet for å følge stramme budsjett (Kristiansen et al., 2016).

Avdelingslederne ble oppfordret av sine ledere til å følge lavere bemanningsnorm i pleien. En slik etablering av nye praksiser viser et nytt aspekt ved innflytelsen av *contradicting logics* i organisatorisk arbeid ved å sette søkelys på en ledelseslogikk mer enn en profesjonell logikk (Kristiansen et al., 2016). Det samme presset som blir beskrevet med tanke på økonomi og ressursbegrensninger i sykehjem har store likhetstrekk med hverdagen i hjemmetjenesten, med økt standardisering av tjenestene, og stramme økonomiske budsjett.

Ved hjelp av de teoretiske begrepene *contradicting logics* og *sensemaking*, vil jeg sette søkelys på hvordan avdelingslederne i hjemmetjenesten utøver ledelse i forbindelse med å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. Begrepene hjelper meg til å få øye på hvilke vurderinger og begrunnelser som ligger til grunn når avdelingslederne må gjøre avveininger og valg. I neste avsnitt vil jeg belyse det relasjonelle aspektet ved ledelse, som er av betydning for dilemmaer som avdelingslederne må ta stilling til for å jobbe som et team i forbindelse med forløpene.

## 2.3 Relasjonell ledelse

Teori om relasjonell ledelse bidrar til innsikt i hvordan avdelingslederne tidvis lykkes i sine roller når de skal lede i perioder med komplekse forløp i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt. Orvik (2015) beskriver i boka, *Organisatorisk kompetanse - Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*, hvordan relasjonsforklaringer – forholdet mellom leder og medarbeidere er viktig, i tillegg til egenskapene til den enkelte avdelingsleder. Det finnes en rekke egenskaper som er vesentlige for ledere å ha, men det er ikke tilstrekkelig å se på egenskapene når ledelse blir sett på som et mellommenneskelig fenomen. En rekke egenskaper legger grunnlag for å mestre lederroller, deriblant trygghet, evne til å begeistre og skape forståelse for arbeidsoppgaver (Orvik, 2015). Avdelingslederne i hjemmetjenesten utøver ledelse av sine medarbeidere på avstand, noe som innebærer at de spesielt i forbindelse

med ledelse i forbindelse med de komplekse forløpene må ha tett dialog og samarbeid med medarbeiderne som er ute i hjemmet og faktisk ivaretar forløpene.

Dersom bare avdelingslederne sine personlige lederegenskaper får oppmerksomhet, kan resultatet, ifølge Orvik (2015) potensielt være at personlige forhold får for stor betydning og dermed gjør at avdelingslederen får urettmessig mye ære ved suksesser, eller skyld når det går dårlig. Egenskapsforklaringene kan også gjøre at det blir for mye fokus på lederen som person. Relasjonsforklaringer bidrar på den andre siden til å studere ledelse som prosesser og relasjoner (Orvik, 2015). Personlige egenskaper påvirker også hvordan klinikere forstår og utformer lederroller. Samtidig er det ikke nok å se på lederegenskaper fordi ledelse handler om samspill, i tillegg til relasjoner til andre mennesker (Orvik, 2015). Et særtrekk ved sykepleieleidelse er at arbeidet er rettet mot en annen - pasientens (og pårørendes) sårbarhet, og sykepleieren som leder må forholde seg bevisst til dette. Pasienten har og en sentral plass i relasjonen mellom avdelingslederen og medarbeiderne (Vevatne, 2020). Det komplekse og spesielle ved sykepleierledelse er av stor betydning for å få økt forståelse for hvordan avdelingslederne i hjemmetjenesten utøver ledelse.

## 3 Metodekapittel

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg av metodisk tilnærming i prosjektet, deretter ser jeg nærmere på utvalg og rekruttering til studien. Så vil jeg beskrive hvordan jeg har innhentet og analysert datamaterialet som utgjør grunnlaget for utviklingen av resultatene. Refleksjoner knyttet til egen forskerposisjon og faktorer som styrker og begrenser studien blir beskrevet, refleksivitet, validitet og reliabilitet blir redegjort for. Deretter retter jeg et kritisk blikk mot anvendt metode, før jeg i siste del drøfter etiske forhold forbundet med prosjektet.

### 3.1 Metodevalg

På grunn av at jeg ønsket å undersøke erfaringene til avdelingsledere i hjemmetjenesten, ble kvalitativ metode et naturlig valg. Jeg gikk inn i prosjektet med et ønske om å få en inngående forståelse av hvordan avdelingslederne erfarer fenomenet som jeg selv har erfart i en annen rolle, som sykepleier i hjemmetjenesten. På den måten gikk jeg inn i prosjektet med en grunnleggende hermeneutisk forforståelse. Både forforståelsen, perspektiver og den tiden jeg lever i er både *betingelse* og *begrensning* for forståelsen. Grunnlaget for denne tankegangen er Gadamer og filosofisk hermeneutikk. Det er ikke mulig å «se» noe fra et historisk vakuum, det som en «ser» vil alltid være påvirket av et perspektiv som er formet av fortiden, og som har med seg en interesse for framtiden (Thornquist, 2018).

Jeg ønsket med dette prosjektet å utfordre min forforståelse, og integrere en hermeneutisk tilnærming som bygger på min forforståelse. På den måten kunne jeg ikke kvitte meg med mine erfaringer, men jeg hadde et ønske om å åpne meg for å «se» fenomenet fra informantene sitt ståsted. Jeg forsøkte å stille meg mest mulig åpen for å få innsikt i avdelingslederne sine erfaringer, og la mine egne erfaringer og forståelser ta minst mulig plass.



For å få innblikk i et fenomen sett fra informantene sin side er kvalitative forskningsintervju en velegnet metode (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Jeg valgte å benytte semistrukturert intervjuform med mål om å få historiene og erfaringene til informantene uten at min forforståelse skulle prege intervjuet mer enn nødvendig. I en intervjusamtale stiller forskeren spørsmål og lytter til hva informantene forteller om sine erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å gjennomføre kvalitative intervju kunne nyansert og eksplorerende kunnskap om avdelingsledernes oppfatninger, opplevelser og holdninger bli produsert (NEM, 2010). I neste avsnitt vil jeg beskrive framgangsmåten jeg benyttet i forbindelse med utvalg og rekruttering av informanter til intervju.

## **3.2 Utvalg og rekruttering**

For å få kontakt med avdelingsledere i hjemmetjenesten og lytte til deres erfaringer, hadde jeg en plan for utvalg og rekruttering. Framgangsmåten jeg benyttet var at jeg gjorde et strategisk utvalg. På den måten kunne jeg få tak i materialet som dannet et grunnlag for tolkninger og funn som kunne lære meg noe nytt om det jeg skulle undersøke (Malterud, 2017, s. 58). Inkluderingskriteriene var at informantene skulle være avdelingsledere ansatt i ulike avdelinger i hjemmetjenesten gjennom et tidsrom på minimum to år. Samt at de skulle ha erfaring med ledelse for gjennomføring av palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmet.

Jeg hadde en plan for rekruttering av informanter som innebar å kontakte kommune for kommune. Jeg startet med å sende forespørsel til enhetsledere, som er lederne over avdelingslederne, i første utvalgte kommune. Forespørselen inneholdt spørsmål om godkjenning til å rekruttere kommunale avdelingsledere i hjemmetjenesten for deltakelse i prosjektet. Først sendte jeg informasjonsskriv på e-post med svarfrist på en uke. Noen enhetsledere responderte raskt. De som ikke hadde kommet med tilbakemelding etter en uke, tok jeg på nytt skriftlig kontakt med via e-post for å etterspørre svar. Etter godkjenning fra enhetslederne om tilgang til forskningsfeltet, ble jeg satt i kontakt med avdelingslederne. De fikk tilsendt forespørsel om deltakelse, informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Etter en uke sendte jeg ny forespørsel på e-post til de som ikke hadde svart. Fra første utvalgte kommune

satt jeg igjen med tre informanter som hadde samtykket til deltakelse i intervju. Den ene av de tre trakk seg før gjennomføringen.

Sammen med forespørsel om deltakelse fikk potensielle informanter tilsendt informasjonsbrev og samtykkeskjema (vedlegg 2 og 3). Der kunne de velge om de ville samtykke til deltakelse i prosjektet, samt informasjon om at de til enhver tid hadde anledning til å trekke seg fra deltakelsen. For å utarbeide informasjonsskriv og samtykkeerklæring brukte jeg mal fra NSD (Norsk senter for forskningsdata) og tilpasset den mitt prosjekt.

Deretter tok jeg kontakt med enhetsledere i to nye kommuner, som var neste utvalgte pulje. Én ny deltaker meldte seg. Så tok det tid å få rekruttert flere informanter, og jeg etablerte derfor kontakt med ytterligere to kommuner. Til slutt fikk jeg tre nye informanter som samtykket til deltakelse. Prosjektet endte opp med totalt fem intervju med avdelingsledere i hjemmetjenester fra tre ulike kommuner. Intervju med fem informanter anså jeg som en håndterbar datamengde for fortolkning og analyse av mitt masterprosjekt med tanke på tidsrammen. Ifølge NEM (2010) vil et høyt antall informanter kunne gi en økt risiko for dårlig vitenskapelig kvalitet sammenlignet med et lavt antall informanter. Det var også et etisk anliggende å sørge for at jeg ikke gjennomførte unødig omfattende datainnsamling. Både fordi jeg da ville misbruke deltakernes tid og tillit, og fordi det kunne hindre muligheten til å gjennomføre en grundig analyse. Trinnvis datainnsamling og analyse underveis med vurdering av utvalgets informasjonsstyrke gir mulighet til å etablere et empirisk materiale med passende størrelse (Malterud, 2017). Jeg startet med analyse og transkripsjon fortløpende etter hvert intervju, og jeg følte at jeg hadde rike data som grunnlag etter de fem intervjuene.

Informantene hadde varierende lengde erfaring som avdelingsledere, fra 2 til 20 år, og de var ansatt som avdelingsledere i kommuner med minst 20 000 innbyggere. Alle informantene var kvinner som hadde sykepleierutdanning. De hadde også erfaring med å jobbe som sykepleiere i primærhelsetjenesten før de startet som avdelingsledere i hjemmetjenesten. Fire av dem hadde jobbet i hjemmetjeneste som sykepleiere, og en i sykehjem. Alle hadde erfaring med å utøve ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. Avdelingslederne oppga at de i gjennomsnitt hadde mellom én og tre hjemmedøder i løpet av et år i avdelingen de leder, men at antallet kunne variere. Den ene avdelinga hadde ikke hatt tilfeller av hjemmedød det siste

året, mens en av de andre avdelingene hadde hatt tre hjemmedøder så langt inneværende år. Videre vil jeg redegjøre for administrasjon av datamaterialet som ble produsert gjennom intervju.

### 3.3 Produksjon av datamateriale

Intervjuguiden som ble benyttet under gjennomføringen av intervju (vedlegg I) inneholdt åpne spørsmål, og var grundig og nøye gjennomtenkt. Jeg fikk under prosessen med utarbeiding av intervjuguiden tilbakemelding fra veileder og medstudenter om å endre spørsmålene til å bli mer åpne. Den semistrukturerte intervjuformen er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) en mellomting mellom en åpen samtale og en lukket spørreskjemasamtale. Intervjuguiden kommer inn på temaer og kan inneholde forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Tilbakemeldingene under utarbeidelsen av intervjuguiden min gjorde meg kritisk og bevisst i prosessen med å formulere spørsmålene. I og med at jeg har med meg en erfaring om at palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmet kan være vanskelig, var det viktig at mine spørsmål ikke var begrensende for informantene. Spørsmålene skulle åpne opp for at informantene sine erfaringer kunne være annerledes enn mine. I forkant av gjennomføringen av første intervju, hadde jeg et testintervju for å prøve ut intervjuguiden. Jeg valgte å ha en fleksibilitet i intervjuguiden, slik at jeg gjorde små endringer og tilpasninger etter hvert som intervjuene ble gjennomført, og nye perspektiver og betraktninger som jeg ikke hadde tenkt på kom fram.

Konteksten under gjennomføringen av intervjuene påvirket intervjusituasjonen. Både rommet, omgivelsene, meg som forsker og informanten er av betydning (Drageset & Ellingsen, 2010). Jeg ønsket å gjennomføre intervjuene på informantenes arbeidssted, men jeg var bevisst på at omgivelsene ville påvirket intervjuet uansett hvor jeg hadde valgt å gjennomføre det. Hovedgrunnen til at jeg ønsket å gjennomføre intervjuene på arbeidsplassene til informantene var at det skulle være tydelig at det var den profesjonelle avdelingslederen som ble intervjuet, og at de ikke ble intervjuet som privatpersoner. To av intervjuene ble gjennomført med fysisk oppmøte. Som følge av en usikker smittesituasjon på grunn av Covid-19-pandemien, ble de øvrige tre intervjuene gjennomført digitalt i Teams. Jeg tenker at digital gjennomføring kan ha

ført til at jeg mistet nærheten og noen detaljer i intervjuene, men samtidig kan distansen i digital gjennomføring tenkes å ha ført til at det for noen ble lettere å snakke åpent og fritt. Et av de digitale intervjuene ble gjennomført på kveldstid, da det var ønskelig fra informantens sin side. Jeg opplevde at alle intervjuene hadde god flyt, og informantene snakket fritt rundt spørsmålene både ved fysisk gjennomføring, og i de digitale intervjuene.

Alle intervjuene fant sted i perioden september til november 2021. Ved gjennomføring brukte jeg diktafon fra UiT. I forkant av intervjuene gjorde jeg testopptak for å sikre at kvaliteten på lyden var tilfredsstillende til å kunne gjøre transkripsjon i etterkant. Opptak og lagring av intervjudata ble oppbevart sikkert for å ivareta personvern. Hvert av intervjuene hadde en varighet på mellom 45 og 60 minutter. Transkripsjonene ble gjort fortløpende de nærmeste dagene etter gjennomføringen av hvert intervju, for at jeg skulle ha intervjusituasjonen ferskt i minne og få med mest mulig detaljer. Jeg gjorde også egne notater av umiddelbare tanker underveis, og rett etter gjennomføringen av hvert intervju. Personnavn og stedsnavn ble utelatt i transkripsjonene for å anonymisere informantene i datamaterialet. Deltakerne fikk tildelt pseudonymer som er benyttet i framstillingen av funn i resultatkapitlet.

Transkripsjonene ble gjort på bokmål. Alle ord, i tillegg til pauser, kremting og kroppsspråk ble inkludert i transkripsjonene. Totalt ble det transkribert 77 sider tekst som danner grunnlag for oppgaven. Når masteroppgaven slutføres, vil lydopptak bli slettet.

Den kvalitative forskningsprosessen omformer erfaringer og hendelser til tekst og mening (Malterud, 2017), i dette prosjektet med utgangspunkt i gjennomførte intervjusamtaler. I transkripsjonen av lydopptakene skal forskeren etter beste evne etterstrebe å ivareta materialet på den måten deltakerne formidlet sine erfaringer og meninger, og hvordan det ble oppfattet under intervjuene (Malterud, 2017). Når datamaterialet i lydform blir endret til tekst, blir det lettere å få oversikt over det, og strukturering av tekst innebærer også en start på analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Likevel er det viktig å ha med seg at transkripsjonen innebærer et oversettelsesledd fra lydopptak til tekst, og denne overgangen vil uansett hvor nøyaktig transkripsjonsarbeidet er gjort, innebære en forandring av dataene der noe mening går tapt eller får endret betydning (Malterud, 2017). Teksten som ble analysert er derfor ikke et svar på hvordan *virkeligheten er*, men en avgrenset versjon av virkeligheten konstruert av intervjuet (Malterud, 2017).

Tjora (2021) beskriver at dersom den som intervjuer selv transkriberer er det en styrke i «oversettelsen» fra lydopptak til tekst. Grunnen er at når man senere leser en tekst fra et intervju som man selv har gjennomført, blir intervjuer hentet tilbake til intervjusituasjonen og husker kroppsspråk og uttrykk (Tjora, 2021). Det at jeg selv har gjennomført intervjuene og transkripsjonene av dem er en styrke mitt prosjekt. På den måten har jeg fått med meg alle deler av prosjektet, noe som gir en sammenheng i arbeidet. I neste avsnitt vil jeg beskrive framgangsmåten som jeg benyttet i analysen av de genererte intervjudataene.

### **3.4 Analyse: Stegvis-deduktiv induktiv (SDI) tilnærming**

Analyseprosessen har forankring i en hermeneutisk vitenskapstradisjon. Hermeneutikk handler om å forstå hvordan vi forstår (Thornquist, 2018). Den fortolkende prosessen kan bli beskrevet som en sirkulær prosess, kjent som den hermeneutiske sirkel, hvor forskeren varierer mellom å forstå helheten av en tekst, og delene av teksten og beveger seg fram og tilbake mellom del og helhet. På denne måten går forskeren i dialog med teksten og stiller spørsmål ved meningsinnholdet (Polit & Beck, 2021, s. 479). I analysen av mine transkripsjonsdata gjennomgikk jeg materialet som helhet og del for del i flere runder og analyserte innholdet fra flere perspektiver.

Allerede da jeg startet med å planlegge masterprosjektet var analyseprosessen i gang. Det som kom fram i første gjennomføring av intervju, brakte fram nye spørsmål og tanker, og veiledning i intervjuprosessen førte til at jeg gjorde små justeringer av intervjuguiden før neste gjennomføring. Spørsmålene jeg la til var rettet blant annet mot ledelse og motivasjonen for å bli avdelingsleder i hjemmetjenesten. Jeg skrev notater under intervjuene, og umiddelbare refleksjonsjoner i etterkant av hvert gjennomførte intervju. I forkant av prosjektet hadde jeg skrevet fram min egen forforståelse og hva jeg ventet å finne ut. På den måten kunne jeg gå tilbake til min forforståelse etter hvert intervju. Det som overrasket mest var informantene sin positive og engasjerte holdning til palliativ omsorg ved livets slutt som noe de ønsket å få til, og tidvis også følte at de lyktes med. Jeg var åpen for at informantene ikke nødvendigvis ville bekrefte min forforståelse, og det var spesielt interessant å gå videre

med det som ikke var forventet, det som overrasket eller provoserte. Stegvis-deduktiv induktiv (SDI) tilnærming er analysestrategien som jeg valgte å benytte, og framgangsmåten blir beskrevet i neste avsnitt.

I følge Tjora (2021) må forskeren i analysefasen virkelig bruke sin intellektuelle kapasitet og kreativitet. Et kjennetegn ved SDI-metoden sin induktive empirinære koding er at den skal ligge svært tett på empirien, og gjerne bruke begreper som allerede finnes i datamaterialet. Framgangsmåten er med på å ta vare på det spesifikke i datamaterialet. Han beskriver videre at forskeren må være sensitiv overfor hva som finnes i empirien utover problemstilling og forventninger. Det krever mye intenst tankearbeid, i tillegg til at arbeidet må foregå systematisk (Tjora, 2021). Jeg valgte å gjennomføre min analyse og utarbeide koder i Microsoft Word. Med tanke på oppgavens- og datamaterialets omfang var det gjennomførbart å analysere uten bruk av dataprogram som verktøy.

Første fase med koding ble gjort nøye og grundig, og jeg endte opp med 350 empirinære koder som ble delt inn i 9 kodegrupper etter tematikk; *Behov for økte ressurser; Komplexiteten i det å skulle planlegge; Forutsetninger – Økonomi og budsjett; Møtepunkt og veiledning; Bruk av kompetanse og kompetanseutvikling; Pårørende - En sentral og uunnværlig rolle; Samarbeid med kreftsykepleier, Fastlegen og spesialisthelsetjenesten; Hvordan lederne utøver og beskriver lederrollen; Fremtidstenkning og velferdsteknologi.* Resultatet etter første runde koding var at noen koder kunne passe inn i flere kodegrupper, og det var behov for å jobbe videre med kodegrupperingene. Jeg måtte også gjøre noen valg for hva jeg skulle ta med meg videre i prosjektet.

Arbeidet med kodene og kodegrupperingene gav likevel en dyp og grundig innsikt i hva som fantes i empirien. De empirinære kodene gjorde det mulig å huske tilbake til intervjusituasjonen og sammenhengen i formidlingen. I følge Tjora (2021) er det ikke et problem med et høyt antall koder fordi koder som har likheter i innhold og ligger nært hverandre i betydning blir samlet i samme kodegruppe.

SDI- metoden baserer seg blant annet på å utvikle en tiltro til empirien, å ta steg for steg, og unngå *premature konklusjoner* («jumping to conclusions») eller forhastede slutninger. I

tillegg bidrar metoden til å holde et ryddig system i arbeidet gjennomgående (Tjora, 2021). Ifølge Tjora (2021, s. 217) er det i hovedsak tre mål med å gjøre koding. For det første er målet å frambringe essensen i det empiriske materialet. Det andre målet er å redusere materialets volum, men det som muligens er av størst betydning er å klargjøre for idégenerering med utgangspunkt i empirien og detaljer derfra. Det er ikke mulig å legge helt bort sin egen forforståelse, men SDI-metoden hjelper til å få en mest mulig induktiv startfase i analyseringen (Tjora, 2021).

Jeg jobbet videre med kodegrupperingene, gjorde justeringer og lette fram «gullsitater» tilhørende hver kodegruppe (se eksempel i vedlegg 5 analysematrise). En del funn viste at lederne til en viss grad motsa seg selv. De sa blant annet at det er viktig å planlegge, samtidig som de fortalte at det ikke er mulig å planlegge på grunn av uforutsigbarhet i forløpene. De sa også at det var viktig å ta vare på de ansatte, samtidig som de til en viss grad hadde forventninger om at de ansatte skulle *strekke seg langt og ofre seg* for at forløpene skulle være mulig å gjennomføre. Det ble interessant å ta med noen av de motstridende funnene videre til resultatene for å se nærmere på hva som kan ligge til grunn for utsagnene. Ved at jeg gjorde valg og avgrensinger ble det mulig å gå i dybden på noen fenomener. Det som er utgangspunktet for en god oppgave er å gå i dybden på fenomener som er interessante med utgangspunkt i teorier, perspektiver og tidligere forskning (Tjora, 2021). Tjora formidler videre at oppsummering av en rekke ulike empiriske funn i hele bredden ikke blir en interessant oppgave å lese.

Kodegruppering er på den måten et steg som starter med en empirisk basert induktiv fase, som etter hvert tar inn teorier, tidligere forskning og disiplinmessige interesser, i en *abduktiv* tilnærming. Og i arbeidet med kodene ser forskeren starten på et sammenhengende prosjekt (Tjora, 2021). På dette tidspunktet begynte jeg å få en anelse om oppbygningen av oppgaven og kapitlene. Analysen ligger til grunn for utarbeidelsen av problemstilling, resultater og diskusjon. Følgende tre utvalgte kategorier blir presentert i resultatkapitlet: *Ledernes erfaringer: Hvordan de bidrar for å fasilitere omsorg ved livets slutt; Balanse mellom å presse og ivareta medarbeiderne for å ivareta komplekse forløp; Ressurssjonglering og kompetanseoversikt: Rett kompetanse til rett tid*. Valget ble tatt ut ifra min interesse for ledelse, ressursbruk og organisering knyttet til å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. I

neste avsnitt vil jeg beskrive forskerposisjonen, og hvordan min forforståelse har påvirket alle faser av prosjektet.

### 3.5 Forskerposisjonen

I dette prosjektet er det jeg som har valgt tematikk og problemstilling. Jeg har i tillegg vært den som har utformet intervjuguiden, gjennomført intervjuene, transkribert og analysert dem, samt drøftet mine funn. Min forforståelse bærer preg av at jeg er sykepleier og har nærhet til feltet gjennom min erfaring fra å jobbe i hjemmetjenesten de ni siste årene. Erfaringene mine har satt sitt preg på hvordan jeg valgte å utforme spørsmålene i intervjuguiden. Informantene sine svar ble påvirket av at det var akkurat jeg som stilte spørsmålene, og i tillegg virket måten jeg stilte spørsmålene på inn på svarene jeg fikk. I følge Kvale og Brinkmann (2015) tilpasser informantene svarene sine til det de tror intervjueren forventer av dem. Det at informantene ble intervjuet av meg som er sykepleier kan ha påvirket hvordan informantene valgte å svare. Hadde jeg hatt en annen rolle, kunne svarene blitt annerledes. Andre informanter ville også gitt andre svar. Jeg har engasjement for feltet, og har med meg erfaringer med å følge opp palliativ omsorg ved livets slutt som sykepleier i hjemmetjenesten. Det har vært med å prege meg både som person og som sykepleier, og det har også bidratt til å øke mitt engasjement for nettopp denne tematikken.

Hermeneutikken omhandler forståelse, og drøfter problemer knyttet til vilkårene for forståelse og fortolkning, og hvilken framgangsmåte som kan føre til fruktbare og gyldige fortolkninger. I tillegg hjelper hermeneutikken oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir fenomener mening (Thornquist, 2018, s. 167). Da jeg startet prosjektet, hadde jeg med meg noen tanker og en forutinntatthet om at palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmet er vanskelig å gjennomføre i praksis, selv om jeg har tatt del slike forløp gjennom mitt arbeid som sykepleier i hjemmetjenesten. Min fagbakgrunn som sykepleier i kommunal hjemmetjeneste og min forforståelse/forutinntatthet/fordom av tematikken har påvirket alle faser av prosjektet.



Jeg valgte å informere informantene om min faglige bakgrunn som sykepleier i kommunal hjemmetjeneste i forkant av hvert intervju, og jeg forsøkte etter beste evne å gå inn i intervjuene med åpenhet og nysgjerrighet, samt legge til side min egen erfaring og forforståelse. Informantene ble oppfordret til å dele av sine erfaringer. Jeg lyttet til informantene, og det de fortalte om seg selv som leder i møte med komplekse forløp i forbindelse med livets slutt. De fortalte blant annet om at de forhandler med sine ansatte og gjør en rekke vurderinger med tanker på prioriteringer og bruk av kunnskap. Jeg har etter beste evne vært bevisst de valgene jeg har tatt gjennom prosessen.

### **3.6 Refleksivitet, validitet og reliabilitet**

Det at jeg har erfaring med ivaretagelse av palliativ omsorg ved livets slutt som sykepleier i hjemmetjenesten, har påvirket prosjektet. Mitt utgangspunkt var erfaringen om at hjemmetjenesten ikke har gode forutsetninger og fleksibilitet til å ivareta forløpene. Jeg undret meg over hvordan det er for avdelingsledere i hjemmetjenesten å utøve ledelse. Derfor ønsket jeg å undersøke avdelingslederens sin rolle i å lede for å fasilitere forløpene, med et ønske om å få en mer inngående forståelse.

Gjennom hele prosjektperioden har jeg gått tilbake og sett på mitt utgangspunkt og motivasjonen for å gjøre dette prosjektet, min forforståelse. Jeg har i alle faser av prosjektet minnet meg selv på å stille meg åpen for at informantene kunne svare noe annet enn det jeg på forhånd hadde forventet. Jeg opplevde å få andre svar enn forventet, og det var ekstra interessant å ta tak i det som overrasket. Det å ta tak i det som var uventet er en styrke i studien, da jeg har unngått å lete etter bekreftelse på min forforståelse. Motstridende data har også skapt interesse. Gjennom hele prosessen har jeg hatt et dokument som jeg har kalt *masterdagbok* der jeg har skrevet notater, tanker og refleksjoner underveis i prosessen og der jeg også har dokumentert stadiene av analysearbeidet.

Pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og generaliserbarhet blir brukt som kriterier for kvalitet i forskning (Tjora, 2021). Jeg gjorde et grundig arbeid med datainnsamling, empirinær koding og kodegruppering i tråd med SDI-modellen, noe som ifølge Tjora (2021)

legger til rette for pålitelighet, eller intern logikk. I begynnelsen gikk jeg åpent og induktivt ut, og senere i prosessen fant jeg teoretiske perspektiver. Jeg hadde noen tanker om mulig aktuell teori til oppgaven, men holdt meg åpen i møte med datamaterialet i kode- og kodegrupperingsfasen. Den viktigste kilden til høy gyldighet er, ifølge Tjora (2021), at forskningen pågår innenfor rammene av faglighet, og at annen relevant forskning blir brukt aktivt. Det er også viktig at metode passer til problemstillingen og forskningsspørsmålene.

En styrke ved kvalitativ metode som tilnærming er å få belyst aktuelle utfordringer i praksis. Selv om hensikten med kvalitative studier sjelden er generaliserbare funn, er målet likevel at de skal gi kunnskap som kan brukes av andre og på den måten har en overføringsverdi (NEM, 2010). Likevel hadde resultatet blitt annerledes dersom jeg hadde andre informanter. Hadde noen andre transkribert intervjuene, ville resultatet kunne blitt litt annerledes. Selv nøyaktig de samme ordene kan få ulik betydning avhengig av hvor den som transkriberer velger å sette punktum og komma (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212) Fordelen med å gjøre dette prosjektet i et felt som var kjent for meg, var at det var enklere for meg å forstå informantenes uttrykk og beskrivelser av praksis. Min kjennskap til praksisfeltet kan på den måten være en styrke i datagrunnlaget. På den andre siden kan kjennskap til feltet ha vært begrensende da det kan ha vært vanskeligere for meg å sette søkelys på noe nytt. Ulempen kunne også være at mitt fokus gjorde at jeg søkte etter å få bekreftet mine antagelser. For å unngå å lete etter bekræftelse på min forforståelse valgte jeg blant annet å stille åpne spørsmål i intervjuguiden.

### **3.7 Metodekritikk**

Jeg har svært begrenset erfaring med intervju, noe som kan være en svakhet. I ettertid ser jeg at jeg i større grad kunne stilt oppfølgingsspørsmål for å få et dypere innblikk i hva som ligger til grunn for, og tanker rundt det informantene fortalte. Likevel føler jeg at ved å stille åpne spørsmål fikk informantene snakke fritt uten at jeg måtte legge mye føringer underveis, og resultatet ble rike og fyldige data.

I etterkant tenker jeg at det er mulig at de som meldte seg for deltakelse i prosjektet er avdelingsledere som også har et ekstra engasjement for palliativ omsorg ved livets slutt, og at

jeg dermed ikke har fått belyst alle sidene av tematikken. Spesielt med tanke på at jeg som intervjuer selv er sykepleier kan det ha påvirket svarene og måten de snakket om sitt arbeid som avdelingsledere på. Likevel føler jeg at datamaterialet illustrerer noe av kompleksiteten i avdelingslederne sitt arbeid.

Det at jeg som forsker og sykepleier skulle intervju avdelingsledere i hjemmetjenesten hadde innvirkning på intervjusituasjonen, og jeg var bevisst på at jeg skulle intervju informanter i lederroller. Et forskningsintervju vil aldri være en totalt fri og åpen dialog (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51). Jeg gjorde det likevel klart at jeg var interessert i å «se» alle sider av tematikken, og at jeg ønsket at de skulle snakke åpent og fritt. I neste avsnitt vil jeg ta for meg etiske aspekter knyttet til gjennomføringen av studien.

### **3.8 Forskningsetiske overveielser**

Forskningsetikken har hatt en sentral plass i forskningen gjennom tidene (Ruyter, 2003). I 1964 ble Helsinkideklarasjonen utformet av Verdens legeförening. Det informerte samtykket står sentralt i Helsinkideklarasjonen, og det blir presisert at det er forskeren som innehar det forskningsetiske ansvaret. Uetisk forskning vil derfor på ingen måte kunne forsvares, til tross for at det foreligger informert samtykke (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). I 1975 uttalte Verdens legeförening at det burde bli opprettet uavhengige forskningsetiske komiteer til å vurdere all medisinsk forskning som blir gjort på og med mennesker. Uavhengige forskningsetiske komiteer har vært et viktig bidrag blant annet for å fremme god vitenskapelig praksis (Ruyter, 2003, s. 19).

Jeg sendte søknad til NSD som godkjente prosjektet (vedlegg 4). Det er NSD som sikrer at data om mennesker og samfunn kan innhentes, bearbeides, lagres og deles trygt og lovlig (Norsk senter for forskningsdata). I forkant av rekruttering og datainnsamling, gjorde jeg en ROS-analyse (risiko- og sårbarhetsanalyse) av prosjektet sammen med veileder og medstudenter. ROS-analysen fungerte som en bevisstgjøring av mitt ansvar som student i forbindelse med gjennomføring av masterprosjektet, og ROS-analysen var med på å forebygge uønskede hendelser i alle faser av prosjektet.

Etter oppfordring fra NSD understreket jeg for deltakerne at de måtte være oppmerksomme på sin taushetsplikt som helsepersonell og at de ikke måtte dele opplysninger som kunne identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon, og at de måtte være forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Under gjennomføringen av intervjuene gjentok jeg at deltakelse er basert på frivillighet, samt muligheten de som deltakere hadde til når som helst å trekke tilbake samtykket uten å oppgi grunn. Jeg presiserte at anonymiteten til informantene ville bli ivaretatt og at personlige opplysninger skulle bli utelatt fra oppgaven.

På forhånd hadde jeg sett for meg at det kunne bli sensitivt for lederne å fortelle om hvordan de opplevde å utøve ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. I følge Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (2010) bør det bli gjort vurdering av mulige belastninger som studien kan påføre informantene, og forberede tiltak for å forebygge dette. Jeg var bevisst på mulige belastninger studien kunne påføre informantene. For det første var jeg bevisst på hvilken måte spørsmålene ble formulert, samt at jeg var oppmerksom på informantene i intervjusituasjonen.

En vet ikke hvilke erfaringer personer har med seg, eller hvilke spørsmål som informanten kan oppleve sensitive eller utfordrende, og derfor bør alle som gjennomfører intervju alltid vise varsomhet og ydmykhet for andres grenser (Drageset & Ellingsen, 2010). Ydmykheten og varsomheten hadde jeg med meg inn i hvert intervju. Jeg var også bevisst min egen rolle i intervjusituasjonen. Ifølge NEM (2010) kan det at forskeren viser empati, forståelse, åpenhet og anerkjennelse føre til at informantene kan komme til å fortelle om mer sårbare ting. Jeg forholdt meg profesjonell, samtidig som jeg likevel i noen grad ønsket å vise anerkjennelse og forståelse for det informantene delte. I tillegg hadde jeg en plan om å ivareta informantene ved å kontakte dem i etterkant av intervjuene, da jeg tenkte at tematikken kunne bli opplevd etisk vanskelig, og jeg tenkte at informantene kunne sitte igjen med tunge tanker og følelser i etterkant av intervjuene.

Det viste seg at alle informantene var åpne og engasjerte, og de viste ikke tegn til at det var vanskelig å snakke om tematikken. Jeg fikk heller ikke inntrykk av at intervjusituasjonen var ubehagelig for dem. Tvert imot virket det som at de gledet seg over å fortelle om arbeidet. De

delte villig sine erfaringer, særlig de vellykkede, men de var på den andre siden åpne om at det ikke alltid er enkelt og at de av ulike årsaker ikke alltid kommer i mål med forløpene. På bakgrunn av at det ikke virket sensitivt og vanskelig for informantene, vurderte jeg at det ikke var nødvendig å ta kontakt med dem i etterkant. Jeg har gjennom hele prosessen anonymisert deltakerne, og hatt respekt for dem som har utlevert seg, fra intervju til transkribering og analyse av datamaterialet. På den måten har jeg vært bevisst på å ivareta personvern. I neste avsnitt blir studiens resultater presentert.

## 4 Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere resultatet av analysen rettet mot avdelingslederne i hjemmetjenesten når de utøver ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. Først vil jeg si noe overordnet om hvordan de beskriver arbeidet for å illustrere kompleksiteten i forløpene. Avdelingslederne har engasjement og strekker seg langt for å lede forløpene, og begrunner det med at det er betydningsfullt for pasienten og de pårørende. Ingen forløp er like. Det krever ledelse, og det krever en leder som tar ansvar for å lede. Alle informantene understreker også premisset om at pårørende må være til stede i hjemmet dersom det skal være mulig å gjennomføre. I hjemmet har ikke palliativ omsorg ved livets slutt standardisert oppfølging. Det er usikkerhet og komplekse behov hos pasienten som gjør at både medarbeiderne og avdelingslederen må vise skjønn i vurderinger, prioriteringer og avgjørelser. Forløpene innebærer unike situasjoner, og det framstår tidvis tilfeldig hvordan det blir, sammensatt av en rekke forutsetninger som organiseringen av hjelpen, samhandling, utviklingen av sykdomsforløpet, pasienten selv og de pårørende.

Avdelingslederne må gjøre vurderinger og ta ulike hensyn. De skal sikre personell og økonomi, samtidig som de skal ta vare på sine medarbeidere og gjøre prioriteringer for å ivareta pasientene og pårørende. Selv beskrev informantene sitt arbeid med at de i all hovedsak planlegger det som har med personal og drift å gjøre, mens medarbeiderne gjennomfører arbeidet ute i hjemmet. Til tross for at forløpene er ressurskrevende, forteller avdelingslederne at det blir prioritert, og de sier at de får støtte fra sine ledere til å gjennomføre forløpene. En av informantene sier at de som bor hjemme kommer til å bli sykere, og opplever at det er flere som ønsker å tilbringe siste del av livet hjemme.

Med bakgrunn i problemstillingen og forskningsspørsmål, blir tre utvalgte temaer framstilt:

- 1) *Ledernes erfaringer: Hvordan de bidrar for å fasilitere omsorg ved livets slutt.*
- 2) *Balanse mellom å presse og ivareta medarbeiderne for å ivareta komplekse forløp.*
- 3) *Ressurssjonglering og kompetanseoversikt: Rett kompetanse til rett tid.*

## 4.1 Ledernes erfaringer: Hvordan de bidrar for å fasilitere omsorg ved livets slutt

Alle fem informantene har tidligere jobbet som sykepleiere i primærhelsetjenesten, en i sykehjem og de fire andre i hjemmetjeneste. De forteller om erfaringer fra de selv jobbet klinisk som sykepleiere, og har bevisst med seg sin sykepleiererfaring og sykepleierkompetanse inn i planleggingen og utøvelsen av arbeidet som avdelingsledere. Videre forteller de at faglige vurderinger er en viktig del av å lede for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. En av informantene beskriver seg selv. «Sånn at du vet at jeg har et bakteppe med at jeg har vært ute og gjort det her og, jeg er ikke bare leder» (Johanne).

To av informantene er opptatt av selv å bidra når det er behov for det, og de strekker seg langt sammen med medarbeiderne og utfører praktiske gjøremål, mens to av de andre er mer tydelig på skillet mellom medarbeiderne og avdelingslederen sin administrative rolle. En av avdelingslederne fortalte at hun selv dro tidlig ut og avløste nattevakta, i påvente av at en sykepleier skulle starte vakta si på morgenen i en periode da det var behov for heldøgns omsorg i livets slutfase. På den måten vises det at palliative forløp i sen fase stiller krav som er utover det som vanligvis er tilbudet i hjemmetjenesten, og det blir behov for omorganisering av driften en periode. Sammen finner avdelingslederne og medarbeiderne strategier for å ivareta hjelpebehovet i denne fasen. «Vi klarer å mobilisere, men det er jo innmari krevende altså, jeg stiller opp selv og avløser nattevakta () for å få på en måte logistikken til å gå opp» (Mona).

Samarbeid mellom avdelingslederen og medarbeiderne blir av en av informantene påpekt som sentralt for å lykkes med ivaretagelse av forløpene. Avdelingslederen fungerer som leder og fasilitator for teambygging. Den samme informanten er opptatt av at alle medarbeiderne bidrar med det de kan, og slik kommer de i mål. Hun beskriver på den måten hjemmetjenesteavdelinga som et team.

Vi er alle et team, og ingen er bedre enn det svakeste ledd. Derfor så må vi bygge hverandre gode, enten du er ufaglært eller sykepleier eller avdelingsleder, det er ikke så viktig (Johanne).

Kommunikasjon mellom avdelingslederen og medarbeiderne står sentralt. For det er blant annet informasjonen fra medarbeiderne som legger grunnlaget for avdelingslederen sine prioriteringer av ressurser og vurderinger av endringer og behov hos pasientene.

Avdelingslederen som i all hovedsak har tilholdssted på kontoret, skal prioritere og planlegge for driften på avstand. De må derfor sørge for tett dialog med sine medarbeidere for å tilrettelegge og tilpasse tjenesten og ressursene etter behov. Faglige og etiske utfordringer blir i stor grad tatt opp som tema daglig ved møtepunkt og rapporter. En annen informant understreker viktigheten av å høre på sine medarbeidere som er ute i kontakt med pasienten i livets slutfase, for at de sammen kan komme fram til de beste løsningene i den enkelte situasjonen.

Jeg er jo ikke så faglig god lenger. Ikke sant, når man jobber administrativt så faller nå faget bort. Så jeg sparrer med dem på alt som har med faglighet å gjøre. Prøver å finne de riktige spørsmålene å stille dem, og ut ifra det jeg vet at vi kan tilby, er det tilrådelig slik, kan vi gjøre det på en annen måte? (Kari).

Likevel sier hun «ut ifra det vi kan tilby», noe som viser at det finnes muligheter, men også begrensninger i organiseringen som de må innrette seg etter.

Avdelingslederne forteller at de etter beste evne forsøker å ta hensyn til behov og ønsker hos sine medarbeidere, både dersom de synes det er krevende å stå i palliativ omsorg ved livets slutt eller har behov for samtale eller opplæring. En av informantene forteller at for henne er det viktig å være tilgjengelig på telefonen hvis det skulle være noe på ettermiddag- eller kveldstid når en sykepleier ofte er alene på jobb med det medisinske ansvaret, med helsefagarbeidere og/eller assistenter.

Holdninger hos avdelingslederne til at forløpene skal bli prioritert er av stor betydning for at det skal la seg gjennomføre, ifølge en av informantene. Den samme avdelingslederen beskrev sin rolle som kulturbygger. Det er på den måten avdelingslederen som legger til rette for muligheten til å gjennomføre forløpene, og informanten beskrev sin rolle som avgjørende.



Jeg tror jo at det handler om kultur, holdninger, verdier i et lederperspektiv. For er ikke leder med, så hvordan i all verden skal du få folkene dine med deg for å på en måte klare å få et slikt prosjekt i havn (Mona).

Det er en rekke vurderinger og prioriteringer som avdelingslederne skal ta ansvar for, og en av dem beskriver skvisen som hun blir stående i da det til enhver tid er utfordringer med knappe ressurser i hjemmetjenesten. Ivaretagelse av forløpene kan potensielt tenkes gå på bekostning av andre som mottar hjemmetjeneste. En av informantene beskriver:

Det er virkelig på liv og død mange ganger, du skal gå god for mange av de prosessene som skjer i hjemmene og du skal liksom, du har masse ansvar sant også skal du kanskje håndtere flere parallelle forløp. Det er ikke bare en som er dårlig, det er uti hvert fjordhull en som er marginal, så det er jo også det med fordeling av ressurser. Du må jo hele tiden gjøre de vurderingene, det kan være ganske tøft altså (Mona).

De må være sterke for å bære ansvaret som ledere, og en av informantene forteller at hun føler seg tidvis ensom i rollen som avdelingsleder og savner samhold og støtte i et ledernetverk. Hun mener at ledere i primærhelsetjenesten skulle vært bedre ivare tatt i sin rolle, mens en av de andre avdelingslederne er i et ledernetverk og verdsetter fellesskapet og støtten som finnes der.

Jeg har nå belyst det informantene fortalte om hvordan de bidrar som ledere i forbindelse med å utøve ledelse. For det første anvender de sin sykepleierkompetanse når de skal utøve ledelse for forløpene. I tillegg stiller avdelingslederne selv opp og «strekker seg langt» sammen med sine medarbeidere, avdelingslederne leder og fasiliterer teambygging, og de kommuniserer med sine ansatte og fungerer som kulturbyggere i forbindelse med forløpene.

## **4.2 Balanse mellom å presse og ivareta medarbeiderne for å ivareta komplekse forløp**

Jeg vil nå se nærmere på hvordan avdelingslederne forholder seg til behovet for fleksibilitet hos medarbeiderne. Hvordan de håndterer økte behov, og arbeidshverdagen til medarbeiderne

som avdelingslederne skal planlegge for. En av informantene understreker at de har en plikt til å utføre nødvendig helsehjelp, og prioriterer høyest at pasientene får den hjelpen de har behov for. De har med seg sine faglige verdier som sykepleier. Det er naturlig i menneskebehandlernde organisasjoner der det handler om å hjelpe mennesker. Likevel er det viktig å se på hva organisasjonene krever og forventer av sine medarbeidere. En av avdelingslederne sier: «Jeg tenker at for meg er det viktigste at pasientene får god helsehjelp...» (Eva).

På den andre siden gjør informantene refleksjoner med tanke på viktigheten av å ivareta pleiepersonalet sine behov. En av avdelingslederne understrekte at det er et lederansvar at medarbeiderne har gode arbeidsforhold, og at de har et fysisk og psykisk forsvarlig arbeidsmiljø. Informantene uttrykker at de har et grunnleggende ønske om forutsigbarhet for både pasientene og medarbeiderne. Samt et ønske om å finne en balansegang der medarbeiderne blir ivaretatt slik at de har lyst og ønske om å fortsette i jobben. De må hele tiden vurdere hvor stor fleksibilitet det skal være uten at medarbeiderne må jobbe veldig mye overtid.

Medarbeiderne, og da spesielt sykepleierne, må være dedikerte og klare for å være fleksible, da det kan være behov for å forskyve vakter i den planlagte turnusen, leie inn ekstravakter eller overtidsvakter. Systemet slik det er organisert i dag ivaretar i utgangspunktet ikke godt muligheten til å dø hjemme, ifølge en av avdelingslederne. Flere av informantene sier at noen av medarbeiderne er på tilbudssida og «strekker seg ekstra langt» i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt, og at forløpene derfor lar seg gjennomføre. En avdelingsleder forteller at noen av de ansatte uttrykker at de opplever det svært meningsfylt å få ta del i forløpene, og at når medarbeiderne bidrar med for eksempel å jobbe utover normal arbeidstid og endre arbeidstid, er det basert på frivillighet og at medarbeiderne selv ønsker å gjøre det. En av informantene beskriver behovet for at spesielt sykepleierne må være fleksible på grunn av behovet for fagkompetansen.

Det er nok der utfordringa ligger, på personell og drift.. Det å vite at man har sykepleiere som faktisk er litt dedikert oppgaven, og er villig til å gå litt ut av sin egen turnus og være med på den der sluttfasen. For som oftest vet vi ikke hvor lang den siste fasen er. Den kan gå fort, og det kan gå over tid (Kari).

Velvilje hos medarbeiderne er nøkkelen for å lykkes med palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmet, og en av avdelingslederne strakk seg så langt som å si at sykepleieren ofrer seg og sitt eget hverdagsliv privat for pasienten, og erfaringen er at sykepleierne har vært villige til å «stå i det» og «å se bort fra klokka» når situasjonen har krevd det, samt at de gjør det frivillig. Avdelingslederen har et syn på sykepleiere som innebærer en forventning om at de skal sette til side sine egne behov, og på et vis være «engel» som har fått et kall og skal strekke seg langt for pasienten sine behov, til tross for at det er utenfor den opprinnelige turnusen eller arbeidstiden. Flere av informantene bekrefter at sykepleierne ikke kan forvente å gå hjem ved vaktslutt.

Det er litt sånn, man bretter opp ermene også bare står man på. Ja, så det er klart at de må jo ofre litt fritid og, og kanskje at det skjer noe på hjemmefronten som de ikke får være med på fordi at de må endre på turnusen sin. Kanskje får de ikke med seg juleavslutning med barna sine. Det skjer, ja. Da ofrer de seg for pasient..() eller da er det det som skjer på en måte (Kari).

På den andre siden forteller en av de andre avdelingslederne at hun opplever at de unge og nyutdannede sykepleierne stiller andre krav og har endrede forventninger sammenlignet med tidligere.

Det er ikke den dugnadsånden i de ansatte lenger og vi kan ikke forvente at de ansatte skal komme på fritida for at vi skal få suksessfulle opplevelser med hjemmedød. For det er jo sånn det har vært gjort, det er sånn det har vært organisert til nå... De nyutdannede nå, de lukter ikke på det. Det er ikke de nyutdannede som tar bakvakt på ei smertepumpe på natt. Det er de gammelhundene som gjør det, som fortsatt har den omsorgsbiten i seg, som ikke klarer å si nei (Johanne).

Informanten forteller at hun selv hadde vanskeligheter med å sette grenser for sin egen del da hun jobbet som utøvende sykepleier. Hun jobbet mye frivillig når det var behov for det, og

hadde telefonen på nattbordet for å være tilgjengelig gjennom natten i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt. Hun forteller at det var mye mer frivillighet blant de ansatte før, og at det var flere som gjorde som henne på den tiden. «Frivilligheten er ikke blant folk lenger», er hennes inntrykk. Avdelingslederen har erfaring med at «de unge» ikke sier ja, og har dugnadsånden i seg, mens «gammelhundene» ikke klarer å si nei. Det er noe motstridende i at det skal være noe medarbeiderne selv ønsker, men så sier hun at de som sier ja er «de som ikke klarer å si nei». Det kan virke som om dette til dels handler om samvittigheten til den enkelte sykepleier, og at noen ikke føler at de kan si nei. Samtidig ble det understreket at det er et lederansvar å ta vare på personalet. Hun forteller videre: «Det er lett å falle for fristelsen og utnytte de som ikke kan si nei. Det skal vi være forferdelig forsiktige med» (Johanne).

Dersom tendensen framover blir at sykepleierne ikke strekker seg like langt som de i stor grad har gjort tidligere, er det behov for å gjøre endringer i måten arbeidet organiseres.

Informanten en sier at hun også har opplevd å bli oppringt på kvelden når sykepleierens vakt nærmer seg slutt. «Det er jo ikke alltid man kan gå, men det gjør de, unge i dag, de går. Så får du en telefon klokka 22. Jeg må gå, vakta mi er ferdig. Hva har du tenkt til å gjøre nå?» (Johanne).

Sykepleiere som jobber på tvers av flere avdelinger er ifølge en av avdelingslederne et grep som er gjort for å få tilgang til flere sykepleiere for å ivareta forløpene, men også andre sykepleiefaglige oppgaver. Da jobber sykepleierne mer spesialisert rettet mot prosedyrer og medisinske oppgaver som bare de kan gjennomføre. Det kan oppleves konsentrert og intenst når det står på også for hjelperne, og lengden av forløpene kan variere.

Hvis det bare varer og varer, det sliter jo ut folk. Man blir jo helt utmattet ut av det. Jeg har vært borti at det kan gå over måneder, sant.. Det det er mange aspekter i det, og det er egentlig en veldig komplisert aktivitet å ha hjemmedød (Mona).

Dersom avdelingslederne i hjemmetjenesten skal lykkes, er det ifølge informantene viktig å legge en plan for forløpet, og være i forkant. Til tross for at viktigheten av å ha en plan, fortalte alle avdelingslederne at forløpene er uforutsigbare og vanskelig å planlegge. En av dem sa at det er viktig å ha en plan A og en plan B, for det er ikke alltid det lar seg gjennomføre å være hjemme, selv om det var den opprinnelige planen. En av

avdelingslederne sa: «Det må være en romslighet rundt det fordi man ikke kan planlegge...» (Eva). Det er et paradoks at de sier at det skal legges en plan, men på den andre siden sier de at det ikke er mulig å planlegge.

Flere av informantene fortalte om et allerede høyt arbeidspress blant sine medarbeidere i hjemmetjenesten. Det blir stilt krav til fleksibilitet som opprinnelig ikke finnes i hjemmetjenesten, som til vanlig er preget av vedtak og nøye dokumentering av tidsbruk. «Det er vanskelig å dokumentere tidsbruk i forhold til å være innenfor et budsjett med ressurser» (Eva). En av informantene forteller at de ikke får godkjenning til å ha fastvakt i forbindelse med forløpene. Da finner hun en løsning som gjør at de i noen tilfeller likevel får ivaretatt situasjonen. På den måten blir det opp til sykepleieren som har bakvakt å bruke faglig skjønn til å vurdere behovet, og så utøve hjelp etter egen vurdering av situasjonen. Avdelingslederen overlater da fagansvaret og vurderingen av behov til sykepleieren.

Vi får ikke vedtak på fastvakt, vi gjør ikke det. Men, hva kaller du fastvakt og hva kaller du en utrykning på bakvakt. Det er jo en fastvakt hvis aftenvakta ringer bakvakta og sier du han er så dårlig, du må komme. Så er du der kanskje hele vakta, så er det jo en fastvakt, men vi bruker ikke benevnelsen. Vi bruker benevnelsen bakvakt, men jeg krangler aldri på hvor mange timer du har vært. Hvis du har vært på utrykning så har det vært nødvendig (Johanne).

Til tross for at informantene har erfaring med at de har klart å gjennomføre palliativ omsorg ved livets slutt, er det en rekke utfordringer som kan komplisere forløpene med tanke på driften. Flere av avdelingslederne har erfart utfordringer i forbindelse med ferieavvikling, høytid og helger, da det er færre sykepleiere og fast personale til å ivareta forløpene, i tillegg til den øvrige driften i avdelingen. Avdelingslederen understrekte at til tross for utfordringer med høytid og ferie, så har de likevel fått det til. I tillegg blir sykefravær nevnt som et problem som kan oppstå, og en av informantene fortalte at ved sykefravær eller behov for økt bemanning er det stort sett ufaglærte som leies inn.

Merker det at av en eller annen grunn så skjer det på sommeren, midt i ferietida, så det skjer egentlig... og i jula, så vi har hatt det gjerne i situasjoner hvor vi har vært litt «short» på sykepleiere. (Lise).

Jeg har nå beskrevet hvordan medarbeiderne må være fleksible og dedikerte. Informantene forhandler med og motiverer sine medarbeidere for å kunne ivareta forløpene. Erfaringene deres er at noen av sykepleierne er fleksible og ønsker å være det, mens andre ikke er like villige til blant annet å endre arbeidstid og jobbe overtid. En av avdelingslederne forteller at hun har inntrykk av at «dugnadsånden» som var tidligere, ikke er blant sykepleierne lenger, i alle fall ikke blant de yngre ansatte.

### **4.3 Ressurssjonglering og kompetanseoversikt: Rett kompetanse til rett tid**

I dette avsnittet vil jeg belyse hvordan ulike kompetanser blir brukt og prioritert av avdelingslederne, samt kreftsykepleiernes spisskompetanse som blir ansett som en ressurs for både de ansatte, pasienten og de pårørende. Forløpene krever mye ressurser og fagkompetanse, og påvirker driften i hele hjemmetjenesteavdelinga når det står på. En av informantene fortalte: «Det er jo en hel avdeling som må hjelpe hvis man for eksempel må ha en sykepleier mye hos en pasient som er døende» (Eva).

Hjemmetjenesteavdelingene har ikke bare medarbeidere med helsefaglig utdanning, men også ufaglærte assistenter. En avdelingsleder sa at de lar assistenter utføre tekniske prosedyrer etter opplæring og delegasjon, og mener at det er viktig å investere i de ressursene som er tilgjengelig.

For jeg vet at noen som () kun sykepleiere, også er det veldig hierarkisk i forhold til hvem som gjør hva. Så jeg tror nok at vi på godt og vondt har en ganske...ikke flat struktur, men vi har ufattelig flinke folk, og det må vi ha for det er helt fra (stedsnavn) til (stedsnavn) (Mona).

...Altså den tjenesten en distriktstjeneste, den krever ganske mye logistikk sånn at våre medarbeidere de er utrolig autonome. De får opplæring, de får utføre ganske tekniske prosedyrer også assistenter, med at vi får en delegasjon fra lege, og vi ønsker og utdanne folk (Mona).

For å få utført alle nødvendige oppgaver og prosedyrer, ser informanten at det er nødvendig at også assistenter får utføre ulike prosedyrer. Avdelingslederen begrunnet behovet i at det er store avstander som krever logistikk. Hun tenker at å gi assistenter opplæring i å utøve prosedyrer er en del av løsningen på kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i framtida, og at det vil bli nødvendig å se på muligheter for å utnytte kompetansen til de ansatte i hjemmetjenesteavdelinga.

...Fordi at de har på en måte tilegnet seg den kunnskapen og kompetansen som på en måte primært tilhører den brukeren. Så jeg tror nok at også at utnytting av kompetansen, slik må det bli litt mer i framtida, at man tenker på en litt annen måte (Mona).

Avdelingslederen fortalte at hun tenker at det er nødvendig å utnytte kompetansen, og sier at nye løsninger vil tvinge seg fram i framtida. Hun har god erfaring med å la assistenter få opplæring i prosedyrer, men understreker at hun ønsker å gi medarbeiderne mulighet for utdanning. Hun fortalte videre om en av helsefagarbeiderne hos dem som er i gang med et toårig utdanningsforløp i palliasjon for å styrke kompetansen. En av de andre informantene sa at hun forsøker å unngå å sende assistenter til de som er i livets slutfase.

..Slik at man tenker at i minst grad sender vi ufaglærte til de som er i livets siste fase, og det er jo noe med erfaring og kompetanse og at man skal ha kunnskap nok og kjennskap til systemet for hvordan man gjør ting (Eva).

Det er tydelig at informantene ikke ønsker å la ivaretagelse av forløpene gå på bekostning av andre pasienter som hjemmetjenesten også har ansvaret for. Avdelingslederen står i en skvis fordi hun ønsker å ivareta forløpene, men er bekymret for om det kan gå ut over andre som har behov for hjelp. «...redd for at det skal gå ut over resten av avdelinga, fordi at det ofte er assistenter som leies inn» (Eva).

Pasienter i livets slutfase er høyt prioritert hos alle avdelingslederne, og pasientene er prioritert foran en del andre når det kommer til hvem som skal få hjelp av personale med mest utdanning. Det gjelder for avdelingslederne å forvalte ressursene klokt og håndtere avgjørelser på en gjennomtenkt måte i forbindelse med å lede for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. En av informantene fortalte at hun har laget en kompetanseliste der

hun har tatt stilling til hvilke pasienter som er i behov av personale med ulik kompetanse. Når hun laget kompetanseliste lå ulike vurderinger til grunn for hvilke diagnoser og pasienter som blir prioritert og ansett for å ha det største behovet til enhver tid. «Jeg har sånn kompetanseliste. Jeg har alltid en kompetanseliste som de som skal ha kontinuitet med færre folk og bare høykvalifiserte folk står på» (Johanne).

Et annet relevant punkt som viser at pasientene, kanskje spesielt ved kreftdiagnose, er prioritert er kommunalt ansatte kreftsykepleiere og/eller kreftkoordinator. De blir framhevet som en ressurs av alle fem avdelingslederne. I forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt bidrar de med kompetanse inn i forløpene. Kreftsykepleier og/eller kreftkoordinator er organisert ulikt i de tre kommunene jeg har vært i kontakt med, men de blir av alle avdelingslederne ansett for å være et bindeledd mellom ulike tjenester, en samarbeidspartner med faglig spisskompetanse for pleierne, i tillegg til å være støtte både for pasienten og de pårørende. En av informantene har erfaring med at kreftsykepleieren er med, stiller opp og strekker seg langt sammen med pleiegruppa. «..Kreftsykepleierne er jo også noen bidragsyttere. Spesielt når det er, jeg sier vi har ikke mange hjemmedøder. Så når de er der, så har de stilt opp de også.» (Lise).

Kreftsykepleier bidrar, ifølge en av avdelingslederne, blant annet med opplæring, samtaler og debriefing i etterkant av palliative forløp. Informantene anser tett samarbeid med kreftsykepleierne som et suksesskriterie, og de avdelingene som har kontor lokalisert nært kreftsykepleier har tettere samarbeid. En omorganisering i en av kommunene som var inkludert i denne studien førte til at kreftsykepleierne fikk ny lokalisering, og ikke jobbet like tett med hjemmetjenesteavdelingene som tidligere. Omorganiseringen ble av avdelingslederne ansett som en ulempe, både for seg selv og sine medarbeidere. Det var fordi nærheten og tett samhandling var et suksesskriterie i forbindelse med å lede forløpene. Til tross for kreftsykepleierne som bidrar med viktig kompetanse, uttrykker flere av avdelingslederne bekymring for framtida og knapphet på ressurser dersom det skulle bli flere pasienter i sen palliativ fase i avdelinga til samme tid.

Resultatene viser at avdelingslederne i hjemmetjenesten utøver ledelse for å fasilitere forløpene ved at de sjonglerer ressurser og ser muligheter for å gi opplæring til ufaglært



personell for å utføre noen av prosedyrene i avdelingen. Men i forbindelse med omsorg ved livets slutt blir fagkompetanse prioritert. En av informantene har en kompetanseliste som hun benytter for å vurdere hvilke pasienter som har mest behov for hjelp av personell med fagkompetanse. Kreftsykepleier og/eller kreftkoordinator er et viktig faglig bidrag inn, og er en samarbeidspartner og støttespiller for avdelingslederne når de skal lede for forløpene.

Mine funn viser at når avdelingslederne i hjemmetjenesten utøver ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt innebærer det å sjonglere ressurser i et uforutsigbart landskap. Likevel har de engasjement og ønsker å få det til. De bidrar med seg selv, ved å stille opp og arbeider praktisk, de tar initiativ til samarbeid og kommunikasjon, og ikke minst bidrar de til teambygging i avdelinga. En av informantene ser på seg selv som kulturbygger for at forløpene skal la seg gjennomføre. I tillegg forhandler avdelingslederne med sine medarbeidere for å imøtekomme behov for fleksibilitet. Det viser seg at de ofte finner løsninger til tross for knappe ressurser. Informantene gjør vurderinger av hvordan kompetanse skal bli brukt i avdelinga, og gir assistenter opplæring i prosedyrer. Avdelingslederne gjør sykepleierfaglige vurderinger for å lede avdelinga faglig forsvarlig.

## 5 Diskusjon

For å diskutere resultatene vil jeg ta i bruk teori om bakkebyråkrati som bidrar til å belyse hvilke forutsetninger avdelingslederne har i sitt ledelsesarbeid i forbindelse med forløpene. Deretter vil jeg sette søkelys på hvordan avdelingslederne kombinerer fag og ledelse i møte med motstridende ledelseskrav, når økonomiske hensyn og faglige hensyn skal bli ivaretatt på samme tid. Så vil jeg se nærmere på hvilke dilemmaer avdelingslederne må ta stilling til for å motivere medarbeiderne til å jobbe som et team i forbindelse med forløpene. Det relasjonelle aspektet ved ledelse virker å være av stor betydning når avdelingslederne lykkes.

I innledningen argumenterte jeg for avgrensningen jeg har gjort med å fokusere på avdelingslederne i hjemmetjenesten i prosjektet grunnet oppgavens omfang. Jeg tok valget fordi avdelingslederne sin rolle har fått lite oppmerksomhet i forbindelse med fasilitering av de komplekse forløpene. Resultatene peker på noe større, og det er behov for å utvide perspektivet for å se på muligheter for utviklingsarbeid. Underveis i diskusjonen tar jeg meg friheten til å undre meg over muligheter til forbedringsarbeid, knyttet opp mot del to av problemstillingen som etterspør muligheter til kvalitetsforbedring. Jeg tenker at ulike former for utviklingsarbeid potensielt vil kunne påvirke og forbedre avdelingslederne sine forutsetninger i arbeidet, og er på den måten relevant.

### 5.1 Forutsetninger: Lede store mengder arbeid med utilstrekkelige ressurser

For å sette søkelys på hvilke forutsetninger avdelingslederne har, vil jeg starte med å se på at tendensen til at flere pasienter uttrykker et ønske om å avslutte livet hjemme oppleves økende blant avdelingslederne. Stortingsmelding nr. 24 beskriver at alle skal bli ivaretatt på en helhetlig måte for å få best mulig livskvalitet og muligheten til å gjøre valg med tanke på livets slutt, og videre skal tjenestene bli innrettet slik at de som ønsker det, kan få dø i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). For å få et inntrykk av feltet som avdelingslederne skal lede blir det viktig å se på hvem som potensielt kan ønske å tilbringe livets slutt hjemme.

Tidligere har mye av det palliative feltet vært rettet mot kreftpasienter. Fokuset alene på kreftpasienter er en stor svakhet ved den norske utviklingen på fagfeltet. Helsepolitisk ledelse forventer nå at også andre grupper blir inkludert (NOU 2017: 16). Eksempler er pasienter med progredierende nevrologiske lidelser, pasienter med kroniske hjerte-, lunge- og nyresykdommer og skrøpelige eldre som for eksempel personer med demenstilstander i avansert stadium (Rønsen, 2020). Et tydelig kjennetegn ved bakkebyråkratiet er at etterspørselen etter tjenester har en tendens til å øke for å møte tilbudet (Lipsky, 2010). Tidligere var det fokus på én gruppe, kreftpasientene, men nå blir det tydeliggjort at i større grad skal flere bli inkludert i muligheten til å være hjemme i forbindelse med livets slutt, uavhengig av hvilken diagnose som ligger til grunn.

Når det blir tilbudt tilleggstjenester, i dette tilfellet bedre tilrettelegging for palliativ omsorg ved livets slutt for flere, er det sannsynlig å tenke at flere vil kunne ønske å tilbringe siste del av livet i hjemmet. Hvis flere ressurser blir gjort tilgjengelige, vil press for tilleggstjenester som bruker disse ressursene vokse fram (Lipsky, 2010, s. 33). På den måten vises det umettelige behovet som Lipsky (2010) beskriver øker i takt med tilbudet, men som ikke nødvendigvis fører til økte ressurser til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dersom flere ønsker å være hjemme, vil det føre til økt press på avdelingslederne i hjemmetjenesten som skal utøve ledelse. Avdelingslederne blir satt i en skvis der mengden arbeid ikke samsvarer med tilgjengelige ressurser, og arbeidet blir enda mer krevende enn det så langt har vært.

I det avdelingslederne utøver ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livet slutt, innebærer det å sjonglere ressurser i et uforutsigbart landskap. Avdelingslederne forsøker etter beste evne å planlegge, men forløpene forutsetter en romslighet i tjenesten fordi det ikke er mulig å planlegge behov og utviklingen av forløpet. I tillegg er det nødvendig å gjøre faglige og etiske vurderinger og bruk av skjønn. En forutsetning når avdelingslederne i hjemmetjenesten skal utøve ledelse, er muligheten til å gi sine medarbeidere rom for å ivareta uforutsigbarhet. Forløpene har ikke klare avgrensninger, og informantene i studien beskrev behov for fleksibilitet hos hjemmetjenesten for å kunne imøtekomme uforutsigbare behov hos pasienten.

I forsøk på å lage en struktur i forløpene, prøver avdelingslederne å bidra sammen med medarbeiderne til å legge en plan for det palliative forløpet. Funn fra en studie som tar for seg helsepersonell i kommunen sine erfaringer med palliative forløp viste at det kan se ut til at de standardiserte pasientforløpene passer bedre for spesialisthelsetjenestene, og at kommunene har behov for helhetlige og lokalt tilpassede forløp (Tarberg et al., 2016). God dialog tidlig i det palliative forløpet, det å forstå hva pasienten selv ønsket, samt å tilpasse forløpet til den enkelte pasient og familien ble ansett som viktig (Tarberg et al., 2016).

Isaksen, Ågotnes og Fagertun (2018) viser i sin studie fra fem sykehjem store variasjoner med tanke på kvalitetsarbeid både innad i sykehjem og mellom ulike sykehjem. De beskrev ulikhetene som et spenningsforhold mellom lokal autonomi og kultur og ønsker fra myndighetene om en mer forutsigbar praksis med felles standarder, fremmet gjennom nasjonale råd og veiledere. Informantene i mitt prosjekt utøvde ledelse som la til rette for en kombinasjon av standardiserte planer, planlegging og fleksibilitet i forbindelse med forløpene. Men et spørsmål er dersom det blir lagt opp til stor fleksibilitet, kan det potensielt tenkes å gå ut over andre som også mottar hjelp fra hjemmetjenesten?

Basert på informantene sine beskrivelser av det komplekse og uforutsigbare, kan forløpene bli forstått som preget av *uregjerlige* problemer. Denne typen problemer blir kalt *wicked problems* på engelsk eller *uregjerlige* problemer som den norske definisjonen, det nærmeste en kommer en oversettelse av begrepet. Det som kjennetegner de *uregjerlige* problemene, er at de vanskelig kan la seg avgrense fra andre problemer. De har flere årsaksfaktorer, og det er ikke objektive kriterier for beste løsning. I tillegg er det problematisk å si når problemet er løst, hvert problem er i prinsippet unikt og løsningene er normative eller politiske (Vabø, 2014a).

De *uregjerlige* problemene i forbindelse med forløpene omhandler det Lipsky (2010) beskriver som komplekse oppgaver og problemstillinger der utarbeidelse av regler, retningslinjer eller instruksjoner ikke kan avgrense alternativene, og dette kjennetegner bakkebyråkratene sitt arbeid. Lipsky (2010) viser til at det er minst to årsaker til at arbeidet er av en slik type. Den første grunnen er at bakkebyråkratene i sitt arbeid møter situasjoner som er for kompliserte til å settes inn i faste rutiner. Årsak nummer to er at bakkebyråkrater

arbeider i situasjoner som ofte krever hensyn til den menneskelige dimensjonen av situasjoner. Bakkebyråkrater utviser skjønn fordi oppgavene deres krever sensitiv observasjon og dømmekraft, og ikke kan reduseres til faste rutiner (Lipsky, 2010, s. 15). På den måten illustreres den komplekse hverdagen som de ansatte som bakkebyråkrater møter i sitt arbeid, og som avdelingslederne også som bakkebyråkrater har ansvar for å lede. Ved å se tilbake på hvordan avdelingslederen sin rolle har endret seg med innføringen av en NPM-inspirert organisasjonsform, har avdelingslederne i utgangspunktet begrensede muligheter til å ta hensyn til det komplekse og uforutsigbare i og med at tjenesten er preget av standardiserte vedtak og fokus på økonomistyring.

Til tross for at den NPM-inspirerte, vedtaksbaserte bestiller-utfører-modellen blir benyttet i flere av kommunene som informantene jobber i, virker det som at palliative forløp på et vis havner på siden av vedtaksmodellen og blir behandlet mer fleksibelt. Likevel frigjøres det tilsynelatende ikke ubegrenset med ressurser, og det er avdelingslederne og medarbeiderne som gjør tilpasninger og finner løsninger innenfor driften og personalet de allerede har. I en studie som undersøkte hjemmesykepleiere sine erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme, uttrykte flere av informantene at de var fornøyde med vedtakstiden, tildelt tid til pasienten, og opplevde aksept og fleksibilitet fra ledere og andre kollegaer når det ble vurdert at det var behov for mer tid. Likevel fant de på den andre siden i den samme studien at tiden som var satt av til besøk hos den palliative pasienten ofte ikke strakk til, og at det var vanskelig å skulle bruke mer tid i de situasjonene der andre pasienter og oppgaver ventet (Aamold et al., 2020). De sprikende funnene i studien illustrerer den varierende og uforutsigbare hverdagen som avdelingslederne i hjemmetjenesten har ansvar for å lede.

Når avdelingslederne skal lede for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt spiller kreftkoordinator og/eller kreftsykepleier en rolle i ivaretagelsen av forløpene. Det framstår for meg til en viss grad tilfeldig og ulikt hvordan kreftsykepleiere og kreftkoordinator er organisert fra kommune til kommune. Ulikheten blir bekreftet i en studie som fant at kreftkoordinatorene sin praksis må bli forstått som bred, fleksibel og varierende. Studien som tok for seg kreftkoordinatorer viste at de hadde ulike forståelser av seg selv, sin funksjon og sin rolle i helsesektoren (Mathisen, 2020). En annen studie som så på tilbudet med forløpskoordinatorer til kreftpasienter i sykehus og kreftkoordinatorer i kommunene, viste at

tilbudet varierer, og de mener derfor at det er problematisk å si noe entydig om effekten (Høvik, Kienlin & Berg, 2017).

I de nasjonale faglige retningslinjene blir det foreslått en organisering som innebærer blant annet ressurspsykeleier, gjerne en kreftpsykeleier, og kreftkoordinator i hver kommune som skal ha en rådgivende og veiledende funksjon overfor hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2015a). Slike ressurspersoner kan også delta i konkrete pasientsituasjoner om nødvendig. Funn fra en studie bekrefter at funksjonen til kreftpsykeleierne ikke er tilstrekkelig avklart eller implementert, og at «generalistsykepleieren» i hjemmetjenesten, som ikke innehar en spesialisert kompetanse innen palliasjon, i stor grad står alene med et ansvar for pasienter i palliativ fase, noe de tidvis opplever som overveldende og utrygt (Aamold et al., 2020). At deltakerne i denne studien beskriver en form for distanse, utrygghet og handlingsvegring, kan knyttes til manglende støtte fra nettverket med spesialkompetanse. For å oppnå målet om at flere kan ha mulighet til å dø hjemme, trengs et kontinuerlig og tett samarbeid mellom hjemmesykepleiere og spesialister som har kompetanse til å ivareta forløpene i hjemmet. I følge Aamold et al. (2020) bør det være klar ansvars- og oppgavefordeling slik at de ulike profesjonenes og faggruppenes kompetanse brukes til det beste for pasienten og de pårørende. Basert på mine funn og de andre studiene sine funn, tenker jeg at det er behov for avklaring av kommunale kreftkoordinatorer, og til dels også kreftpsykeleierne sine roller, til tross for at det vil kunne være behov for individuelle tilpasninger i ulike kommuner. Jeg tenker at en avklaring potensielt vil kunne gjøre avdelingslederne sitt arbeid mer forutsigbart.

Et annet relevant punkt for å belyse forutsetningene til avdelingslederne, er å se på hvordan de står i krysspress når de skal prioritere og fordele ressurser i hjemmetjenesten.

Utilstrekkelighet og vanskelige prioriteringer bidro til en følelse av ensomhet i rollen som avdelingsleder når flere komplekse forløp skulle bli ivaretatt parallelt. Avdelingslederne strekker ikke til med ressursene de har tilgjengelig. Slik jeg tolker det kan lederstøtte for avdelingslederne være av betydning for mestring i rollen over tid. En studie som undersøkte ledernetverk i kommunal helse- og oppvekstsektor viste at nettverket fungerte godt som lederstøtte, som et forum for erfaringsdeling, og som et sted ledere kunne dele gleder og frustrasjoner fra arbeidshverdagen sin (Berre & Ingdahl, 2015). Jeg undrer meg over om

ledernetverk kan være hensiktsmessig for avdelingslederne som bakkebyråkrater, og at det vil kunne bidra til ønske om å bli i den krevende rollen som avdelingsleder over tid.

Når Lipsky (2010, s. xxii) beskriver bakkebyråkratene påpeker han at det kunne vært interessant å se på hvordan noen finner en tilfredsstillende balanse mellom forventningene til jobben de skal utføre, og hva de faktisk er i stand til å utrette. I en rapport om førstelinjeledere, ledere i samme posisjon som avdelingslederne, viste erfaringsdeling, i tillegg til kompetanseheving og videreutdanning seg som viktig støtte i lederne sitt arbeid (Socialstyrelsen, 2021, s. 48). På bakgrunn av funnene tenker jeg at ledernetverk kan være med på å bidra til å inspirere avdelingsledere til å finne motivasjon til å bli i jobben, og anerkjenne det faktum at det er et misforhold mellom mengden arbeid hjemmetjenesten skal utføre og tilgjengelige ressurser til å gjennomføre arbeidet. Samtidig mener jeg at ledernetverk alene ikke vil være en langsiktig og tilstrekkelig løsning for lederne.

Til tross for kapasitetsutfordringer i forbindelse med sykefravær, ferieavvikling, høytid og helger, da det er færre ansatte på jobb, har informantene tilsynelatende lyktes med å gjennomføre forløpene. Medarbeiderne har sammen med avdelingslederne i hjemmetjenesten, slik jeg tolker det, til en viss grad usynliggjort det at organiseringen ikke er tilrettelagt for palliativ omsorg ved livets slutt, noe som kan ha ført til at ansvaret ikke blir løftet oppover. Halvard Vike beskriver i boka, *Velferd uten grenser*, hvordan ressurser ikke stemmer overens med krav. Slik jeg ser det illustrerer dette godt hvordan bakkebyråkratene i hjemmetjenesten, avdelingslederne og medarbeiderne, sammen har kompensert for manglende ressurser når de har lyktes med å gjennomføre forløpene.

Når ressursene øker langt langsommere enn kravene til ytelser, er det den naive tilliten blant dem som kompenserer for misforholdet i praksis, som hindrer det i å bli skandaløst tydelig (Vike, 2004, s. 87).

Jeg har nå ved hjelp av teori om bakkebyråkratiet belyst forutsetningene avdelingslederne har i forbindelse med at de skal utøve ledelse for å fasilitere palliative forløp ved livets slutt. Avdelingslederne utøver ledelse for store mengder arbeid med utilstrekkelige ressurser i en NPM-inspirert organisasjonsform. Når de fasiliterer forløpene, leder de et komplekst arbeid som i stor grad krever fleksibilitet og utvisning av skjønn. Utfordringer med tanke på bemanningssituasjonen kan oppstå, spesielt i forbindelse med sykefravær og høytider. Det er liten tvil om at å utøve ledelse i forbindelse med forløpene er krevende og rollen som

avdelingsleder kan medføre en følelse av ensomhet. En utfordring er at når bakkebyråkratene løser utfordringene og problemene usynliggjør de manglene, og ansvaret blir ikke løftet oppover. Et paradoks er at avdelingslederne beskriver behovet for forutsigbarhet og planlegging samtidig som fenomenet i seg selv er uforutsigbart og ikke mulig å planlegge. Forslag til forbedringsarbeid er lederstøtte og ledernetverk som kan være av betydning for jobben til avdelingslederne som i stor grad krever bruk av skjønn i vurderinger. Jeg har også pekt på et behov for å avklare kreftkoordinatorerne og kreftsykepleierne sin funksjon, noe som vil kunne innvirke på avdelingslederne sine muligheter til å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt. Et nært samarbeid synes å være av stor betydning i forbindelse med forløpene.

## **5.2 Avdelingslederne sine strategier for å håndtere komplekse forløp**

Jeg vil i dette kapitlet se nærmere på noen av valgene avdelingslederne gjør i forbindelse med ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livet slutt. Avdelingslederne gjør vurderinger som bidrar til faglig forsvarlig drift i hjemmetjenesten, samtidig som de skal forholde seg til vedtak og budsjett når de skal utøve ledelse. På den måten er det behov for en kombinasjon av profesjonell logikk og ledelseslogikk i arbeidet. *Profesjonell logikk* beskriver i dette prosjektet hvordan avdelingslederne benytter sin sykepleiefaglige kompetanse når de skal utøve ledelse. *Ledelseslogikk* viser på den andre siden til hvordan avdelingslederne utviser autoritet og fokuserer på effektiv ledelse preget av en NPM-inspirert organisasjonsmodell.

Når avdelingslederne i hjemmetjenesten skal utøve ledelse må de ta ulike hensyn og vurderinger med tanke på vedtak og ressurser, politiske føringer, pasientenes og pårørendes behov, i tillegg til medarbeiderne. Informantene bekrefter at de får støtte fra ledelsen over seg til å gjennomføre forløpene. Likevel krever det ekstra innsats fra medarbeiderne og avdelingslederne, og det er ikke ubegrensede ressurser som blir frigjort. Med utgangspunkt i profesjonell logikk og ledelseslogikk tar lederne avgjørelser. De to logikkene har hver sine beskrivelser av hva som er forventet oppførsel, regler og normer (Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012). Slik jeg ser det, benytter avdelingslederne en kombinasjon av profesjonell



logikk og ledelseslogikk som motstridende logikker (*contradicting logics*) når de skal utøve ledelse.

Inspirert av Kristiansen (2016) vil jeg ta i bruk det teoretiske begrepet *contradicting logics* i forbindelse med at avdelingslederne skal utøve ledelse. Ved å kombinere ledelseslogikk og profesjonell logikk, tolker jeg det som at avdelingslederne gjennom *sensemaking* på et vis gir mening til sine prioriteringer og avgjørelser i ulike situasjoner. *Sensemaking* blir av Weick (1995) beskrevet som et utviklende sett ideer med forklaringsmuligheter, og ikke en fastsatt kunnskap. Begrepet *sensemaking* har ikke noe tilsvarende verb på norsk, men kan bli forstått som *å gi mening*. *Sensemaking* ser på hvordan man forstår et fenomen, og forholdet mellom forståelse og valg av handling (Weick, 1995, s. 4).

I en hjemmetjeneste der ufaglærte assistenter og personale med ulik helsefaglig bakgrunn jobber, er en del av avdelingslederen sitt arbeid å gjøre faglige vurderinger, prioritere og sjonglere mellom hvem som skal ha bistand fra medarbeidere med ulikt kompetansegrunnlag. Avdelingslederne forsøker å organisere tjenesten i et system for å begrunne valg angående hvordan kompetansen i avdelingen skal brukes, ved å lage en kompetanseliste. Målet er rett kompetanse til rett tid. Pasienter som mottar palliativ omsorg ved livets slutt, er høyt prioritert med tanke på kompetanse og kontinuitet. Det å lage en kompetanseliste kan bli sett på som en handling inspirert av NPM med ledelseslogikk i sentrum for en dynamisk organisasjon der effektivitet, kostnadskontroll og brukertilfredshet er klare mål (Orvik, 2015). Når en sykepleier endrer stilling til avdelingsleder forventes det at fokuset endrer seg fra faglig sykepleieledelse til å lede hele avdelingens virksomhet (Orvik, 2015). Slik jeg ser det er kompetanselisten et grep som avdelingslederen anvender i forsøk på å ivareta ansvaret med å lede hele avdelingen overordnet.

På den andre siden tolker jeg det som at avdelingslederne benytter profesjonell logikk for å gjøre en faglig vurdering av hvilke pasienter som har størst behov for personale med mest kompetanse. Ledelseslogikk blir benyttet ved å akseptere de forutsetningene som finnes i hjemmetjenesten, og videre blir prioriteringer gjort på grunnlag av det. Avdelingslederen gir på den måten mening, *sensemaking*, til hvordan hun har valgt å prioritere hvilke pasienter som skal få *kontinuitet, færre hjelpere og bare høykvalifisert personale*. De kan ikke

prioritere alle pasientene på lik linje, og må ta noen valg basert på både faglige vurderinger og ledelse. Flere av informantene bekrefter at medarbeidere med sykepleierutdanning, samt kontinuitet i tjenesten er høyt prioritert og nødvendig til pasienter i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt.

Det at avdelingslederne prioriterer sykepleier til en pasientene blir begrunnet med behov for faglig kompetanse og erfaring for å ivareta forløpet. På den andre siden uttrykte avdelingslederne bekymring og frykt for at det skal gå ut over resten av avdelinga når ressurser skal sjongleres, fordi det ofte er assistenter som blir leid inn ved behov for ekstra personell i forbindelse med forløpene. Likevel ble det ansett som en nødvendig prioritering av kompetanse blant avdelingslederne. Jeg tolker det som at de med sin sykepleierfaglige bakgrunn, benytter *sensemaking*, til å prioritere *noe* når ikke alt kan bli prioritert.

Grunnet sykepleiermangel og mangel på utdannet personale må avdelingslederne finne løsninger som får driften i hjemmetjenesteavdelinga til å fungere med medarbeiderne de har tilgjengelig. Som følge av uttalt bruk av assistenter blir det behov for at de får opplæring i deler av det daglige arbeidet i hjemmetjenesteavdelingene. Når avdelingslederne driver med kompetansemobilisering, blir det ansett som en løsning på kapasitetsutfordringer. Videre blir kompetansemobilisering pekt på som en del av løsningen på utfordringer i helse- og omsorgstjenesten i framtiden. Kompetansemobilisering innebærer i denne sammenhengen at assistenter får opplæring til å utføre tekniske prosedyrer, og de får delegasjon fra lege til å gjennomføre prosedyrene. Assistentene har tilegnet seg kunnskapen og kompetansen som er relevant for en bestemt pasient. På den måten er kompetansemobilisering med på å bidra til å frigjøre sykepleierne til blant annet å ivareta palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmetjenesteavdelingen. Det tvinger seg fram et behov for å tenke nytt i en tjeneste som har begrensede ressurser og en stadig økende arbeidsmengde.

På den andre siden viser en studie som tar for seg mellomledere sine erfaringer av kompetansebehov at det stadig blir flere syke mennesker, og pasientene har flere komplekse tilstander og behov i helsesektoren. De hevder at situasjonen i helsetjenesten stiller krav til helhetlig og avansert klinisk sykepleierkompetanse. Det å ha observasjonskompetanse og kunnskap til å utøve faglig skjønn blir vurdert som viktig. Etisk kompetanse blir oppfattet

som en grunnleggende ferdighet for en dyktig sykepleier (Kvangarsnes, Bergem & Tyrholm, 2016). Innenfor palliativ omsorg ved livets slutt er manglende kompetanse og kunnskap blant medarbeiderne i helse- og omsorgstjenesten tatt fram som en av hovedutfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Jeg undrer meg over hvordan manglende kompetanse og synet på kompetanse påvirker hjemmetjenesten, og jeg tenker at det er av stor betydning hvordan avdelingslederne velger å organisere tjenesten i avdelingen.

Et eksempel på modell for spesielt tilrettelagt hjemmeomsorg er funksjonsinndelte arbeidslag. Kommunen som er benyttet i en studie som tar for seg pasienters opplevelse av trygghet ved palliativ omsorg i hjemmet, har en organisering med lindrende arbeidslag, på dag og kveld på hverdager. Det lindrende arbeidslaget har minst én sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie eller palliativ omsorg (Hov et al., 2021). En svakhet ved arbeidslaget er at de ikke er tilgjengelige på natt og helg. På den måten blir kontinuitet og kompetansebehov bedre ivaretatt i forbindelse med forløpene. Jeg tenker at det er behov for kompetanse og å bruke rett kompetanse til rett tid, men slik jeg ser det bør kompetansen i større grad være tilgjengelig gjennom hele døgnet, i tillegg til helger og høytider.

Det er generelt behov for å øke kompetansen innen palliasjonsfeltet (NOU 2017: 16). Kompetansebehovet i kommunene er særlig økende, ikke minst som en konsekvens av samhandlingsreformen. På bakgrunn av omfanget i form av økende antall pasienter med behov for palliativ omsorg og kompleksiteten i forbindelse med utfordringer knyttet til sykdom og behandling, er behovet for kompetanse i kommunehelsetjenesten svært stort (Tarberg et al., 2016). Et viktig funn i studien til Tarberg et al. (2016) var behovet for å beholde kompetanse i kommunene. Kompetansen var sett på som sentral for å mestre gode palliative forløp. Kreftsykepleier og kreftkoordinator var av informantene framhevet som viktige for flere av kommunene i denne studien. Også behovet for breddekompetanse ble framhevet. Kompetanseheving blant medarbeiderne i hjemmetjenesten vil slik jeg ser det også være av betydning for kvalitetsforbedring i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt i hjemmet. En annen forskningsartikkel peker på mangler i organiseringen, manglende tilgang på tjenester og at kompetansen på det palliative feltet trenger forbedring. Det blir understreket at så lenge det er så store mangler, er det vanskelig å nå de uttalte målene om palliativ omsorg

i hjemmet (Fjose, Eilertsen, Kirkevold & Grov, 2018). Studien bekrefter behovet for å endre organiseringen og øke kompetansen i tjenesten for å kunne ivareta forløpene.

På den måten framstår det som *contradicting logics* at avdelingslederne sier at de ikke kan forvente å ha kvalifisert helsepersonell i framtidens helse- og omsorgstjeneste, men at de likevel skal sørge for å finne løsninger med personalet som de allerede har. Ledelseslogikken er slik jeg tolker det fremtredende når avdelingslederen snakker om kompetansemobilisering blant ufaglærte assistenter. Profesjonell logikk som fokuserer på det komplekse med å lære blant annet ferdigheter som observasjonskompetanse og faglig skjønn blir forenklet med en tankegang om at *hvem som helst* kan ivareta en pasient etter opplæring av prosedyrer, til tross for manglende helsefaglig utdanning og erfaring.

På grunn av mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere, benyttes ufaglærte assistenter i stor grad, særlig i forbindelse med sykefravær. Bruk av ufaglærte vikarer blir problematisert av Gautun (2021) som beskriver at det er høy bruk av ufaglærte vikarer i sykehjem og hjemmesykepleien, og det er sterke sammenhenger mellom høy bruk av ufaglærte og dårlig kvalitet på tjenesten. Det er tilsynelatende lite forskning som bekrefter sammenhengen mellom bruk av ufaglært personell og dårlig kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gautun viser bare til to internasjonale studier som er utført i sykehus. En systematisk oversikt som så på konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet viste at den høye andelen av ufaglært personell i kommunehelsetjenesten er bekymringsverdig. Noe av forklaringen kan være at pasientene som blir behandlet i kommunehelsetjenesten har et stadig økende omsorgsbehov, men en annen forklaring kan være at pasientene er innlagt i sykehus over en kortere periode nå sammenlignet med tidligere. Resultatet av oversikten viste likevel at ingen studier evaluerte konsekvensene på kvalitet og pasientsikkerhet som følge av en høy andel personell uten relevant fagutdanning i pasientarbeid i helse- og omsorgstjenesten (Folkehelseinstituttet, 2017).

Det er ifølge informantene behov for å benytte ufaglært personell, og det er behov for å fordele arbeidsoppgaver. Driften i hjemmetjenesteavdelingene er fleksibel, og medarbeiderne er autonome i arbeidshverdagen. På grunn av store kjøreavstander må det ifølge informanten bli løst på den måten. Slik jeg tolker det gir avdelingslederen med det argumentet,

*sensemaking* til utøvd ledelse. Det er ikke nok sykepleiere og helsefagarbeidere til at de kan gjøre «alt». På den måten håndterer avdelingslederen *contradicting logics* med at de skal lede for store mengder helsehjelp i hjemmetjenesten, men har begrensede ressurser til å ivareta alle pasientene.

Det blir tilbudt mange ulike kurs og uformelle utdanninger for kompetanseheving på palliasjonsfeltet. Formell kompetanse innen palliasjon er et tilbud flere steder i landet, og det finnes også tilbud om videreutdanninger for helsefagarbeidere hvor en stor del omhandler palliativ omsorg (Rønsen, 2020). Blant annet har Helsedirektoratet siden 2002 administrert midler til fagutviklingsprosjekter i forbindelse med palliasjon i kommunene. Målet med ordningen er å styrke kvaliteten på tilbudet til pasienter i palliativ fase og bidra til å styrke kompetansen i kommunene (Helsedirektoratet, 2022). En evaluering av tilskuddsordningen viser at mange prosjekter som får støtte, opplever utfordringer som påvirker måloppnåelse og effekter. Utskiftninger i personalgruppen, mangel på ressurser, for kort prosjektperiode og ulike prioriteringer av fagfeltet ble trukket frem. I tillegg nevner flere at fremdriften i prosjektet har blitt påvirket av kommunesammenslåing eller Covid-19. Likevel erfarer prosjektdeltagerne at utbyttet av tilskuddsmidlene er svært godt (Helsedirektoratet, 2020). Slik jeg ser det er det behov for kontinuerlige utviklingsprosjekter på palliasjonsfeltet, men jeg undrer meg over om mangel på ressurser i noen tilfeller kan være en barriere for utvikling.

På bakgrunn av manglende fagressurser i hjemmetjenesten anser jeg det som at det er behov for en bemanningsnorm som sørger for en grunnbemanning av fagpersonell på jobb til enhver tid. Funnene fra en studie som tok for seg bemanningsnorm i sykehjem viste at det kan være vanskelig å tallfeste en norm for bemanning, slik det er tenkt med en bemanningsnorm. Det vil kunne være misvisende å operere med landsdekkende gjennomsnittstall for bemanning i forhold til antall beboere, enten man snakker om dagens turnusplaner eller hva informantene anser vil være optimal bemanning ved å se på pasientene sine behov (Gautun & Bratt, 2015). Det er viktig å merke seg at det vil kunne oppstå samme utfordringer dersom bemanningsnorm ble innført i hjemmetjenesten. Likevel tenker jeg basert på bemanningsutfordringene at en solid grunnbemanning vil være avgjørende for muligheten å kunne ivareta komplekse forløp i hjemmet framover, og bemanningsnorm kan være et av flere mulige tiltak for at medarbeiderne skal trives og ønske å bli i jobben. I tillegg tenker jeg at

forutsetningene for å kunne utøve ledelse blir betydelig forbedret forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt ved økt tilgang på sykepleiere og fagpersonell.

Et annet funn i min studie er at en av informantene bruker seg selv som sykepleier i forbindelse med forløpene. Ved selv å avløse nattevakten for å få logistikken til å gå opp, bruker avdelingslederen seg selv som sykepleier. Min forståelse er at handlingen er en strategi for å kompensere for at systemet i utgangspunktet ikke er tilrettelagt for å ivareta forløpene. NPM har utfordret det direkte pasient-fokuset som mellomlederne tradisjonelt har hatt (Aaltvedt et al., 2017). Men når avdelingslederen avløser nattevakten, kommer profesjonsidentiteten til avdelingslederen tydelig fram gjennom at hun setter pasienten i sentrum når hun skal utøve ledelse. Sykepleielederen sitt verdigrunnlag utgjør en indre motivasjon for omsorg i sykepleieledelse (Solbakken, 2020). Omsorg er ifølge Solbakken (2020) en kjerneverdi i sykepleieren sin profesjonsidentitet og av den grunn også en sentral del av sykepleieledelse.

Avdelingslederen bruker seg selv, strekker seg langt og justerer sitt arbeid og sin arbeidstid utover det som i utgangspunktet forventes av lederrollen. Slik jeg tolker det håndterer avdelingslederen på den måten *contradicting logics* i det at hjemmetjenesten skal ivareta palliativ omsorg ved livets slutt, men ikke i utgangspunktet har forutsetninger til å kunne ivareta de komplekse forløpene og behovene. Ved å bruke sin rolle som sykepleier vektlegger avdelingslederen den profesjonelle sykepleierfaglige logikken og det beste for pasienten.

Når informantene velger å løse situasjoner ved selv å stille opp som sykepleier, kan det sees i sammenheng med «flink pike»-posisjonen som kom fram i diskursanalysen, *Omsorgsdiskurs og budsjettstyringsdiskurs – to konstituerende diskurser som konstruerer lederskap i hjemmetjenesten* (Aaltvedt et al., 2017). Ved å dra ut til pasienten og vise omsorg viser informanten seg som «flink pike». Flink pike-posisjonen trer ifølge Aaltvedt et al. (2017) fram ved at lederne ønsker å vise seg som en person som er nær praksisfeltet der praktiske omsorgsoppgaver blir gjort, og der relasjonene har stor verdi. Lederne ønsker i denne posisjonen ikke å framstå som «overordnet».

Et annet relevant punkt er å se nærmere på mulighetene og begrensningene i organiseringen av hjemmetjenesten. Den vedtaksbaserte bestiller-utfører-modellen blir benyttet i flere av kommunene der informantene arbeider. På den måten blir forløpene inkludert i en hverdag styrt av tidsavgrensede vedtak og økonomiske prioriteringer. Det er tydelig at det er vanskelig å dokumentere tidsbruk, for å være innenfor et budsjett med ressurser. Det er behov for romslighet på grunn av at forløpene er uforutsigbare og komplekse. Informantene utvikler ulike strategier for å håndtere at tilbudet i hjemmetjenesten ikke er tilpasset behovet til pasienten.

Et eksempel på hvordan avdelingslederne kompensere og finner løsninger i et system som ikke er tilrettelagt for behovet i livets slutfase, er når de ikke får tillatelse av ledelsen til å leie inn nattevakt. Ved å benytte betegnelsen *bakvakt*, finner avdelingslederen en løsning som innebærer at den som er satt opp på bakvakt kan bli oppringt, og da selv gjør faglige vurderinger av hva som er nødvendig. Sykepleieren skal da på egenhånd avgjøre om det er behov for å være hos pasienten hele natten, men de kaller det ikke for *fastvakt*.

Profesjonalisering av lederrollen kan gi en svekkelse av andre profesjonelle roller, som må gi makt til ledere. Parallelt åpner en NPM- inspirert ledelsesform opp for desentralisering og delegering av ansvar, og på den måten også dilemmaer til de som er seg nærmest pasientene (Orvik, 2015). Slik jeg ser det må avdelingslederen i eksemplet over, tilpasse seg en NPM- inspirert organisering av tjenesten, noe som fører til at den profesjonelle logikken hos avdelingslederen blir fortrenget. På den andre siden viser eksemplet tydelig hvordan ansvar og dilemmaer forskyves til medarbeiderne som befinner seg nærmest pasientene. Det framstår som *contradicting logics* at hjemmetjenesten skal bidra til omsorg ved livets slutt i hjemmet, men ikke får ressurser til å gjennomføre det som regnes som faglig forsvarlig og nødvendig helsehjelp. På den måten håndterer avdelingslederen *contradicting logics*, ved å finne en alternativ løsning i det at hjemmetjenesten får ansvar, men uten å bli tildelt tilfredsstillende ressurser til å gjennomføre forløpene på en faglig forsvarlig måte.

Avdelingslederne balanserer vurderinger mellom å presse og ivareta medarbeiderne. Den profesjonelle logikken vinner når avdelingslederen gjør vurderinger, og på den måten gir det mening, *sensemaking* for avdelingslederen at medarbeiderne må stille opp og strekke seg

langt for at palliativ omsorg ved livets slutt skal være mulig å gjennomføre. Et kjernefunn hos Solbakken (2020, s. 62) var at alt lederne gjorde hadde til hensikt å bidra til å forbedre kvaliteten på tjenestene og sikre en helhetlig omsorg for pasientene. Lederne så på seg selv som tilretteleggere for gode tjenester med utgangspunkt i pasienten sine behov. Likevel kom det fram at lederne strevde med å holde pasienten i fokus på grunn av mange og krevende arbeidsoppgaver. En studie som undersøkte pasientene sin opplevelse av trygghet med palliativ omsorg i hjemmet viste at det er behov for kvalitetsforbedring på alle områder, men resultatene fra studien viste at spesielt tjenestekontinuitet, symptomlindring og informasjon om prognose var områder der det er behov for utbedring av tjenesten (Hov et al., 2021). Jeg undrer meg over det faktum at til tross for at avdelingslederne setter pasienten og faglige vurderinger først, er det likevel behov for kvalitetsforbedring på alle områder.

Jeg har nå med noen eksempler vist hvordan avdelingslederne møter *contradicting logics* og benytter *sensemaking* for å begrunne sine valg av prioriteringer. Avdelingslederne i studien håndterer *contradicting logics* med å gi opplæring og øke kompetansen til ufaglærte medarbeidere. De forhandler med medarbeiderne, særlig sykepleierne om å være fleksible og strekke seg lengre. De tar sykepleieroppgaver selv, og ser tidvis bort fra vedtak som ellers er styrende for tjenesten. Hadde det ikke vært for at den profesjonelle logikken blir vektlagt i forbindelse med forløpene, ville det ikke latt seg gjennomføre. Min forståelse er at avdelingslederne sin rolle som sykepleiere er svært framtrædende i det at de skal lede for å fasilitere forløpene. Jeg har også presentert noen forslag til forbedringsarbeid. For det første har jeg beskrevet behov for kompetanseheving, behov for bemanningsnorm i hjemmetjenesten, foreslått en organisering som legger til rette for rett kompetanse til rett tid, i form av lindrende arbeidslag, men jeg undrer meg over om spesialkompetansen i større grad burde vært tilgjengelig hele døgnet og i helger og høytider, noe som kunne bidratt til å forbedre forutsetningene til avdelingslederne.



### 5.3 Relasjonen mellom lederen og medarbeiderne er nøkkelen til å lykkes

Jeg har fram til nå sett på hvilke forutsetninger avdelingslederne som bakkebyråkrater har når de skal utøve ledelse. Videre har jeg belyst hvordan avdelingslederne forholder seg til *contradicting logics* med tanke på ressurser, fag og forutsetninger. Det viser seg at relasjonen mellom avdelingsleder og medarbeidere er av vesentlig betydning, og jeg vil derfor se nærmere på hvordan de forholder seg til dilemmaer som de må ta stilling til for å motivere medarbeiderne i forbindelse med palliativ omsorg ved livets slutt. Slik jeg ser det ligger det noe mer i fenomenet enn å bare skulle løse problemer med utilstrekkelige ressurser og *contradicting logics* når avdelingslederne leder for å fasilitere forløpene. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i tillit og det relasjonelle aspektet når avdelingslederne skal utøve ledelse. Når ledelse blir betegnet som et relasjonelt fenomen betyr det i hovedsak at ledelse omhandler relasjoner mellom mennesker. Ledelse er på den måten tett forbundet med tillit, som både er en egenskap, i tillegg til å være et relasjonelt fenomen (Orvik, 2015).

Relasjonen mellom avdelingslederne og medarbeiderne ser ut til å være nøkkelen til å lykkes. Det er en balansegang å skulle ivareta både pasientene i de komplekse forløpene, men også medarbeiderne sine behov. Avdelingslederne sin jobb innebærer å bygge et team som kan tåle forløpene. For å bygge et team krever det mellommenneskelig kompetanse hos avdelingslederen. Det holder ikke å være en leder som lykkes med det faglige arbeidet i avdelingen. Ledelse er først og fremst et samspill mellom mennesker og forutsetter sosiale ferdigheter (Orvik, 2015). Pasienten har og en sentral plass i relasjonen mellom avdelingslederen og medarbeiderne (Vevatne, 2020). Som følge av pasienten sin plass i relasjonen blir lederne stilt i dilemma mellom pasienten og medarbeiderne sine behov. Slik jeg ser det prioriterer avdelingslederne pasienten sine behov, og det kan potensielt skape utfordringer, da ledelse innebærer noe mer enn å være god på fag. En studie som undersøkte hvorfor sykepleiere i helsetjenester i hjemmet ønsket å fortsette i sin stilling, viste blant annet at samhold med kollegaer og leder var viktig. Studien konkluderte med at opplevelsen av å lykkes var av stor betydning for å bevare ønsket om å fortsette i jobben (Østhus, Storm & Kristoffersen, 2021). Jeg tenker at avdelingslederen har en viktig rolle i å finne en balanse mellom å lykkes faglig, men også ivareta samhold mellom leder og medarbeidere.

Lipsky (2010, s. xv) beskriver at noen bakkebyråkrater slutter i jobben relativt tidlig i karrieren. Personer som blir i arbeidet jobber på en måte som gjør at de finner en akseptabel balanse mellom offentlige ambisjoner rettet mot arbeidet og det som faktisk er oppnåelig, for å mestre arbeidshverdagen. De aksepterer at pasientene får den beste hjelpen de kan få under rådende forutsetninger, og utvikler oppfatninger om jobben og deres pasienter som innsnevrer gapet mellom personlige begrensninger og jobb-begrensninger samt idealer relatert til utøvelsen (Lipsky, 2010). Ledelse er en prosess som forsterker relasjoner, gjennom å bidra til å bygge relasjoner over tid. Det innebærer at ledelse er noe som leder og medarbeidere har sammen (Orvik, 2015). Slik jeg ser det har avdelingslederne en viktig oppgave i å følge opp og hjelpe medarbeiderne til å gjøre valg som fører til at medarbeiderne finner en balanse mellom å ivareta pasientens behov, men også sine egne behov.

Funn fra en studie som inkluderte sykepleiere i hjemmetjenesten uten spesialkompetanse i palliasjon viste at informantene opplevde at de ble personlig engasjerte i møte med kreftpasienter som ønsket å dø hjemme, og mente engasjementet åpnet for trygghet og stabilitet, men at det også kunne skape situasjoner der det ble vanskelig å sette grenser (Aamold et al., 2020). Spørsmålet blir om medarbeiderne potensielt kan ønske å søke seg bort fra arbeidsbelastningen fordi det blir for mye over tid? En fallgrube kan være å presse sykepleierne og resten av personalgruppa lenger enn det som er hensiktsmessig. Det å handle på vegne av en organisasjon er samtidig å handle ut fra personlige forutsetninger. Dette gjelder særlig i selvstendig profesjonelt arbeid som innebærer møter med pasienter. På den ene siden kreves ofte en viss grad av følelsesmessig engasjement og nærhet, og på den andre siden skal det balanseres mot distanse og formalitet (Svensson, 2008).

Det er allerede svært krevende for kommuner å rekruttere og beholde sykepleiere. Mer enn halvparten av kommunene i KS (kommunens arbeidsgiverorganisasjon) sin arbeidsgivermonitor 2021 svarte at rekruttering av sykepleiere er *meget utfordrende*. Rekruttering av annet helsepersonell er ifølge kommunene også utfordrende. Arbeidsgivermonitoren til KS viser at det er behov for 45 000 flere årsverk i helse og omsorg fram mot 2031, hvis kommunene skal fortsette å tilby de samme tjenestene som i dag til mange flere pleietrengende eldre (KS, 2022). Derfor må avdelingslederne være varsomme, og

benytte sin lederkompetanse for å etablere gode relasjoner til medarbeiderne. Det er et lederansvar å rekruttere og beholde medarbeidere. Det er også et poeng å rekruttere og beholde avdelingsledere. Ti år etter endt utdanning jobber 1 av 5 sykepleiere ikke lenger i helsetjenesten (Skjøstad, Hjemås & Beyrer, 2017). Jeg undrer meg over hva årsakene kan være, men jeg tenker at sykepleiere bør ha arbeidsforhold som er lagt til rette for å kunne bli i jobben over tid.

Et relevant punkt som karakteriserer avdelingslederne er at de er kvinner, de er utdannede sykepleiere og de kommer fra praksis. Deres sykepleieridentitet er framtreddende, deres faglige verdier og erfaringer er av stor betydning. I følge Solbakken (2020) er sykepleiefaglig kompetanse hos lederen og kjennskap til pasienten og personalet det som gjør at tjenestetilbudet blir tilpasset behovet til pasienten. God pasientomsorg blir skapt i et samarbeid med pasienten, pårørende og personalet. Sykepleieren har med seg sin faglige identitet og sine faglige og erfaringsmessige kunnskaper som blir kombinert med rollen som leder.

Både ledelse og sykepleie blir av Vevatne (2020) vektlagt som en relasjonell ferdighet der sykepleiere blir utdannet til å hjelpe andre, og til å lindre pasientenes lidelse. For helseorganisasjoner handler det om å forebygge, behandle og pleie mennesker som trenger hjelp av ulikt slag. Ledelse skal bli utøvd med verdighet til den hjelpetrengende i fokus, samtidig som budsjetter, ofte knappe, ikke skal overskrides (Vevatne, 2020). En utfordring kan oppstå i forbindelse med når pasienten sine behov strekker seg langt ut over sykepleieren sin oppsatte arbeidstid og organisering av hjemmetjenesten. Teorien om relasjoner i ledelse kommer til kort. Den gir ikke svar på dilemmaer som kan dukke opp i forbindelse med ledelse for de komplekse forløpene.

Det er i prioriteringer mellom pasienten sine behov og medarbeiderne sine behov det kan oppstå dilemmaer for avdelingslederen. De motiverer og forhandler med medarbeiderne for å møte behov som melder seg i forbindelse med forløpene, og det kan bli behov for fleksibilitet og for å endre arbeidstid, spesielt for sykepleierne. Beskrivelsen av «de unge» sykepleierne som ikke jobber utover oppsatt arbeidsplan er interessant. Dersom det skulle vise seg som en tendens framover, og at vi går mot et generasjonsskifte der sykepleierne stiller andre krav

sammenlignet med tidligere vil problemene øke. Hvis sykepleiere framover ikke er villige til å jobbe ut over den oppsatte arbeidsplanen, vil det føre til økte utfordringer for avdelingslederne spesielt i forbindelse med ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt.

På den ene siden skal det ifølge Arbeidsmiljøloven bli utarbeidet en arbeidsplan som skal gjøres kjent for medarbeiderne minst to uker før iverksettelsen, og i tillegg skal arbeidstidsordninger være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger (Arbeidsmiljøloven, 2006). På den andre siden er det ifølge mine informanter behov for større fleksibilitet hos medarbeiderne i forbindelse med forløpene. Det kan tenkes å være belastende for medarbeiderne til tross for at det kun er en avgrenset periode, særlig i de avdelingene med få sykepleiere. På den andre siden forteller informantene at flere av deres medarbeidere opplever det meningsfullt å ta del i forløpene, og frivillig stiller opp og er fleksible.

Eksemplet fra mine funn der sykepleieren gikk glipp av juleforestillingen til barnet sitt, viser hvordan lederen har en forventning om sykepleieren som en person som ofrer egne behov for pasienten. Jeg tenker at hjemmetjenesten trenger et team med forståelse i og at avdelingslederen kan forhandle og komme fram til løsninger, men det er behov for å stå sammen for å lykkes med å ivareta forløpene. Likevel kommer det tydelig fram at organiseringen av hjemmetjenesten i utgangspunktet ikke er tilrettelagt for å ivareta forløpene. Det å rekruttere og beholde sykepleiere og helsepersonell er viktig, og i den sammenhengen har avdelingslederne en sentral rolle.

Et annet viktig utgangspunkt for å lykkes med forløpene er resurssjonglering, opplæring og kompetansemobilisering hos medarbeiderne. Tid til opplæring og å skape trygghet hos medarbeiderne er avgjørende. Informantene fortalte at i perioder med palliativ omsorg ved livets slutt blir faglige og etiske utfordringer i stor grad tatt opp som tema daglig ved møtepunkt og rapporter. Et viktig poeng var å la sykepleierne gå sammen for å bli trygge, slik at de ikke ble stående alene i vanskelige situasjoner de ikke hadde kompetanse til å ivareta. En omsorgsfull leder gir medarbeiderne tid, støtte og oppmuntring til å utvikle individuelle ferdigheter (Solbakken, 2020). I studien til Aamold et al. (2020) fortalte flere av

hjemmesykepleierne at de hadde følt seg utrygge i mange situasjoner, og at det å være alene uten støtte fra andre ble opplevd som uforsvarlig. Jeg tenker at en åpen dialog mellom avdelingslederne og medarbeiderne vil bidra til å avdekke behov for opplæring og kompetanse. Et tiltak for blant annet å få tilgang til kompetanse er tettere samarbeid med sykepleiere på naboavdelinger, for på den måten å få tilgang til flere sykepleiere. Men slik jeg ser det er det behov for å styrke hjelpen i forbindelse med de komplekse forløpene, spesielt i helger og på nettene. Et sentralt tema i Stortingsmelding 26 *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, er hvordan tilgjengelige personellressurser kan brukes bedre enn i dag i en framtidrettet helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det blir pekt på at det er behov for å tenke nytt og legge til rette for nye roller og samarbeidsformer, som eksempelvis teambaserte tjenester.

For å bedre forutsetningene til å kunne ivareta forløpene, kunne det vært interessant å se på muligheten for å etablere kommunale palliative team, med ambulerende funksjon, både for å tilføre kompetanse og den fleksibiliteten som forløpene krever. I *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*, ser de på organisering av det palliative tilbudet utenfor Norge. Sverige, Danmark og Storbritannia har en organisering der det blir lagt til rette for *hjemmehospice*. Da blir det tatt utgangspunkt i at pasientene ønsker å tilbringe så mye tid som mulig i eget hjem, og det blir satset det på spesialiserte ambulante palliative team med tverrfaglig kompetanse. Ansvarsfordeling mellom sykehusbaserte team og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hjemmesykepleie og fastlege, er forskjellig mellom landene, men støtte fra sykehusene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ofte nødvendig. De peker på et behov for at det også i Norge vil være interessant å undersøke hvordan den spesialiserte kompetansen kan benyttes bedre i et hjemmebasert tilbud (Helsedirektoratet, 2015b). Det er en utfordring at avdelingslederne blir satt i en skvis mellom pasientene og medarbeiderne sine behov, en organisering i kommunale palliativt team vil kunne bedre mulighetene til gjennomføring av forløpene.

Det er og behov for at hjemmetjenesteavdelingen jobber som et team med forståelse for omprioritering av ressurser og behov og å være fleksibel med tanke på arbeidstid. Hele hjemmetjenesteavdelingen må hjelpe til når en sykepleier må være mye hos en døende pasient. Det er nødvendig at alle forstår behovet for omprioritering av ressurser. Viktigheten

av teamfølelse understøttes av Vevatne (2020) som mener at det er betydningsfullt for alle ledere å ha en innstilling om at man ikke gjør jobben alene, men at man gjør alt det som må gjøres sammen, og da vektlegges opplevelsen av å tilhøre en flokk, eller et team som blir framhevet i mine funn. Avdelingslederne snakket om teamfølelse, og på den måten tolker jeg det som at de benytter sine sosiale ferdigheter til å skape et fellesskap i hjemmetjenesteavdelingen. Med teamfølelse hadde avdelingslederen samhold i avdelinga. Kreftsykepleierne har ulike roller og er organisert ulikt i de kommunene jeg har vært i kontakt med, men jeg tenker at kreftsykepleierne har en viktig rolle i teamet som samarbeider rundt pasienten, og deres kompetanse på feltet er av stor betydning for å lykkes med forløpene.

Jeg har nå belyst dilemmaer som avdelingslederne må ta stilling til i det at de både skal ivareta pasientens behov, men også ivareta sine medarbeidere. Jeg har foreslått etablering av kommunale palliative team, som vil kunne bedre forutsetningene til å ivareta palliative forløp ved livets slutt i hjemmet, og på den måten bedre avdelingslederne sine forutsetninger for å utøve ledelse. Kan måten palliative forløp i dag blir håndtert i hjemmetjenesten sies å være en uheldig praksis? Når nye sykepleiere starter, kan det være risiko for å slite dem ut, slik at de velger å slutte? Hvilke konsekvenser har det at vi ivaretar forløpene? Hvordan oppleves det å stå i disse prosessene for lederne og for medarbeiderne? Politikken er at flere skal dø hjemme, dette er et strukturelt problem – hva blir prioritert?

## 6 Avslutning

Studiens overordnede problemstilling har vært: *Hvordan utøver avdelingsledere i hjemmetjenesten ledelse for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt, og hvilke muligheter kan bidra til kvalitetsforbedring?* Følgende tre forskningsspørsmål har blitt undersøkt: Hvilke forutsetninger har avdelingsledere for å fasilitere palliativ omsorg ved livets slutt? Hvordan kombinerer avdelingsledere fag og ledelse? Hvilke dilemmaer må avdelingsledere ta stilling til for å motivere medarbeiderne til å jobbe som et team i forbindelse med forløpene? Jeg vil i dette kapitlet gjøre en oppsummering av måten oppgaven har belyst problemstillingen. Deretter vil jeg peke på styrker og begrensninger med studien, før jeg til slutt setter søkelys på behov for videre forskning.

Jeg har undersøkt hvordan avdelingslederne i hjemmetjenesten utøver ledelse. Resultatene viser at avdelingslederne tidvis lykkes med gjennomføringen av forløpene, men at forutsetningene i utgangspunktet ikke ligger til rette for muligheten til å gjennomføre forløpene i hjemmet. Teori om bakkebyråkrati, *contradicting logics*, *sensemaking* og relasjonell ledelse har gitt meg en analytisk forståelse av avdelingslederne sitt arbeid i forbindelse med ledelse for å fasilitere forløpene.

Informantene fortalte hvordan de sjonglerer ressurser i en uforutsigbart landskap. Ved å benytte teori om bakkebyråkrati ble forutsetningene til avdelingslederne når de skal utøve ledelse i forbindelse med forløpene belyst. Avdelingslederne leder for store mengder arbeid i hjemmetjenesten ofte med utilstrekkelige ressurser. Palliativ omsorg ved livets slutt innebærer komplekse forløp som bærer preg av uforutsigbarhet. Avdelingslederne får godkjenning av lederne over seg til å gjennomføre forløpene, men de må selv finne løsninger med begrenset bemanning med ulikt kompetansegrunnlag. De forholder seg til *contradicting logics* i det at de handler ut fra vurderinger på grunnlag av profesjonell logikk og ledelseslogikk, som sykepleiere og ledere. Organiseringen av hjemmetjenesten er inspirert av NPM, og det påvirker avdelingslederne. De lager planer, forhandler med medarbeiderne og gjør prioriteringer av ressurser mellom flere krevde parallelle forløp i hjemmetjenesten. Informantene er likevel positive og forteller at de tidvis lykkes.

Forløpene krever innsats både av avdelingslederne og medarbeiderne. Avdelingslederne må ta ulike hensyn og vurderinger med tanke på vedtak og ressurser, politiske føringer, pasienten og pårørende sine behov, i tillegg til medarbeiderne. De prioriterer bruk av kompetanse, benytter kompetansemobilisering og strekker seg langt. Avdelingslederen sin rolle er avgjørende for muligheten til å kunne gjennomføre forløpene. Informantene vektlegger betydningen av å arbeide sammen som et team, verdien av god kommunikasjon og tillit til medarbeiderne. Det relasjonelle aspektet ved ledelse er vesentlig når avdelingslederne utøver ledelse. Men de blir stilt i dilemmaer som de må ta stilling til for å motivere medarbeiderne til å jobbe som et team i forbindelse med forløpene, når de skal ta hensyn til både pasienten og medarbeiderne sine behov. Kompetanse både hos avdelingslederne og medarbeiderne, samt vilje til å være

fleksible er også avgjørende for å komme lykkes. Kreftsykepleierne har en viktig rolle og bidrar med kompetanse i «teamet» som skal ivareta forløpene.

Studien har satt søkelys på avdelingslederne sin komplekse og krevende jobb som mellomledere. Resultatene av studien peker på utfordringer knyttet til organiseringen, og det er behov for en organisering av den kommunale helse- og omsorgssektoren som bedre legger til rette for avdelingslederne sin mulighet til fleksibilitet i hjemmetjenesten. I tillegg er det behov for å øke både ledelseskompetansen og fagkompetansen i tjenesten.

Resultatene fra studien viser bare en liten del av det store bildet, men peker på noen utfordringer, samt muligheter for utvikling. Vi vet at det er store ulikheter med tanke på kompetanse og organisering av tjenestene fra kommune til kommunene. Det er behov for mer forskning som kan bidra til utviklingen av ledelse i forbindelse med forløpene. Det finnes ikke noe entydig svar på løsninger og muligheter for fremtiden, men denne studien har pekt på sentrale utfordringer og muligheter. Relasjonen mellom lederen og medarbeiderne er nøkkelen for å lykkes med forløpene. Videre forskning på området vil bli svært viktig på grunn av stadig økende utfordringer i helse- og omsorgssektoren, særlig med tanke på hvordan vi skal sørge for en bærekraftig helsetjeneste i årene som kommer. Oppgaven er et bidrag som gir innsikt i hjemmetjenesten slik det fungerer i dag, og peker på noen muligheter for fremtiden. Studien kan være et bidrag i debatten om å rekruttere og beholde sykepleiere, ved å sette søkelys på hvordan tjenesten fungerer i praksis. Hvilke tjenester skal bli tilbudt i hjemmet, og kan prioritering av palliativ omsorg ved livets slutt på grunn av kompleksiteten av forløpene potensielt gå på bekostning av andre som er i behov av hjelp fra hjemmetjenesten?



## Referanseliste

- Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2005-06-17-62>
- Bannon, F., Cairnduff, V., Fitzpatrick, D., Blaney, J., Gomes, B., Gavin, A. & Donnelly, C. (2018). Insights into the factors associated with achieving the preference of home death in terminal cancer: A national population-based study. *Palliative & Supportive Care*, 16(6), 749-755. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000876>
- Bekelman, J. E., Halpern, S. D., Blankart, C. R., Bynum, J. P., Cohen, J., Fowler, R., . . . Emanuel, E. J. (2016). Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. *Jama*, 315(3), 272-283. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18603>
- Berre, R.-M. & Ingdahl, E. M. (2015). *Nettverket, byråkratiets mirakelmedisin?* (Masteroppgave). Handelshøjskolen i København. Hentet fra <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/284262/Ros-Mari%20Berre%2c%20Ella%20Marie%20Ingdal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.10.2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Finansdepartementet. (2021). *Perspektivmeldingen* (Meld. St. 14 (2020-2021)). Finansdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Fjose, M., Eilertsen, G., Kirkevold, M. & Grov, E. K. (2018). “Non-palliative care” – a qualitative study of older cancer patients’ and their family members’ experiences with the health care system. *BMC Health Services Research* 18(1), 745. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3548-1>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2017/konsekvenser-av-en-hoy-andel-ufaglarte-pa-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-he/>
- Førland, O. & Folkestad, B. (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv - En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015*: Senter for omsorgsforskning -vest Høgskolen i Bergen. Hentet fra [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2425093/SOF\\_1-2016\\_per0712.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2425093/SOF_1-2016_per0712.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142-157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gautun, H. & Bratt, C. (2015). Bemanningsnorm i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2). Hentet fra <https://hdl.handle.net/10642/3166>
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S. & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening* (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (St. meld 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Lindrende behandling og omsorg - Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.* (St. Meld 24 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet. (2015a, 14. oktober 2019). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2015b). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling om omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot-livets-slutt--a-skape-liv-til-dagene/id2400892/>
- Helsedirektoratet. (2020). *Evaluering av tilskuddsordning til kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.* Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2022, 24.01.22). Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt,. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kompetansehevende-tiltak-for-lindrende-behandling-og-omsorg-ved-livets-slutt>
- Hov, R., Bjørnsland, B., Kjøs, B. Ø. & Wilde-Larson, B. (2021). Pasienters opplevelse av trygghet med palliativ omsorg i hjemmet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(1), 1-19. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-01-05>
- Høvik, M., Kienlin, S. & Berg, G. V. (2017). Palliative forløp kan gjøres bedre. *Sykepleien*, 105(8), 48-52. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63017>
- Isaksen, J., Ågotnes, G. & Fagertun, A. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10>
- Kjellstadli, C., Husebø, B. S., Sandvik, H., Flo, E. & Hunskaar, S. (2018). Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0323-3>
- Kristiansen, M. (2016). *Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes A qualitative study* (Doktoravhandling). UiT Norges arktiske universitet, Tromsø. Hentet fra <https://munin.uit.no/>
- Kristiansen, M., Obstfelder, A. & Lotherington, A. T. (2016). Contradicting logics in everyday practice The complex dynamics of performance management and professionalism in Norwegian nursing homes. *J Health Organ Manag*, 30(1), 57-72. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2013-0265>
- KS. (2022, 18. februar). Har kommunene store utfordringer med rekruttering av sykepleiere? Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/tariff-2022/fakta-rundt-tariff/rekruttering-av-sykepleiere/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvangarsnes, M., Bergem, R. & Tyrholm, B. V. (2016). Mellomleideres vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen. I *Fjorantologien 2016 Innovasjon og entreprenørskap*: Universitetsforlaget.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy Dilemmas of the individual in public services* (Updated edition utg.). New York: Russel Sage Foundation.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, S. (2020). *Kreftkoordinator i løse luften eller som sentral brikke i kreftomsorgen? Hva er kreftkoordinatorens rolle og funksjon i helsesektoren? En studie basert på erfaringer fra fem kreftkoordinatorer og deres samarbeidspartnere* (Masteroppgave). Universitetet i Agder. Hentet fra <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2680956/Sara%20Wendela%20Tyldum%20Mathisen.pdf?sequence=1>
- NEM. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å). Hentet fra <https://www.nsd.no/>
- NOU 2017: 16. *På liv og død - palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- NPF og NFPM. (2016). Begreper med tilknytning til palliasjon. Hentet fra [https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste\\_september2016.pdf](https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf)
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Polit, D. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11<sup>th</sup> edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rasmussen, B. & Vabø, M. (2014). Inneklemte Ledelse. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 94-107). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruyter, K. W. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. I K. W. Ruyter (Red.), *Forskningsetikk Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 17-37). Trondheim: Gyldendal Akademisk.
- Røgenes, G. K., Moen, A. & Grov, E. K. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk sykepleje*, 27(1), 64-76. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2013-01-07>
- Rønsen, A. (2020). En oppsummering av kunnskap Palliativ omsorg i kommunene. <http://hdl.handle.net/11250/2636784>
- Skjøstad, O., Hjemås, G. & Beyrer, S. (2017). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Socialstyrelsen. (2021). Förutsättningar och stöd för första linjens chefer Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen. Hentet fra <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-8-7524.pdf>
- Solbakken, R. (2020). *Omsorg for pasienten - kjernen i sykepleieleidelse* (Doktorgrad). Nord universitet. Hentet fra <https://www.nord.no/no/om-oss/fakulteter-og-avdelinger/fakultet-for-sykepleie-og->

[helsevitenskap/Documents/Rita%20Solbakken%20Phd%2035-2020%20FSH%2017x24.pdf](https://doi.org/10.1108/LHS-09-2018-0046)

- Strömberg, A., Engström, M., Hagerman, H. & Skytt, B. (2019). First-line managers dealing with different management approaches *Leadership in Health Services*, 32(4), 543-557. <https://doi.org/10.1108/LHS-09-2018-0046>
- Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 130-143). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tarberg, A. S., Kvangarsnes, M. & Hole, T. (2016). Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp. I M. Kvangarsnes, J. I. Håvold & Ø. Helgesen (Red.), *Innovasjon og entrepenørskap Fjorantologien 2015* (s. 234-250): Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornton, P. H., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective A new Approach to Culture, Structure, and Process*. Oxford: Oxford University Press.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid* (NOVA Rapport 22/07). Oslo: Oslo Metropolitan University. Hentet fra <https://hdl.handle.net/20.500.12199/4955>
- Vabø, M. (2014a). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 11-28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014b). Reformtrender og endringsparadokser. I M. Vabø & S. I. Vabo (Red.), *Velferdens organisering* (s. 62-78). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vevatne, K. (2020). *Ledelse for sykepleiere Likeverd i relasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vidal, M., Rodriguez-Nuez, A., Hui, D., Allo, J., Williams, J., L., Park, M., . . . Bruera, E. (2020). Place-of-death preferences among patients with cancer and family caregivers in inpatient and outpatient palliative care. *BMJ Supportive & Palliative Care ahead of print*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002019>
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser*. Oslo: Akribe.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- WHO. (2020, 5. august 2020). Palliative care. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Østhus, N., Storm, M. & Kristoffersen, M. (2021). Sykepleiere i helsetjenester i hjemmet - hvorfor fortsetter de i sin stilling? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1(17). Hentet fra <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4975/5713>
- Øydgard, G. (2018). Individuelle behovsvurderinger eller standardiserte tjenestetilbud? En institusjonell etnografi om kommunale saksbehandlers oversettelse fra behov til vedtak. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(1), 27-39. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-01-04>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Aaltvedt, V., Juvland, L. & Öresland, S. (2017). Omsorgsdiskurs og budsjettstyringsdiskurs - to konstituerende diskurser som konstruerer lederskap i hjemmetjenesten. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(3), 209-223. <https://doi-org.mime.uit.no/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-04>
- Aamold, K., Grov, K. & Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleieres erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk sygepleje*, 34(1), 3-15. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2020-01-02>

## Vedlegg 1 Intervjuguide

<p>1. Hvor lenge har du vært ansatt som avdelingsleder? Hva gjorde du før du ble leder?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvorfor ble du leder? Motivasjonen.</li><li>• Hva er det viktigste for deg som leder?</li><li>• Hva legger du vekt på?</li></ul>	
<p>2. Er palliasjon i sen fase og hjemmedød noe dere har hatt i avdelinga flere ganger i perioden du har vært avdelingsleder?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Skjer det sjelden, eller relativt ofte i din avdeling?</li></ul>
<p>3. Hvilke tanker gjør du deg når en bruker/pasient i hjemmetjenesten er i palliativ fase, og du får informasjon om at personen har et ønske om å være hjemme lengst mulig og helst også avslutte livet hjemme?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan planlegger du organiseringen for det videre forløpet?</li></ul>
<p>4. Hvordan er det å organisere tjenesten i forbindelse med palliasjon i sen fase og hjemmedød?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Andre har fortalt at det er viktig med et nettverk av ansatte med kompetanse? Hva tenker du om det?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hva legger du i begrepet <i>organisere</i> i denne forbindelsen?</li></ul>

<p>5. Hva er det du gjør som leder?</p> <p><i>(koordinering, kontakt sykehus, kreftsykepleier, ansatte, innleie, pårørende)</i></p>	
<p>6. Hvilke rammebetingelser og føringer må du forholde deg til?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan opplever du som avdelingsleder ditt handlingsrom?</li> <li>- Hvordan har du løst utfordringer tidligere?</li> </ul>
<p>7. Hvordan er tilgangen til nødvendige ressurser i form av personell og tid til oppfølging av pasienten i sen palliativ fase?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke tiltak har du igangsatt i disse tilfellene?</li> <li>- Hva har du gjort ved behov for å sette inn ekstra ressurser/personell i perioder med palliativ pleie i sen fase?</li> </ul>
<p>8. Kan du beskrive noen suksesskriterier du har erfart med tanke på organiseringen omkring den aktuelle pasientgruppa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det noe andre kan lære av?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du fortelle om barrierer/problemer som kan oppstå når det kommer til organisering av hjemmetjenesten i forbindelse med palliativ omsorg i sen fase?</li> <li>- Har du noen eksempler som du selv har erfart?</li> </ul>
<p>9. Hvordan skulle du ønske at det var å lede dette arbeidet?</p>	
<p>10. Har du noen tanker, noe du har lyst til å tilføye?</p>	

## Vedlegg 2 Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Organisering av hjemmetjenesten for håndtering av komplekse problemsituasjoner i forbindelse med palliativ omsorg»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet mitt som jeg gjør i forbindelse med masteroppgaven min i helsefaglig utviklingsarbeid ved UiT. Jeg vil undersøke erfaringer med tanke på organisering av palliativ omsorg i hjemmet i sen fase og hjemmedød på avdelingsledernivå. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med prosjektet er å innhente erfaringer fra avdelingsledere i hjemmetjenesten knyttet til planlegging for gjennomføring av palliativ omsorg i sen fase og hjemmedød. Jeg er interessert i å se nærmere på hvordan avdelingsledere organiserer driften ved palliasjon i sen fase og hjemmedød. Hva er suksesskriterier og barrierer i forbindelse med dette arbeidet? Hvilke rammebetingelser og føringer må de forholde seg til? Hvordan opplever avdelingslederne sitt handlingsrom i organiseringen?

Opplysningene som blir innhentet vil ikke bli brukt til andre formål enn innhenting av empiri til min masteroppgave.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT – Norges Arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Grunnen til at du får spørsmål om å delta er fordi du er avdelingsleder i hjemmetjenesten, og jeg ønsker å innhente erfaringer fra avdelingsledere og på den måten sette søkelys på aktuelle suksesskriterier og barrierer i arbeidet organisering av med palliasjon i sen fase og

hjemmedød. Jeg ønsker et utvalg avdelingsledere som har erfaring med organisering for palliasjon i sen fase og hjemmedød. Totalt vil mellom tre og fem personer vil bli intervjuet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i dette prosjektet innebærer det at du vil bli intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp via lydopptak og gjennomføres digitalt på teams. Det vil ta omtrent en time.

Opplysningene som blir samlet inn vil anonymiseres. Intervjuet inneholder spørsmål om organisering av hjemmetjenesten for håndtering av komplekse problemsituasjoner i forbindelse med palliativ omsorg.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- Kun prosjektansvarlig og jeg, Anniken Mikelborg Vassbotn, vil ha tilgang til opplysningene som blir innhentet under intervjuet.
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil alle dokumenter med personlig informasjon oppbevares utilgjengelig for andre. Ved prosjektslutt vil dokumentene bli makulerte. I tillegg til dette vil intervjuene bli anonymiserte mens de transkriberes. Navn, kontaktopplysninger eller andre identifiserende bakgrunnsopplysninger vil ikke bli tatt med i oppgaven.
- Intervjuet vil bli tatt opp gjennom en godkjent diktafon fra UiT, og personvern blir ivaretatt.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Kun informasjon rundt temaet vil bli publisert, personlige opplysninger som kan knyttes til deltakerne er ikke relevant for oppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i 4. oktober 2022. Personopplysninger, som samtykkeerklæring, blir makulert og



lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt. Alle opplysninger du har gitt under intervjuet vil bli anonymisert i oppgaven.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Behandlingsansvarlig institusjon UiT Norges arktiske universitet ved førsteamanuensis Astrid Gramstad på e-post: [astrid.gramstad@uit.no](mailto:astrid.gramstad@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)  
telefonnummer: 776 46 322

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no))  
eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Astrid Gramstad  
(Forsker/veileder)

Anniken Mikelborg Vassbotn  
(Student)

## Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet organisering av hjemmetjenesten for håndtering av komplekse problemsituasjoner i forbindelse med palliativ omsorg, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 4 Vurdering fra NSD

06.04.2022, 11:39

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

## NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### Vurdering

#### Referansenummer

354698

#### Prosjekttittel

Organisering av hjemmetjenesten for håndtering av komplekse problemsituasjoner i forbindelse med palliativ omsorg

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Astrid Gramstad, astrid.gramstad@uit.no, tlf: 77660621

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Anniken Mikelborg Vassbotn, ala018@uit.no, tlf: 97759353

#### Prosjektperiode

01.08.2021 - 04.10.2022

#### Vurdering (1)

##### 30.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 30. 06.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

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

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 04.10.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60aea1c1-d9d2-4583-929a-a3c0b885ba85>

1/3

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

#### TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuene. Vi forutsetter at dere er forsiktig med å bruke eksempler om pasienter/pårørende da det kan komme frem direkte eller indirekte identifiserende opplysninger. Det kan derfor være hensiktsmessig om du avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson ved NSD Personvern: Silje F. Opsvik  
Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 5 Analysematrise

Kodegruppe		Koding	«Gullsiter»
<b>Ressurser og stramme kommunebudsjett</b>	Organisering  Ledelse  Politikk	Ressursknapphet hindrer ikke hjemmedød  I hvert fjordhull en som er marginal  Ganske tøft altså  Plan og tiltak finansieringsgrunnlag  Vanskelig å dokumentere tidsbruk	«...så i et trangt kommunebudsjett så er jeg veldig glad for at ikke ressursknapphet stopper og hindrer hjemmedød.» (1)«..det er virkelig på liv og død mange ganger du skal virkelig gå god for mange av de prosessene som skjer i hjemmene og du skal liksom, du har masse ansvar sant også skal du kanskje håndtere flere parallelle forløp i, det er ikke bare en som er dårlig, det er uti hvert fjordhull er det en som er marginal sant så det er jo også det med fordeling av ressurser. Du må jo hele tiden gjøre de vurderingene, det kan være ganske tøft altså..» (1)«Planen og tiltakene er så utrolig viktig at det er oppe og går. For det er det som er finansieringsgrunnlaget vårt.» (4) «Det er klart at det er jo sånne ting som er vanskelig å dokumentere tidsbruk på i forhold til at man skal være innenfor et budsjett med ressurser». (5)
<b>Brannslukking – er det rom for uforutsigbarhet?</b>	Organisering	Skjer på sommeren  Short på sykepleiere	«..merker det jo og at av en eller annen grunn så skjer det på sommeren, midt i ferietida, så det skjer egentlig.. og i jula så egentlig har vi hatt det gjerne i situasjoner hvor ja vi har vært litt «short» på sykepleiere..» (3)
<b>Omfordele ansvar – overfører ansvar til ufaglærte</b>	Kunnskap og læring  Profesjon	Hierarkisk i forhold til hvem som gjør hva  Autonome medarbeidere  Assistenter tilegnet seg kunnskap  Minst grad ufaglærte til livets siste fase	«For jeg vet at noen som () kun sykepleiere, også er det veldig sånn hierarkisk i forhold til bruk av altså hvem som gjør hva da. Så jeg tror nok at vi på godt og vondt har en ganske sånn.. ikke flat struktur, men vi har ufattelig flinke folk, og det må vi ha for det er helt fra (stedsnavn) til (stedsnavn)». (1) «...altså den tjenesten en distriktstjeneste den er ganske.. den krever ganske mye logistikk sånn at våre medarbeidere de er utrolig autonome. De får opplæring, de får utføre ganske tekniske prosedyrer også assistenter, med at vi får en delegasjon ifra lege, og vi ønsker og utdanne folk.» (1) «...fordi at de har på en måte tilegnet seg den kunnskapen og kompetansen som på en måte primært tilhører den brukeren, så jeg tror nok at også tror jeg at utnytting av kompetansen, sånn må det bli litt mer i framtida, at man tenker på en litt annen måte.» (1) «..Sånn at man tenker at i minst grad sender vi ufaglærte til de som er i livets siste fase, og det er jo noe med erfaring og kompetanse og at man skal ha kunnskap nok og kjennskap til systemet for hvordan man gjør ting». (5)
<b>Syn på kunnskap, opplæring av nyansatte sykepleiere og etiske utfordringer</b>	Kunnskap og læring Etikk	Se menneskene bak teknikken  <i>Learning by doing</i>  Kompetanseliste	«Det tekniske, det er stort når man er nyutdannet sykepleier og ung, men når man har jobbet noen år med det så... så begynner man å se menneskene bak teknikken og alle apparatene, så det tror jeg nok det her med å begynne å se mennesket..» (3) «De har tatt bilde for eksempel av ernæringspumpe eller et eller annet, også har man bare guidet». (3) «Det er jo liksom learning by doing». (3)«Jeg har sånn kompetanseliste, jeg har alltid en kompetanseliste som de som skal ha kontinuitet med færre folk og bare høykvalifiserte folk står på». (4)

<b>Samarbeid og velferdsteknologiens rolle</b>	Samarbeid Velferdsteknologi	Kreftsykepleiere bidragsyttere Opplæring og debrifing Kreftpasientene har fortrinn Skypemøter i koronatiden	«..kreftsykepleierne er jo også noen bidragsyttere. Spesielt når det er, jeg sier vi har ikke mange hjemmedøder. Så når de er der, så har de stilt opp de også..» (3) «Det kan være opplæring, det kan være noe spesielt eller. Og det er gjerne debrifing i etterkant også.» (3) «Kreftpasientene har fortsatt et stort fortrinn i ... kommune, jeg skulle ønske at man kom like langt på hjertesvikt, og på en måte alle diagnoser var likestilt.» (4) «Legene har Skypemøter med pasienter nå under den her tiden, så jeg tror nok den her koronatiden har fått oss til å tenke litt annerledes». (3)
<b>Hvordan lederen forholder seg til sine ansatte</b>	Bakkebyråkrati Ledelse	Innmari krevende Vi er alle et team Jeg har vært ute og gjort det her Faget faller bort Kultur, holdninger, verdier lederperspektiv Prosjekt i havn	«Vi klarer å mobilisere, men det er jo innmari krevende altså, jeg stiller opp selv og avløser nattevaktene () for å få på en måte logistikken til å gå opp» (1) «Vi er alle et team, og ingen er bedre enn det svakeste ledd. Derfor så må vi bygge hverandre gode, enten du er ufaglært eller sykepleier eller avdelingsleder, det er ikke så viktig». (4) «Sånn at du vet at jeg har et bakteppe med at jeg har vært ute og gjort det her og, jeg er ikke bare leder». (4) «Jeg er jo ikke «Jeg er jo ikke så faglig god lenger, ikke sant når man jobber administrativt så faller nå faget bort. Så jeg sparrer med dem på alt som har med faglighet å gjøre. Prøver å finne de riktige spørsmålene å stille dem, og ut ifra det jeg vet at vi kan tilby, er det tilrådelig sånn, kan vi gjøre det på en annen måte sant». (2) «Jeg tror jo at det handler om kultur, holdninger, verdier.. til.. i et lederperspektiv. For er ikke leder med, så hvordan i all verden skal du få folkene dine med deg for å på en måte klare å få et sånn prosjekt i havn». (1)
<b>Leder i skvis – leder/sjef, engler/arbeidstakere</b>	Bakkebyråkrati Ledelse « <i>Contradicting logics</i> » Organisering	Sykepleiere dedikert oppgaven Bretter opp ermene og står på Ofrer seg for pasienten Nyutdanna lukter ikke på det Gammelhundene klarer ikke å si nei Hva har du tenkt til å gjøre nå?	«Det det er nok der utfordringa ligger, på personell og drift.. Det å vite at man har sykepleiere som er.. faktisk litt dedikert oppgaven og er villig til å gå litt ut av sin egen turnus og være med på den der sluttfasen. For som oftest så vet vi ikke hvor lang den siste fasen er. Den kan gå fort og det kan gå over tid». (2) «Det er litt sånn man bretter opp ermene også bare står man på, ja, så det er klart at de må jo ofre litt fritid og, og kanskje at det skjer noe på hjemmefronten som de ikke får være med på fordi at de må endre på turnusen sin, og kanskje ikke får med seg juleavslutning med barna sine. Det skjer, ja. Da ofrer de seg for pasienten på en måte, ja..» (2) «Det er ikke den dugnadsånden i de ansatte lenger og vi kan ikke forvente at de ansatte skal komme på fritida for at vi skal få suksessfulle opplevelser med hjemmedød. For det er jo sånn det har vært gjort, det er sånn det har vært organisert til nå... De nyutdanna nå, de lukter ikke på det. Det er ikke de nyutdanna som tar bakvakt på ei smertepumpe på natt, det er de gammelhundene som gjør det, som fortsatt har den omsorgsbiten i seg, som ikke klarer å si nei». (4) «..det er jo ikke alltid man kan gå, men det gjør de, unge i dag de går. Så får du en telefon klokka ti. Jeg må gå vakta mi er ferdig, hva har du tenkt til å gjøre nå?» (4) «..det er jo ikke alltid man kan gå, men det gjør de, unge i dag de går. Så får du en telefon klokka ti. Jeg må gå vakta mi er ferdig, hva har du tenkt til å gjøre nå?» (4)

