

Hjemmesykepleie i endring

*En analyse av profesjonelle og
politiske diskurser*

**Hjemmesykepleie i endring.
En analyse av profesjonelle og politiske diskurser**

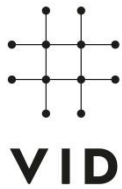
Ann-Kristin Fjørtoft

Dissertation Submitted
in Partial Fulfilment of the Requirements
for the Degree of Philosophiae Doctor (Ph.D)

VID Specialized University

2022





© Ann-Kristin Fjørtoft, 2022

ISBN: 978-82-93490-98-2

ISSN: 2535-3071

Digital version

Dissertation Series for the Degree of Philosophiae Doctor (Ph.D.) at VID Specialized University No. 37

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted, in any form or by any means, without permission.

Cover: Dinamo

VID Specialized University

post@vid.no

www.vid.no

Innhold

Oversikt over tabeller, figurer og vedlegg	v
Oversikt over tabeller og figur:	v
Oversikt over vedlegg:	v
Forord	vi
Sammendrag	viii
Abstract	x
Liste over artiklene	xii
1 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for avhandlingen	2
1.2 Hjemmesykepleie som profesjonell praksis	3
1.3 En kritisk diskursiv studie	4
1.4 Hensikt og forskningsspørsmål	6
1.5 Oversikt over avhandlingen	8
2 Konstruksjon av forskningsfeltet	9
2.1 Historisk og nasjonal kontekst	9
2.1.1 Et kort historisk tilbakeblikk	9
2.1.2 En del av den offentlige velferdstjenesten	12
2.1.3 Diskurser om sykepleie og omsorgsarbeid	13
2.2 Forskningsmessig kontekst	14
2.2.1 En hjemmebasert kontekst	15
2.2.2 Endringer og dagens situasjon	16
2.2.3 Hjemmesykepleie som kompetanse og profesjonell praksis	18
2.3 Oppsummering og relevans for avhandlingen	20
3 Teoretiske begreper og perspektiver	22
3.1 Diskursanalytisk perspektiv	22
3.1.1 En kritisk diskursiv tilnærming	22
3.1.2 Makt, hegemoni og ideologier	23
3.1.3 Intertekstualitet og interdiskursivitet	25
3.1.4 Posisjoneringsteori	26
3.2 Hjemmesykepleie som profesjonell praksis	27
3.2.1 Et praksisteoretisk perspektiv	27
3.2.2 Profesjon og kompetanse	29

3.2.3	Sammensatt praksis med flere logikker	30
3.2.4	Politikk og praksis	32
3.3	Oppsummering	33
4	Metodologi og metoder	34
4.1	Sosial konstruktivistisk tilgang.....	34
4.2	Forskningsdesign	35
4.3	Utvalg og datakonstruksjon	35
4.3.1	Fokusgruppeintervju.....	35
4.3.2	Fra tale til tekst	40
4.3.3	Politiske dokumenter.....	41
4.4	Analyse	43
4.4.1	Relasjonell-dialektisk analysemodell	43
4.4.2	Gjennomføringen av analysen.....	44
4.4.3	Analyseverktøy.....	46
4.5	Refleksivitet.....	51
4.5.1	Posisjonering som forsker	51
4.5.2	Refleksivitet og forskningsprosessen	54
4.6	Etiske vurderinger.....	56
5	Presentasjon av funn i artiklene	59
5.1	Artikkel 1	59
5.2	Artikkel 2.....	62
5.3	Artikkel 3.....	65
6	Diskusjon av funn og avhandlingens betydning	68
6.1	Konstruksjoner om hjemmesykepleie	68
6.1.1	En omfattende og uklar praksis	68
6.1.2	Det særlige ved hjemmesykepleiernes praksis.....	71
6.1.3	Spenningsfelt og motstridende konstruksjoner	74
6.2	Rådende diskurser og endringer	77
6.2.1	En generell og spesialisert praksis	78
6.2.2	Endringer og hva som ser ut til å bli vektlagt	79
6.3	Avhandlingens mulige implikasjoner.....	81
6.4	Diskusjon av metodologi og begrensninger	83
6.4.1	Studiens troverdighet.....	83

6.4.2	Inspirert av kritisk diskursanalyse.....	87
7	Avsluttende refleksjoner	89
	Referanser.....	91

Oversikt over tabeller, figurer og vedlegg

Oversikt over tabeller og figur:

Tabell 1 Oversikt over forskningsartiklene og deres bidrag i avhandlingen	7
Tabell 2 Deltakere og kontekst for fokusgruppeintervjuene	37
Tabell 3 Intervjuguide til fokusgruppeintervju med sykepleiere i hjemmesykepleie	38
Tabell 4 Oversikt over de utvalgte politiske dokumentene	42
Tabell 5 Oversikt over analyseverktøy i studiene	46
Figur 1 Modell over praksis etter Kemmis et al. (2014)	28

Oversikt over vedlegg:

1. Artikkel 1
2. Artikkel 2
3. Artikkel 3
4. Ordsøk på begreper som omfatter hjemmesykepleie ...
5. NSD kvittering
6. Søknad om tillatelse til å gjennomføre empirisk studie i kommunen
7. Informasjon og samtykkeerklæring

Forord

Jeg hadde mitt første møte med hjemmesykepleie som praksis for 33 år siden, og har siden vært engasjert i dette feltet; som hjemmesykepleier, høgskolelektor og i ulike prosjekter. Doktorgraden omhandler hjemmesykepleie, og det har vært interessant å få fordype meg i hjemmesykepleie med et forskerblikk. Dette arbeidet har vært en spennende, lærerik og til tider ganske krevende reise. Nå på slutten av reisen, er det tid for å takke og jeg har hatt mange gode hjelpere og motivatorer på veien.

Jeg vil først takke VID vitenskapelige høgskole for stipendiat-stilling og mulighet til å gjennomføre doktorgradsprosjektet. Doktorgradsprosjektet mitt har vært en del av PhD-programmet *Diakoni, verdier og profesjonell praksis ved Senter for diakoni og profesjonell praksis*. Dette har vært et stimulerende tverrfaglig miljø, og jeg har satt stor pris på det faglige og sosiale miljøet ved senteret.

Dernest vil jeg takke veilederteamet mitt; hovedveileder Herdis Alvsvåg og medveilederne Oddvar Førland, Trine Oksholm og Charlotte Delmar. Dere har vært en viktig ressurs og støtte i arbeidet, og jeg setter stor pris på engasjerte faglige diskusjoner og konstruktive tilbakemeldinger. Dere har bidratt med innsikt og utfordret meg til å arbeide videre med tekstene. Særlig vil jeg takke Herdis for din vennlige tilgjengelighet, klokskap og analytiske blikk. Det har vært en uvurderlig hjelp, og ikke minst i innspurten av skrive-arbeidet. Jeg må også takke Ingrid Ruud Knutsen for viktige tilbakemeldinger og tips til slutføringen av arbeidet.

Det er et afrikansk ordspråk som sier at det tar en landsby å oppdra et barn. I mitt tilfelle har det tatt to byer for å gjennomføre en doktorgrad. Stipendiatet mitt har vært knyttet til VID Bergen, og jeg har pendlet fra Oslo. Det har vært en utfordring og mulighet å pendle og være så mye på farten. Som en utflyttet bergenser, har det vært en fabelaktig mulighet å få være såpass mye i Bergen. Jeg har blitt kjent med gamle og nye venner og kollegaer, og ikke minst gått mange flotte fjellturer. Og toget har vært en ekstra kontorplass for meg.

Jeg har vært så heldig å få være en del av stipendiatmiljøet både i Bergen og Oslo, med en særlig tilhørighet i Bergen. Spesiell takk til Tone Stikholmen, Eli Lea, Marte Bygstad-Landro, Stine Flinterud og resten av stipendiatgruppen i Bergen! Dere er en fest å være sammen med!

Jeg vil også takke stipendiatkollegaer i Oslo; Jørghild Karlotte Jensen som fabelaktig reisefølge til Australia, Laila Hov som viktig reise-følge i sluttspurten og mange flere. Uten medstipendiater hadde doktorgradsarbeidet vært en ensom og kjedeligere reise.

Jeg vil takke gode nye og «gamle» kollegaer i Fakultet for Helsefag (VID) både i Bergen og Oslo, og spesielt 3.års-kollegaene i Bergen for godt samarbeid i undervisningsoppgavene i stipendiatperioden. Stor takk også til forskergruppen *Refleksjon og dannelse* i Bergen, som har vært interesserte og bidratt med gode innspill underveis!

Jeg deltok på forskerskolen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Muni-Health-Care) i 2017-2019. Det var nyttig og inspirerende med søkelys på kommunehelsetjenesten som forskningsfelt. Jeg vil takke kull 2017 for godt reisefølge og lærerike faglige diskusjoner. Takk også til forskerskolen for stipend til utenlandsopphold!

I tillegg til å pendle mellom Bergen og Oslo, har jeg også fått reise lenger. Et høydepunkt var et seks ukers forskningsopphold i Australia, ved University of Wollongong og University of Canberra. Her møtte jeg mange som bidro med innspill og inspirasjon til videre arbeid. I tillegg har jeg vært på konferanse i Canada og hospitert ved Aarhus Universitet. Dette var flotte og lærerike erfaringer. Her kan jeg takke Norsk Sykepleierforbund som bidro med reisestipend som muliggjorde utenlandsoppholdene.

Det har betydd mye med familie og venner som har støttet meg i arbeidet, og jeg ser fram til mer tid og flere turer. Takk til Linda Bårdsen, god venninne og hybelvert, og til Vigdis Holtet for god hjelp med referansene. En takk også til Utegyng-gjengen, som har vært et viktig avbrekk fra pc-arbeidet.

Til slutt vil jeg takke familien min; Benjamin og David! Veldig glad i dere!

Sammendrag

Hjemmesykepleie står i en lang tradisjon, samtidig som det er stadige endringer i dette praksisfeltet. De siste ti-årene har det vært en rekke demografiske og helsepolitiske endringer som har medført at flere tjenester og oppgaver er blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til de hjemmebaserte tjenestene, noe som har hatt stor påvirkning på hjemmesykepleie som sykepleiefaglig praksis. Avhandlingen utforsker hvordan hjemmesykepleie blir satt ord på og forstått av hjemmesykepleiere og i politiske styringsdokumenter. Studien er en kritisk diskursanalyse av fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere og av nyere politiske dokumenter om primærhelsetjenestene. Diskurser er måter å snakke på i en bestemt sammenheng, som peker på hvordan et fenomen blir forstått.

Gjennom tre artikler og kappen blir fremtredende profesjonelle og politiske diskurser identifisert og diskutert. De to første artiklene bygger på analyse av fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere i seks ulike norske kommuner. Artikkelen 1 viser hvordan hjemmesykepleierne balanserer mellom motstridende krav og flere spenningsfelt. Det er mellom individuell omsorg og organiseringsarbeid, mellom hverdagslivsomsorg og medisinsk oppfølging, og mellom å følge regler og å bruke faglig skjønn. Hjemmesykepleiernes praksis blir diskursivt presentert som omfattende og motsetningsfull, og språkbruken avdekker at det er mindre tid til relasjonell hverdagsomsorg nå, enn før.

Artikkelen 2 utforsker hjemmesykepleie gjennom å se på hjemmesykepleiernes særlige arbeid med et diskursivt posisjoneringsperspektiv. Hjemmesykepleie blir presentert som selvstendig med ansvar for oppfølgingen av alvorlig syke pasienter, og ikke minst at det handler om å finne tilpassete løsninger i hvert enkelt hjem. Funnene viser hvordan endringer har medført at sykepleiernes arbeid i tiltakende grad styres av haste-oppgaver og akutte medisinske utfordringer, arbeidsoppgaver som krever sykepleiefaglig kompetanse og tid.

Artikkelen 3 bygger på analyse av tre meldinger til Stortinget om dagens og fremtidens primærhelsetjeneste. Analysen viser hvordan hjemmesykepleie blir satt ord på og posisjonert i politiske føringer. I de politiske tekstene ble flere motsetningsfulle forståelser hva som er hjemmesykepleie avdekket. Hjemmesykepleie blir presentert som en

grunnleggende del av kommunens helsetjenester, samtidig som innholdet og bidraget er uklart og nesten usynlig. Videre blir praksisen omtalt som både generell og spesialisert, med vekt på at mer spesialiserte tjenester foregår hjemme hos pasientene. De politiske tekstene understreker effektivitet, bærekraft, forebygging og behandling, uten å problematisere at noen pasienter ikke blir bedre og trenger helsehjelp over lengre tid.

De profesjonelle og politiske forståelsene blir diskutert i lys av styrende markedsorienterte og byråkratiske diskurser, og i forhold til omsorgsorienterte diskurser. Felles i de profesjonelle og politiske diskursene er at hjemmesykepleie blir presentert som tiltagende spesialisert, mens de avviker i beskrivelsen av hjemmesykepleies bidrag og posisjon.

Sykepleie er i liten grad presentert som en del av løsningene i de politiske tekstene, mens når sykepleierne snakker om egen praksis så formidles et helt annet bilde.

Hjemmesykepleierne presenterer sin praksis som avgjørende i oppfølgingen av hjemmeboende pasienter.

Avhandling avslører paradokser i de ulike konstruksjonene om hjemmesykepleie som faglig praksis, viser konsekvenser av endringer i hjemmesykepleie og peker på forhold som er problematiske i dagens praksis. Det er problematisk at langtidsomsorg i liten grad er vektlagt i styringsdokumentene. Det har konsekvenser for hvilken omsorg som blir verdsatt politisk og i praksis. Funnene fremhever nødvendigheten av å sette ord på hjemmesykepleie som en faglig praksis, og diskutere retningen for videre utvikling.

Abstract

Home-care nursing is part of a long yet ever-changing practice. In recent decades, demographic and health-policy changes have caused many healthcare services and tasks to be transferred from specialist healthcare to home-based healthcare, which has had a major impact on home-care nursing as a professional practice. The thesis explores how home-care nursing is articulated and understood by home-care nurses and in policy documents. The study is a critical discourse analysis of focus-group interviews with home-care nurses and of contemporary political documents on primary healthcare. Discourses are ways of speaking in a specific context, that indicate how a phenomenon is understood.

Through three articles and the thesis, current professional and political discourses are identified and discussed. The first two articles are based on analysis of focus-group interviews with home-care nurses in six Norwegian municipalities. Article 1 shows how home-care nurses balance several conflicting demands; between individual care and organizing work, between everyday life care and medical follow-up, and between following rules and using professional judgment. Home-care nursing is presented as both comprehensive and contradictory. The findings reveal that home-care nursing now includes less time than before for relational everyday care.

Article 2 uses a positioning perspective to explore the work of home-care nurses. The specific work of home-care nursing is discursively presented as independent, involving the responsibility to follow up with seriously ill patients while developing customized solutions in each home. The findings show how changes have made the nurses' work increasingly defined by urgent tasks and acute medical challenges, all of which place great demands on the nurses' time and competence.

Article 3 is based on an analysis of three policy documents concerning current and future primary healthcare. The analysis shows how policies describe and position home-care nursing. The policy documents reveal several conflicting understandings of home-care nursing, which is presented as fundamental to a municipality's healthcare. However, the content and contribution of the practice remain unclear and almost invisible. Furthermore, the practice is described as both general and specialized, with emphasis placed on the more

specialized services provided in the patients' homes. The policy texts underline efficiency, sustainability, prevention, and treatment, without problematizing that some patients do not get better and thus need long-term care.

The professional and political understandings are discussed in the light of prevailing market-oriented and bureaucratic discourses, and in relation to care-oriented discourses. Both professional and political discourses, present home-care nursing as increasingly specialized, but the discourses differ in their descriptions of the practice's contribution and position. Political discourses present home-care nursing only to a small extent as part of the solutions, while the nurses themselves talk about their practice very differently. They present their practice as crucial to the follow-up of homebound patients.

The thesis reveal paradoxes in the constructions of home-care nursing as a professional practice, presents the consequences of changes in home-care nursing and points to problematic conditions in current practice. It is problematic that long-term care is to a small extent preferred in the policy documents, and this affects which care is valued politically and in practice. The findings underline the need to articulate home-care nursing as a professional practice and to discuss ways to further develop the practice.

Liste over artiklene

Artikkel 1:

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing—A discourse analysis. *Nursing Open*, (00), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1002/nop2.473>

Artikkel 2:

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Delmar, C., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2020). Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. *Nursing Inquiry*, e12375. <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12375>

Artikkel 3:

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2021). The position of home-care nursing in primary health care: A critical analysis of contemporary policy documents. *Nursing Inquiry*, e12445. <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12445>

1 Introduksjon

Hjemmesykepleie er en viktig del av helsetjenesten i Norge, og har de siste årene økt drastisk i omfang. I 1992 var det 75 000 som mottok hjemmesykepleie i Norge, mens det i 2014 var økt til 209 010 (Mørk, 2015, s. 38). Det er et utviklingstrekk både nasjonalt og internasjonalt at flere helsetjenester blir flyttet nærmere der folk bor (Genet et al., 2011). Det er et uttalt politisk mål at flere skal bo, behandles og pleies i sitt eget hjem, for å møte utfordringer med økning av eldre og kronisk syke i befolkningen sammen med økte offentlige kostnader (St.meld. 47 (2008-2009)).

Et resultat av denne politikken er at pasienter skrives raskere ut fra sykehus, og flere og sykere pasienter får helsehjelp hjemme (Dale et al., 2015; Gautun & Syse, 2017). Det er dermed flere helsetjenester og oppgaver som blir ivaretatt i kommunehelsetjenestene, med dertil økte behov for ansatte og kompetanse. Økningen av arbeidsoppgaver medfører både et økt press på tjenestene og den enkelte hjemmesykepleier når det gjelder kompetanse, tidsbruk og prioritering (Martinsen et al., 2018; Tønnessen et al., 2011). Pasientene har behov for omfattende pleie og omsorg og spesialisert behandling og oppfølging, og dette gjør hjemmesykepleie til en mangfoldig og utfordrende arbeidspraksis (Norheim & Thoresen, 2015). Endringer i samfunnet og helsetjenestene påvirker hjemmesykepleiernes arbeid og ikke minst får det konsekvenser for tjenestene til befolkningen.

Helsepolitiske og demografiske endringer har konsekvenser for dagens praksis i hjemmesykepleie, og dette er vesentlig å belyse og diskutere. Hvordan blir hjemmesykepleie og dens bidrag presentert og forstått som en del av helsetjenestene? Dette er et spørsmål som kan besvares på mange måter og ut fra ulike perspektiver. Forståelsen av hjemmesykepleie er kontekstuell og vil være påvirket av tid, sted og situasjonen til den det angår. En pasient som er avhengig av hjemmesykepleie for å klare hverdagen hjemme, vil ha en annen forståelse av denne praksisen, enn ansatte og ledere som skal ivareta mange hjemmeboende og deres situasjon. På samme måte vil politikere og samfunnet i Norge, eller en annen nasjonal kontekst, ha forskjellige forståelser av hva hjemmesykepleie er eller skal være. Denne forståelsen kommer til uttrykk og blir formet av hvordan vi setter ord på det språklig. Hjemmesykepleie er en sosial og språklig konstruksjon, og i denne avhandlingen utforsker jeg sykepleiefaglige og politiske konstruksjoner av hjemmesykepleie.

1.1 Bakgrunn for avhandlingen

Hjemmesykepleie er et arbeidsfelt som kjennetegnes av et stort mangfold av oppgaver og pasienter. Det er en arbeidspraksis med mye ansvar og samtidig nær kontakt med pasientene og deres situasjon hjemme. Jeg begynte doktorgradsarbeidet med et ønske om å utforske og synliggjøre hva slags sykepleiekompetanse som blir vektlagt i hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie som praksis og kompetanse er et tema jeg har vært engasjert i lenge. I tillegg til erfaring som hjemmesykepleier, har jeg i mange år arbeidet som lærer i sykepleieutdanning og vært opptatt av å formidle hjemmesykepleie som arbeidsfelt og kompetanse for sykepleiere. Med dette utgangspunktet var doktorgradsprosjektet i begynnelsen rettet mot å skulle utforske hva som blir vektlagt som nødvendig sykepleiekompetanse i hjemmesykepleie og dernest hva slags kompetanse sykepleierstudenter kan lære i hjemmesykepleie.

Helt fra starten var jeg opptatt av språk og hvordan hjemmesykepleie blir snakket om, og ut fra det ble en diskursiv tilnærming valgt. Opprinnelig inkluderte studien et læringsperspektiv, og det var planlagt å følge opp diskursanalysen med en kvantitativ studie med kartlegging av hva som er relevant kompetanse i hjemmesykepleie for sykepleierstudenter. Dette ble valgt bort for å kunne vektlegge den diskursive tilnærmingen. Denne avgrensningen ble gjort tidlig i doktorgradsarbeidet før fokusgruppeintervjuene ble gjennomført. I denne perioden ble det besluttet at den siste delen av studien skulle inkludere en analyse av politiske dokumenter om hjemmesykepleie, for å kunne belyse de faglige diskursene i sammenheng med politiske diskurser om feltet.

Videre beveget doktorgradsprosjektet seg fra å ha kompetanse i forgrunnen til at dette ble en inngang til å utforske hjemmesykepleie som praksis. Denne endringen skjedde i møte med empirien og analysen av dataene fra fokusgruppeintervjuer med hjemmesykepleiere. Når sykepleierne snakket om hva slags kompetanse som er nødvendig, så snakket de om arbeidet sitt, hva de gjør og har ansvar for i hjemmesykepleie. Doktorgradsprosjektet endret seg på denne måten fra å utforske diskurser om kompetanse i hjemmesykepleie, til å utforske diskurser om hjemmesykepleie som profesjonell praksis.

1.2 Hjemmesykepleie som profesjonell praksis

I avhandlingen er det hjemmesykepleie som en profesjonell praksis som er i søkelyset, og jeg vil her kort presentere hva dette innebærer. Hjemmesykepleie kan betraktes både som en tjeneste og en profesjonell praksis. Som tjeneste er hjemmesykepleie en del av de kommunale hjemmebaserte helsetjenestene og inkluderer flere tjenester som sykepleie, rehabiliteringstjenester og lindrende tjenester (Fjørtoft, 2016; Vabø, 2012). Det er også flere yrkesgrupper som arbeider i hjemmesykepleietjenesten, i tillegg til sykepleiere er helsefagarbeidere en stor gruppe. Hjemmesykepleie er en offentlig velferdstjeneste, og er helsehjelp til hjemmeboende som har behov for det. Som profesjonell praksis er hjemmesykepleie et faglig arbeid som blir utøvd av sykepleiere i en hjemmebasert kontekst og som en del av de kommunale velferdstjenestene. Når jeg videre i avhandlingen omtaler hjemmesykepleie, så er dette som en sykepleiefaglig praksis.

Doktorgradsprosjektet har vært en del av PhD-programmet *Diakoni, verdier og profesjonell praksis* ved VID vitenskapelige høgskole, og dette førte meg til å velge teoretiske perspektiver knyttet til profesjonell praksis innen en offentlig velferdsorganisasjon. Avhandlingens utforskning av hjemmesykepleie som profesjonell praksis og pågående endringer, gjør at den er tydelig posisjonert innenfor dette PhD-programmet.

En profesjonell praksis foregår alltid i en bestemt sammenheng og innenfor en gitt organisering og samfunn. Denne kontekstuelle tilnærmingen peker på at profesjonell praksis er en sosial konstruksjon som er forstått og formet av den historiske og sosiale sammenhengen (Cruess & Cruess, 2016; Martimianakis et al., 2009). Dette innebærer at hvordan hjemmesykepleie som praksis blir forstått og artikulert, er avhengig av tid og sted, og det vil derfor kunne være flere mulige måter å forstå dette på.

Et sentralt utgangspunkt for å forstå praksis i denne avhandlingen er praksisteori, og jeg vil derfor kort presentere dette her. Praksisteori bidrar med et analytisk perspektiv for å forstå det mangefasettede og sammensatte i det sosiale livet som praksis utgjør (Halkier & Jensen, 2008; Kemmis et al., 2014). Praksis inkluderer språk, handlinger, strukturer og relasjoner og foregår i en bestemt kontekst (Schatzki, 2012). Det er dermed ikke bare handlingene som utgjør en praksis, men også måten det gjøres og organiseres på (Gherardi, 2016). En

praksisteoretisk tilnærming vektlegger det kontekstuelle og at praksis alltid er lokalisert i en bestemt tid og sted (Kemmis et al., 2014; Schatzki, 2012). Praksiser er dermed dynamiske og spilles ut og blir formet av forholdene og relasjonene som er til stede der og da. Denne forståelsen av praksis understreker også hvordan praksiser er i kontinuerlig forandring. En praksis foregår i nåtiden, samtidig som den er orientert mot fremtiden og svarer på fortiden (Kemmis et al., 2014, s. 33). Kemmis, en australsk pedagog og forsker, er opptatt av praksis som noe kollektivt og kulturelt, og at dette ikke bare er den enkelte profesjonsutøver sitt anliggende. Individuelle og kollektive praksiser former og blir formet av de kontekstuelle strukturene, relasjonene og tradisjonene de foregår innenfor (Kemmis et al., 2014, s. 31).

Et praksisteoretisk perspektiv er i tråd med avhandlingens epistemologiske tilgang, med vekt på at hjemmesykepleie er en sosial konstruksjon. Sosial konstruktivisme er en ontologisk og epistemologisk posisjon som ser på virkeligheten som sosialt konstruert og at kunnskap konstrueres gjennom sosial interaksjon og dialog (Burr, 2015; Collin, 2003). En slik vitenskapsposisjon ser på virkeligheten og vår forståelse av den som historisk og sosialt avhengig, og at kunnskap er i stadig endring og er resultat av sosiale dialektiske prosesser. Burr (2015, s. 2) understreker at denne tilnærming oppmuntret til å være kritisk til tatt-for-gitte sannheter og faste kategorier, og at det hele tiden kan være flere mulige forståelser av et fenomen. Profesjonell praksis kan ut fra dette sees på som en sosial konstruksjon, med flere mulige forståelser. I denne avhandlingen blir konstruksjoner om hjemmesykepleie som profesjonell praksis belyst ut fra språklige presentasjoner av hjemmesykepleierne og i førende politiske dokumenter.

1.3 En kritisk diskursiv studie

I denne avhandlingen blir hjemmesykepleie som profesjonell praksis utforsket med en kritisk diskursanalytisk tilnærming. Det betyr at jeg forsker på praksis ved å se på hvordan det blir snakket om den. Studien har en diskursiv tilnærming med søkelys på språkbruk for å få innsikt i en bestemt praksis. Inspirert av den britiske lingvisten og professoren Norman Fairclough sin måte å beskrive kritisk diskursanalyse på, er diskurser her forstått som språkbruk (muntlig eller skriftlig) innenfor en bestemt kontekst (Fairclough, 2003, 2013). Eller sagt på en annen måte, så er diskurser en måte å snakke på innen en bestemt

sammenheng (Kayı-Aydar, 2018, s. 18). Dette perspektivet innebærer en vektlegging av at mennesker gjennom språk og samhandling konstruerer en forståelse av virkeligheten (Alvesson & Sköldberg, 2008). Diskurser er dermed en måte å snakke på som reflekterer en forståelse av en bestemt praksis eller fenomen.

Kritisk diskursanalyse innebærer et søkelys på forholdet mellom språk og makt, for gjennom dette å peke på maktrelasjoner og sosiale ulikheter (Burr, 2015, s. 194-197). Fairclough ser på diskurser som resultat av sosiale strukturer og relasjoner, samtidig som de er med på å konstruere og konstituere disse (Fairclough, 2009). Med denne forståelsen, er diskurser en sosial praksis som reproducerer og forandrer vår forståelse, identiteter og sosiale maktrelasjoner, samtidig som de formes av sosiale praksiser og strukturer (Fairclough, 2009; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 77). Dette betyr at språkbruk om hjemmesykepleie både reflekterer en forståelse av praksis, samtidig som den er med å påvirke praksisen. Språkbruk påvirker praksis gjennom vektlegging av bestemte kunnskaper, verdier og forståelser. Fairclough (2003) er opptatt av sammenhengen mellom språk og praksis, og hvordan språkbruk kan avsløre maktforhold og hva som blir vektlagt i en bestemt praksis. Maktforhold og sosiale ulikheter er relevant i utforskingen av en praksis som hjemmesykepleie som omhandler helsehjelp til personer med ulike livssituasjoner og behov. Her vil det til enhver tid være ulike strukturer og personlige vurderinger som fortolker hvordan og til hvem denne velferdstjenesten skal formidles. Makt vil blant annet komme til uttrykk i hvem sine anliggender og interesser som blir vektlagt og hva eller hvem som styrer dette. Sosiale ulikheter kan vise seg gjennom at noen pasientgrupper og helsebehov blir prioritert, på bekostning av andre. Med en kritisk diskursiv tilnærming, har studien søkelys på forståelser og språklige presentasjoner om hjemmesykepleie. Gjennom å utforske faglige og politiske diskurser, søker jeg å avdekke rådende forståelser om hjemmesykepleie og hva som blir vektlagt angående dette praksisfeltet. Ifølge Crowe (2005) kan diskursanalyse på denne måten være et viktig bidrag til å utvikle sykepleiefaget, ved å peke på utviklingstrekk og hva som er dominerende i sykepleiernes praksis.

Det vil til enhver tid være mange ulike diskurser om profesjonelle praksiser som hjemmesykepleie, ettersom det er mange ulike interessenter og involverte aktører (Moos & Krejsler, 2006). For eksempel vil pasienter og pårørende i hjemmesykepleie nok snakke om

denne praksisen på en annen måte enn det ledere av tjenesten eller helsepolitikere vil gjøre. Praksisutøverne som i denne studien er hjemmesykepleierne, snakker om praksisen ut fra sitt ståsted og perspektiv, samtidig som dette ikke er uavhengig av den historiske, sosiale og politiske konteksten de er en del av.

I avhandlingen blir hjemmesykepleie utforsket ved å analysere ulike typer diskurser og se disse i sammenheng med hverandre. Jeg har valgt å inkludere profesjonelle diskurser gjennom å se på hvordan hjemmesykepleiere snakker om sin praksis, og dernest politiske diskurser slik disse kommer fram i meldinger til Stortinget. I avhandlingen har jeg ønsket å få fram hjemmesykepleiernes stemme som praksisutøvere og de som møter konsekvensene av politikken, og har derfor valgt å utforske profesjonelle diskurser og forståelser av hjemmesykepleie. Videre er de politiske diskursene valgt for å belyse plasseringen og forståelsen av hjemmesykepleie på samfunnsnivå.

1.4 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med avhandlingen er å belyse og kritisk diskutere fremtredende diskurser om hjemmesykepleie som profesjonell praksis. Avhandlingen utforsker hvordan hjemmesykepleie blir konstruert og forstått faglig og politisk som en del av dagens helsetjenester.

Ut fra denne hensikten er det overordnede forskningsspørsmålet: Hvordan blir hjemmesykepleie som profesjonell praksis konstruert?

For å belyse dette blir følgende delspørsmål adressert på tvers av artiklene:

1. Hvordan blir hjemmesykepleie konstruert av hjemmesykepleiere og i politiske dokumenter?
2. Hvilke diskursive spenningsfelt kommer fram om hjemmesykepleie som praksis?
3. Hvilke diskurser fremstår som rådende og hva forteller dette om endringer i dagens hjemmesykepleie?

Studien har et kvalitativt utforskende design med kritisk diskursanalyse av:

- Fokusgruppeintervju med sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleie.
- Politiske dokumenter (meldinger til stortinget) som omhandler hjemmesykepleie.

Avhandlingen er basert på tre publiserte forskningsartikler. Gjennom å utforske diskurser om hjemmesykepleie, bidrar de tre artiklene på ulike måter til økt kunnskap om hjemmesykepleie som profesjonell praksis. Tabellen nedenfor gir en oversikt over artiklens hensikt, metodiske og teoretiske tilnærminger og hvordan de bidrar i forhold til den overordnede hensikten.

Tabell 1 Oversikt over forskningsartiklene og deres bidrag i avhandlingen

	Hensikt	Data, analyse og teoretiske perspektiver	Bidrag til å belyse hjemmesykepleie som profesjonell praksis
<p>Artikkel 1: <i>Balancing contradictory requirements in homecare nursing</i> <i>A discourse analysis</i></p> <p>(Nursing Open 2020)</p>	Identifisere rådende diskurser om hjemmesykepleie for å øke forståelsen av sykepleie innen dette feltet.	<p>Fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere:</p> <p>Kritisk diskursanalyse -binære opposisjoner</p> <p>Profesjonell kompetanse Institusjonelle logikker Diskurser og hegemoni</p>	<p>Belyser hjemmesykepleie som en mangfoldig og motsetningsfull praksis med stadig flere oppgaver.</p> <p>Viser spenningsfeltet mellom ulike krav som hjemmesykepleierne balanserer, og hvordan noe får mer plass.</p>
<p>Artikkel 2: <i>Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services</i></p> <p>(Nursing Inquiry 2020)</p>	Få innsikt i det særlige arbeidet til hjemmesykepleiere og hva som får mest plass i arbeidet.	<p>Fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere</p> <p>Kritisk diskursanalyse -posisjonering</p> <p>Profesjonell praksis Posisjoneringsteori Diskursteori</p>	<p>Viser hvordan hjemmesykepleiere posisjonerer arbeidet sitt og konstruerer hva som er deres profesjonelle praksis.</p> <p>Belyser hva som er sykepleiernes særlige arbeid i hjemmesykepleie.</p>

<p>Artikkel 3: <i>The position of home-care nursing in primary health care: A critical analysis of contemporary policy documents</i> (Nursing Inquiry 2021)</p>	<p>Avdekke hvordan hjemmesykepleie blir artikulert og posisjonert i politiske føringer om dagens primærhelsetjeneste.</p>	<p>Politiske dokumenter: 3 meldinger til Stortinget</p> <p>Kritisk diskursanalyse: -problemer og løsninger -posisjonering</p> <p>Politiske diskurser Makt og ideologier Profesjonell praksis</p>	<p>Belyser hvordan hjemmesykepleie blir presentert i politiske dokumenter.</p> <p>Avdekker at hjemmesykepleie er lite synlig og at bidraget er uklart. Hjemmesykepleie konstrueres som en generell og spesialisert praksis.</p>
---	---	---	---

1.5 Oversikt over avhandlingen

Avhandlingen er organisert på følgende måte:

Kapittel 1 introduserer temaet for avhandlingen, sentrale teoretiske og metodiske tilnærmingen, samt hensikt og forskningsspørsmål.

Kapittel 2 er en konstruksjon av forskningsfeltet, med historisk, nasjonal og forskningsmessig kontekst.

Kapittel 3 presenterer teoretiske begreper og perspektiver knyttet til diskursanalytisk perspektiv og hjemmesykepleie som profesjonell praksis.

Kapittel 4 gjør rede for metodologi og metoder i avhandlingen, inkludert refleksjoner over forskerposisjonering, forskerprosessen etiske vurderinger.

Kapittel 5 presenterer funn og empiri fra de tre artiklene som avhandlingen bygger på.

Kapittel 6 diskuterer funnene fra de tre artiklene hver for seg og sammen, i lys av forskningsspørsmålene og aktuelle teoretiske perspektiver. Videre blir avhandlingens implikasjoner, metodologi og begrensninger diskutert.

Kapittel 7 er en avsluttende refleksjon over avhandlingens arbeid.

2 Konstruksjon av forskningsfeltet

For å kunne utforske diskurser om hjemmesykepleie som profesjonell praksis, er det av betydning å plassere denne praksisen i en kontekst. I dette kapitlet konstruerer jeg forskningsfeltet ved å plassere den i en historisk, nasjonal og forskningsmessig sammenheng.

2.1 Historisk og nasjonal kontekst

Dagens hjemmesykepleie står i en historisk og samfunnsmessig kontekst. Jeg vil i dette kapitlet beskrive den norske hjemmesykepleien i en historisk sammenheng, og deretter plassere hjemmesykepleie som en del av den offentlige velferdstjenesten.

2.1.1 Et kort historisk tilbakeblikk

For å forstå dagens hjemmesykepleie i et diskursivt perspektiv, vil det være av betydning å ta et kort historisk tilbakeblikk for å se hvilke tradisjoner og verdier den er blitt utviklet fra. Hjemmesykepleie slik den fungerer i dag, har en forholdsvis kort historie, selv om pleie og en form for offentlig ansvar for syke i hjemmene har foregått i uminnelige tider. I Norge er det spor så langt tilbake som til Magnus Lagabøtes landslov i 1274, der det offentlige tok et visst ansvar for syke, fattige, eldre og andre som ikke greide seg selv eller ikke fikk hjelp av familien (NOU 1992: 1).

Den organiserte hjemmesykepleie i Norge blir gjerne datert til 1870-tallet, da Diakonisseanstalten opprettet de første hjelpetilbudene i hjemmene (Martinsen, 1984). Diakonissene, som er forløperne til norsk sykepleie og hjemmesykepleie, blir beskrevet som dyktige og handlekraftige kvinner som var kreative, engasjerte og fant pragmatiske løsninger på problemene for å hjelpe fattige og syke (Martinsen, 1984, s. 233). Sykepleie i hjemmene var et variert arbeidsfelt som reflekterte samfunnet på slutten av 1800-tallet. Dette var en tid preget av store forskjeller i levestandard og det var mye fattigdom, dårlige boforhold og smittsomme sykdommer. Hygieniske tiltak og kampen mot smittsomme sykdommer, som tuberkulose, var en viktig del av helsearbeidet i denne tiden. Hjelpen som fantes, var stort sett organisert ut fra menighetene og en kirkelig veldedighetsdiskurs (Alvsvåg, 2001).

Den første norske læreboken i sykepleie, *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* av Rikke Nissen, er også en del av historien her. Den kom ut i 1877 og omhandlet i stor grad sykepleie i hjemmene (Nissen, 1877). Ulrikke E. («Rikke») Nissen regnes som en pioner innen norsk sykepleie (Austgard, 2014). Nissen skriver blant annet hvor viktig det er å legge til rette hjemmesituasjonen for at den skal være mest mulig helsefremmende, og at sykepleieren må vise «*meget varsomhed og forsigtighed*» når hun går inn i et hjem (Nissen, 1877, s. 25). Videre var Nissen opptatt av betydningen av å gjøre nøyaktige observasjoner, være modig og samlet og vise omsorg for den syke. Dette er et interessant bakteppe for dagens hjemmesykepleie, og formidler hvordan diakonissene arbeidet og deres tilnærming. Denne første læreboken i sykepleie bærer også med seg et diskursivt bilde av omsorgsarbeid i hjemmene.

Fra begynnelsen av 1900-tallet vokste det fram en sekulær sykepleietjeneste og det ble opprettet private byrå som formidlet sykepleie i hjemmene. Flere humanitære organisasjoner, blant annet Norske Kvinners Sanitetsforening, formidlet hjemmesykepleietjenester på denne tiden. De to første tiårene av 1900-tallet var det flere byråer for formidling av hjemmesykepleie og det ble ansett som et kvalitetsstempel å arbeide som privatsykepleier (Bølstad, 1985; Fause & Michaelsen, 2002). I denne tidlige fasen av hjemmesykepleiens historie var offentlige myndigheter lite engasjert, selv om enkelte kommuner opprettet kommunal hjemmesykepleie allerede på 1920-tallet. Flere bemidlede kommuner hadde trygdeordninger og kommunale tjenester for innbyggerne, og var forløpere for den senere velferdsstaten (Nagel, 1991).

Først på 1950-tallet kom myndighetene på banen med offentlig støtte til husmorvikar- og hjemmesykepleieordninger, og i 1959 vedtok Stortinget at det skulle gis noe statsstøtte til hjemmesykepleievirksomhet (Bølstad, 1985). På denne tiden var ikke hjemmesykepleie noen omfattende tjeneste, og det var store forskjeller mellom kommunene. Hjemmesykepleie ble ansett som et supplement til sykehus, noe som kommer fram i retningslinjene for hjemmesykepleie fra 1971:

Virksomhetens formål er å yte sykepleie i hjemmet når pasientens lege finner at behandling og/eller observasjon på forsvarlig måte kan finne sted utenfor sykehus eller annen helseinstitusjon som omfattes av sykehuslovens bestemmelser. (Sosialdepartementet 1971)

Utover 1980-tallet ble de kommunale hjemmetjenestene utvidet med en rekke nye tjenester som fysioterapi, ergoterapi og vaktmestertjenester, og det var en økende satsing på den hjemmebaserte omsorgen. Dette ble starten på en rekke endringer i samfunnet og helsetjenesten som har gjort at mange flere får sykepleie i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2016). Etter hvert ble hjemmetjenestene lovpålagt. I 1984 ble lov om helsetjenesten i kommunene (1982) innført, og den påla kommunene å ha hjemmesykepleie. I årene like før og etter at hjemmesykepleie ble lovfestet, begynte en kraftig oppbygging av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Fra 1970-tallet har det vært en politisk styrende ideologi i Norge om at hjemmet skal være den primære omsorgsarenaen, og hjelpen skulle ytes på det lavest effektive omsorgsnivå - det såkalte LEON prinsippet (Alvsvåg & Tanche-Nilssen, 1999).

Utviklingen av sykepleie og hjemmesykepleie henger sammen med den medisinske utviklingen og logikker om behandling (Glasdam et al., 2020). Etter mange år hvor institusjonell behandling var dominerende i omsorgen av eldre og syke, begynte en omfattende avinstitusjonalisering i Norge fra tidlig på 1980-tallet (Romøren, 1996). Avinstitusjonaliseringen innebar omfattende nedbygging av antall institusjonsplasser, og eldre, psykisk syke og utviklingshemmede skulle så langt som mulig bo i egen bolig og få helsehjelp hjemme. Disse reformene kan forstås som en politisk diskursiv endring, hvor ideologien var at alle så langt som mulig skal få hjelp der de bor. Denne utviklingen foregikk sammen med en desentralisering, hvor ansvaret for helsetjenester er blitt overført til et lavere forvaltningsnivå (Romøren, 1996). Omsorgsbehov som tidligere foregikk i store statlige institusjoner, blir nå dekket lokalt i kommunen.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), som ble innført i 2012, har forsterket denne utviklingen ytterligere. Denne helsereformen har ført til økning i antall pasienter og nye arbeidsoppgaver i de hjemmebaserte tjenestene. Samtidig ble det innført en ny lov, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011), som erstattet kommunehelsetjenesteloven fra 1984. Overføring av pasienter og arbeidsoppgaver har medført økt behov for kompetanse og ansatte i kommunene. Utdringer knyttet til rekruttering og kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten er et sentralt tema som blir løftet fram både i politiske strategier og forskningsrapporter (Dale et al., 2015; Gautun, 2021; Meld.St. 26 (2014-2015)).

2.1.2 En del av den offentlige velferdstjenesten

Hjemmesykepleiens utvikling henger tett sammen med framveksten av den norske velferdsstaten. Velferdsstat betyr at staten «aktivt regulerer og gjør inngrep i den enkeltes liv for å sikre alle innbyggerne velferd, utdanning og helse» (Alvsvåg, 1997, s. 270). Dette innebærer at det offentlige i hovedsak både finansierer, styrer og driver helse- og omsorgstjenestene. Denne modellen beskrives gjerne som den skandinaviske eller nordiske velferdsmodellen.

I de nordiske landene har hjemmebasert helse og omsorg vært en etablert offentlig tjeneste i flere tiår, i motsetning til for eksempel det sørlige Europa, hvor familieomsorgen fremdeles står sterkt, men som nå er i endring mot en profesjonalisert hjemmebasert omsorg (Genet et al., 2011). Norge har i likhet med de andre nordiske landene en unik tilnærming til hjemmesykepleie, hvor den er del av velferdstjenestene som tilbys befolkningen basert på behov (Brennan et al., 2012; Jacobsen & Mekki, 2012; Szebehely & Meagher, 2018). I alle de nordiske landene er det et uttalt politisk mål å oppmuntre og legge til rette for at folk kan bli boende hjemme så lenge som mulig, ofte presentert som en diskurs om at de fleste ønsker å få være hjemme (Turjamaa et al., 2014; Vabø, 2012). I boken *Den skjulte reformen* gjør Alvsvåg og Tanche-Nilssen (1999) et poeng av at det i de politiske utredningene finnes en motsetning mellom «ønsket om å bo hjemme» og «muligheten for å bo hjemme», samtidig som det koker ned til at økonomien blir avgjørende.

De norske helsepolitiske ideologiene og diskursene har endret seg de siste 40 årene, og velferdsstatens idealer og diskurser om likhet og sentrale offentlige løsninger er gradvis erstattet med diskurser om individuell frihet, mangfold og vekt på lokale og private løsninger (Sandvin, 1992). I likhet med mange vestlige land er organiseringen av helsetjenestene i økende grad påvirket av markedsorientering og konkurranse (Glasdam et al., 2015; Järvinen & Mik-Meyer, 2012; Vabø et al., 2013). Den nordiske velferdsordningen står under press og det er en politisk retorikk om at tjenestene er for økonomiske kostbare, byråkratiske og lite fleksible overfor pasientene og deres ønsker (Vabø, 2014). Slike diskurser kommer særlig til syne i politiske føringer, hvor det konstrueres en forståelse av hva som er problemene og løsningene i helsetjenestene.

Velferdstjenestene er basert på nyliberale (neoliberale) ideologier, som vektlegger å redusere offentlige utgifter, privatisere velferdstjenester og understreke den individuelle friheten og ansvaret til å uttrykke seg og ta valg (Järvinen & Mik-Meyer, 2012). Med denne forståelsen blir velferdstjenestene konstruert som tjenestetilbud som den enkelte kan velge å bruke eller ikke. Et samlebegrep for reformbølgen som har preget omstillingsarbeidet innen offentlig sektor er Ny Offentlig Styring (New Public Management), med brukervalg, økonomisk effektivitet, konkurranseutsetting, bruk av kontrakter, vektlegging av kvalitetsmålinger og mål- og resultatstyring som sentrale kjennetegn (Christensen & Lægroid, 2001). Denne tilnærmingen blir gjerne identifisert med den nyliberale politikken som har preget både konservative og sosialdemokratiske politiske regimer i mange land (Björnsdóttir, 2009). Et av målene med helsetjenestene, som er fremtredende i denne diskursen, er å 'gjøre mer for mindre' gjennom å øke effektiviteten, redusere kostnadene og forbedre kvaliteten på tjenestene. I hjemmesykepleie har bruk av byråkratiske styringsverktøy og Ny Offentlig Styring blant annet kommet til syne i bruk av vedtak på tjenestene, standardisering og kvalitetsmålinger i en tjeneste som tidligere i høy grad har vært basert på faglig skjønn (Björnsdóttir, 2014; Lausund, 2017). Lausund (2017) omtaler denne hjemmesykepleien som *kontraktfestet omsorg*, som peker på et spenningsfelt i å skulle utøve faglig omsorg innenfor standardiserte rammer.

2.1.3 Diskurser om sykepleie og omsorgsarbeid

Hjemmesykepleiens oppstart skjedde samtidig som sykepleie vokste fram som et profesjonelt yrke i Norge (Wærness, 2001). Sykepleie og omsorgsarbeid i hjemmet har tradisjonelt vært et kvinnedominert arbeidsfelt, og jeg vil derfor ta med kjønnsperspektivet i den historiske konteksten. Kvinnelig omsorgsarbeid blir gjerne omtalt og assosiert med nærhet, omtanke og relasjoner (Butler, 2015; Thorsen, 2004; Waerness, 1987). Dette arbeidet omfatter også å tilrettelegge og organisere omsorgen for den enkelte, noe som tradisjonelt har vært lite synlig og anerkjent (Butler, 2015; Waerness, 1987). En videreføring av dette, er når Allen (2014) beskriver hvordan sykepleiere bruker mye tid på å organisere og legge til rette for omsorg og behandling, og omtaler dette som sykepleiernes usynlige arbeid. Hjemmesykepleie foregår i krysningen mellom hjemmebasert hverdagsliv og profesjonelt

omsorgsarbeid, og dette kan bidra til at noe av sykepleiens arbeid fremstår som uklart (Björnsdóttir, 2009).

Det profesjonelle mandatet og identiteten til sykepleie har tradisjonelt vært knyttet til en verdi og diskurs om å yte helhetlig omsorg til den enkelte pasient og ivaretagelse av grunnleggende behov (Alvsvåg, 2015; Delmar, 2013). Samtidig viser det historiske tilbakeblikket flere og til dels motstridende diskurser om hjemmesykepleie som formidler ulike forståelser av sykepleie. I en nyere diskursanalytisk studie av språkbruk i sykepleiedokumentasjon, ble det identifisert to fremtredende diskurser om sykepleiernes praksis (Sabab et al., 2020). Det var en omsorgsdiskurs med utgangspunkt i den enkeltes grunnleggende behov, trivsel og evne til å mestre situasjonen sin. Og det var en problemfokuset diskurs med vekt på problemer og mål med standardiserte ord og uttrykk. Noe lignende kom fram i en annen diskursanalytisk studie, hvor Canam (2008) identifiserte en teknisk medisinsk og en omsorgsorientert diskurs i sykepleiernes praksis.

Diskurser og forståelser av sykepleie og omsorgsarbeid er påvirket av den historiske konteksten og tradisjoner, og er en bakgrunn for å utforske diskurser om dagens hjemmesykepleie. Jeg har derfor valgt å ta dette med som en del av det historiske tilbakeblikket.

2.2 Forskningsmessig kontekst

I dette kapittelet vil jeg plassere avhandlingen i en forskningsmessig kontekst og presentere aktuell forskning om hjemmesykepleie som sykepleiefaglig praksis. Jeg har gjort en tradisjonell litteraturgjennomgang for å få oversikt, identifisere kunnskapshull og posisjonere avhandlingen innen et forskningsfelt (Krumsvik & Røkenes, 2016, s. 51).

Det har ikke vært en enkel søkeprosess, da det på engelsk ikke er entydig hvilke begrep som blir brukt for å beskrive hjemmesykepleie (Thomé et al., 2003). Det blir brukt en rekke ulike begreper på det som omfatter hjemmebasert sykepleie, som blant andre: *home health care*, *homecare nursing*, *home care*, *district nursing* og *general practice*. I tillegg til de norske begrepene *hjemmesykepleie*, *hjemmetjeneste*, *kommunehelsetjeneste*, *sykepleiekompetanse* og flere, har jeg hatt et mangfold av søkeord i den systematiske letingen etter aktuell

forskning. Det ble gjort systematiske søk i anerkjente databaser som Cinahl, Swemed+ og Medline, og det ble gjort usystematiske søk i Google Scholar og Oria. Mange aktuelle studier ble funnet ved hjelp av «snøball-metoden» hvor jeg kontinuerlig brukte kilder til å oppdage nye kilder, og fant aktuell forskning fra referanselistene i publikasjonene fra de systematiske og usystematiske søkene.

I litteratursøket av hjemmesykepleie som profesjonell praksis, har jeg søkt etter studier om hva som er særegent ved hjemmesykepleie og sykepleiernes arbeidspraksis innenfor dette. I begynnelsen av arbeidet søkte jeg etter forskning knyttet til hjemmesykepleie og sykepleiekompetanse, både sammen og hver for seg. Etter hvert beveget prosjektet seg til å omhandle hjemmesykepleie som profesjonell praksis, og dette påvirket igjen de videre litteratursøkene og konstruksjonen av forskningsfeltet.

Jeg har funnet forskning innen flere tradisjoner, og disse fordeler seg ganske jevnt mellom ulike typer litteraturstudier, kvantitative studier med spørreskjema og kvalitative studier med intervju og observasjoner. Studiene er opptatt av å beskrive kategorier og essenser i hva som er det særlige i hjemmesykepleie. Utover dette fant jeg noen få studier med konstruktiv tilnærming i forskningen av hjemmesykepleie (Bendix Andersen et al., 2018; Öresland et al., 2008; Öresland et al., 2011). Jeg vil her presentere forskning omkring hjemmesykepleie som praksis, og gjennom dette konstruere forskningsfeltet som avhandlingen befinner seg innenfor.

2.2.1 En hjemmebasert kontekst

Sentralt i hjemmesykepleie er at arbeidet stort sett foregår i pasientenes private hjem, og dette er et tema som blir løftet fram i mange studier om hjemmesykepleie. Når det private hjemmet er arbeidskonteksten for den profesjonelle sykepleiepraksisen, så medfører dette faglige, etiske og også praktiske utfordringer (Eilertsen & Kiik, 2016; Martinsen et al., 2018; Turjamaa et al., 2014; Öresland et al., 2008). Flere av studiene belyser spenningen mellom det å være fagperson og gjest når hjemmesykepleierne kommer hjem til pasientene, og hvordan dette ofte kan medføre etiske dilemma.

Öresland har gjort flere diskursive studier hvor hun identifiserer ulike diskurser om arbeidet i hjemmesykepleie (Öresland et al., 2013; Öresland et al., 2008; Öresland et al., 2011). Et funn var hvordan hjemmesykepleierne konstruerte seg som henholdsvis gjest og profesjonell i arbeidet hjemme hos pasientene (Öresland et al., 2013; Öresland et al., 2008). Disse to konstruerte posisjonene peker på det motsetningsfulle med å komme som fagperson inn i et privat hjem. En annen konstruksjon og metafor på arbeidet i hjemmesykepleie, som Öresland et al. (2011) fant, var at det er som en «uendelig reise». Denne konstruksjonen peker på hvordan hjemmesykepleierne er i bevegelse mellom ulike hjem og situasjoner som de kontinuerlig må tilpasse seg etter, noe som krever etisk modenhet.

At hjemmesykepleie foregår i mange ulike hjem, innebærer også en rekke praktiske og logistiske utfordringer knyttet til å reise fra sted til sted og sørge for å ha tilgjengelig utstyr på plass (Holm & Angelsen, 2014; Skinner et al., 2009). Reisevei og forflytninger er en del av arbeidet i hjemmesykepleie, uavhengig av vær og veiforhold, men dette er et aspekt ved arbeidet som er lite belyst i forskning.

Med økende vekt på samhandling på tvers av helsetjenester, har det de senere årene vært flere studier som omhandler samarbeidet mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten (Hellesø & Fagermoen, 2010; Møller & Delmar, 2019; Tønnessen et al., 2016). Disse studiene viser blant annet at perspektivene til sykepleierne er forskjellige etter hvor de arbeider, og dette kommer også til syne gjennom ulike diskursive praksiser. Hjemmesykepleierne var mer opptatt av pasientens hjemmesituasjon, og snakket om hvordan denne best mulig kan legges til rette for at pasienten skal kunne klare seg hjemme. I spesialisthelsetjenesten er det medisinske og behandlende perspektivet rådende. Dette kommer fram i mer diagnoseorienterte diskurser og pasientens hverdagsliv er ofte mindre vektlagt.

2.2.2 Endringer og dagens situasjon

Jeg har vært opptatt av å finne studier som belyser hjemmesykepleie med et endringsperspektiv og dette viste seg å være et tema i mange studier. En aldrende befolkning, flere med kroniske sykdommer, økning i livsstilssykdommer og et økt press på å redusere de offentlige helseutgiftene, har gjort at stadig flere helsetjenester er blitt overført

fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale primærhelsetjenestene. Dette er en utvikling som har funnet sted i mange vestlige land på tvers av kontinenter (Ashley et al., 2016; Genet et al., 2011; Landers et al., 2016; Merrick et al., 2012; Murashima et al., 2002; Rostad et al., 2020; Tarricone & Tsouros, 2008). Dette medfører at flere alvorlig syke pasienter med omfattende helsebehov, nå bor hjemme.

Som et resultat av at flere alvorlig syke nå får helsetjenester hjemme, erfarer hjemmesykepleiere at de har fått større ansvar og flere oppgaver og at det er mer vekt på hjemmebasert oppfølging (Møller & Delmar, 2019). Hjemmesykepleie er et bredt arbeidsfelt med økende krav til ekspertise på mange områder (Andersson et al., 2017; Bing-Jonsson et al., 2016; McCarthy et al., 2012; McInnes et al., 2017). Multisyke pasienter med sammensatte behov og ustabil helsesituasjon er en gruppe som krever mye av sykepleiernes tid og kompetanse (Andersson et al., 2017; Næss et al., 2017; Sekse et al., 2018). Dette omfatter blant andre syke, eldre og alvorlig syke i en palliativ fase hjemme.

Forskning presenterer hjemmesykepleie som en praksis med mange forventninger og krav, og etiske utfordringer knyttet til tidsbegrensning blir av mange fremhevet som karakteristisk for arbeidet (Bendix Andersen et al., 2018; Pusa et al., 2015; Turjamaa et al., 2014). Dette kommer også fram som etiske dilemma knyttet til mangel på tid og nødvendigheten av å prioritere mellom ulike behov i hjemmesykepleien. Særlig kommer det fram etiske utfordringer i oppfølgingen av pasienter med nedsatt evne til å si fra eller ta beslutninger om egen situasjon (Gjellestad et al., 2020; Heggstad et al., 2020; Tønnessen et al., 2011; Öresland et al., 2011).

Videre viser studier at hjemmesykepleiere opplever motstridende forventninger og krav, noe som utfordrer deres forhold til pasientene (Strandås et al., 2018; Wollscheid et al., 2013; Wälivaara et al., 2013). Disse studiene viser hvordan hjemmesykepleierne opplever at kravene til effektivitet og knappe vedtak utfordrer den omsorgsfulle relasjonen med den enkelte pasient. Dette kan her forstås som diskursive spenninger ved at byråkratiske effektivitetsdiskurser står i motsetning til diskurser om omsorg. Forskningen viser hvordan hjemmesykepleierne balanserer i dette spenningsfeltet ved å være fleksible, strekke seg langt og «game systemet» for å finne løsninger og ivareta omsorgen for pasientene (Strandås et al., 2019; Wollscheid et al., 2013).

Et annet utviklingstrekk er at hjemmetjenestene ser ut til å bli mer spesialiserte og differensierte (Rostad et al., 2020; Sogstad et al., 2020). Mens det før var en generalisttjeneste der alle gjorde alt, er det nå i større grad arbeidsdeling mellom ansatte i spesialfunksjoner og spesialteam. Eksempler på det er spesialteam og koordinatorene i forbindelse med palliativ omsorg, demensomsorg, kreftomsorg, psykisk helsearbeid, diabeteshjelp og hverdagsrehabilitering.

2.2.3 Hjemmesykepleie som kompetanse og profesjonell praksis

Studier om hva slags kompetanse som er aktuell, nødvendig eller kritisk forteller implisitt noe om hvordan praksisen blir forstått til å være, og formidler dermed en normativ forståelse av hjemmesykepleiernes arbeidsområde og mandat. Sykepleiekompetanse er slik en konstruksjon som dannes og utvikles i en gitt sosial sammenheng og gjenspeiler en forståelse av hva sykepleiere skal kunne og gjøre (Knorr-Cetina, 2006). Konstruksjoner om arbeidspraksis og kompetanse er nært sammenvevd. Kompetanse i hjemmesykepleie var i denne studien en inngang til å utforske hjemmesykepleie som profesjonell praksis, og jeg har derfor valgt å inkludere dette i forskningskonstruksjonen.

De siste 20 årene har flere studier utforsket kompetanse innen hjemmesykepleie og flere har vært opptatt av å kartlegge hva slags kompetanse det er nødvendig at sykepleierne har for å jobbe i hjemmesykepleie (Andersson et al., 2017; Halcomb et al., 2016; Irvine, 2005). Mange studier peker på at hjemmesykepleie er et utfordrende arbeidsfelt med omfattende krav til sykepleiernes kompetanse (Andersson et al., 2017; Flöjt et al., 2014; Melby et al., 2018; Purkis et al., 2008; Öresland et al., 2011). Flere studier er opptatt av at det er for lite kompetanse i dagens hjemmesykepleie og har dokumentert at det er utilstrekkelig kompetanse på områder som eldreomsorg, palliativ omsorg og psykisk helsearbeid (Bing-Jonsson et al., 2016; Finnbakk et al., 2012; Furåker, 2012; Norheim & Thoresen, 2015).

For å få et bilde av hjemmesykepleie som profesjonell praksis, er det relevant å se på hvilken kompetanse som blir presentert som viktig innen dette praksisfeltet. Halcomb et al. (2016) har gjort en internasjonal oversiktsstudie for å identifisere og syntetisere hva som blir presentert som aktuelle og nødvendige kompetanseområder for sykepleiere i hjemmesykepleie. Følgende kompetanseområder ble presentert som sentrale; samarbeid,

kommunikasjon, klinisk praksis og faglig utvikling og verdier. Klinisk praksis inkluderte her både grunnleggende sykepleie til mange ulike pasientgrupper og det å lede og koordinere pleien. Dette formidler en forståelse av sentrale arbeidsområder i hjemmesykepleie.

Tilsvarende kom Finnbakk et al. (2015) fram til følgende områder som sentrale for hjemmesykepleieres kompetanse: direkte klinisk praksis, profesjonell utvikling, etisk beslutningstaking, klinisk ledelse, samarbeid og konsultasjon, og kritisk tenking. En annen oversiktsstudie fant at kompetanse i hjemmesykepleie blir presentert som omfattende og at viktige elementer er klinisk erfaring, samarbeidsferdigheter, kontinuerlig kliniske vurderinger og en solid kunnskapsbase for å kunne møte avanserte medisinske behov (Vaartio-Rajalin & Fagerström, 2019). Noe lignende kom fram i en studie om kritisk sykepleiekompetanse i pleie av akutt syke eldre i kommunehelsetjenesten (Vatnøy et al., 2019), og vektlegger kompetanse til å vurdere og fange opp endringer, utføre sykepleietiltak, koordinere og lede pleiarbeidet.

Med diskursive briller kan det se ut til at disse studiene konstruerer kompetanse knyttet til medisinske vurderinger som viktige, men også til dels som manglende. Flere studier presenterte funn knyttet til at pasientene er sykere og får mer avansert medisinsk behandling hjemme og at det er nødvendig med mer kompetanse til å vurdere og ivareta dette i hjemmesykepleie. Videre blir kompetanse i grunnleggende sykepleie med diskursiv vektlegging av omsorg, dialog og nærhet vektlagt, samtidig som dette utfordres av en medisinsk-rasjonell diskurs om å observere, vurdere og iverksette behandling. Studiene om kompetanse plasserer hjemmesykepleieren i en sentral posisjon med å samarbeide, lede og koordinere oppfølgingen av hjemmeboende pasienter.

Flere studier både nasjonalt og internasjonalt, vektlegger sykepleiernes betydning i dagens helsevesen, både når det gjelder direkte omsorg for individuelle pasienter og i koordinering av omsorgsarbeid (Allen, 2018a; Ashley et al., 2016; De Vlieghe et al., 2015; Landers et al., 2016; Melby et al., 2018; Sekse et al., 2018). Videre beskriver studier at hjemmesykepleiere i de fleste vestlige land tilbyr et vidt spekter av pleie fra grunnleggende til avansert nivå, og at de er godt posisjonert for å bidra til direkte pasientomsorg og koordinering og ledelse av hjemmesykepleietjenestene (Barrett et al., 2007; De Vlieghe et al., 2014; Smolowitz et al., 2015).

Sykepleiernes arbeid er også formet av relasjonene til andre helsefaggrupper og tjenester, og flere studier peker på uklarheter i forståelsen av hverandres arbeid og ansvar (Kusi-Appiah et al., 2018; Larsen et al., 2017; McInnes et al., 2017). I hjemmesykepleie er det gråsoner når det gjelder fordelingen av arbeidsoppgaver (Johansen & Fagerström, 2010; Purkis et al., 2008). Studier viser videre hvordan hjemmesykepleierne strever med å avgrense arbeidet sitt som omfatter et bredt spekter av oppgaver og ansvar (Furåker, 2008; Melby et al., 2018; Purkis et al., 2008; Öresland et al., 2011). Flere nyere studier argumenterer for hjemmesykepleieres avgjørende bidrag i både omsorg for den enkelte pasient og i koordinering av omsorgsarbeid (Allen et al., 2019; Melby et al., 2018; Sekse et al., 2018), samt i å sikre helhetlige pasientoverføringer (Melby et al., 2018; Møller & Delmar, 2019). Diskursivt formidler disse studiene en konstruksjon av hjemmesykepleie som en omfattende og til dels noe uavklart praksis.

2.3 Oppsummering og relevans for avhandlingen

Det historiske tilbakeblikket viser hvordan hjemmesykepleie står i en tradisjon, samtidig som det har vært mange endringer. Med et lengre blikk har hjemmesykepleie endret posisjon fra å være et supplement til sykehus til å ha en sentral plass i helsetjenestetilbudet til befolkningen. Hjemmesykepleie inngår i et større bilde av offentlige velferdstjenester som påvirkes av politiske føringer og diskurser. Konstruksjon av forskningsfeltet viser et felt preget av både endring og kontinuitet.

Forskningsgjennomgangen viser at hjemmesykepleie er en praksis i endring, med stadig flere oppgaver og krav. Videre blir hjemmesykepleie presentert som en omfattende og noe uklar praksis, med diskursive spenninger knyttet til etiske dilemma og motstridende verdier i det daglige arbeidet. Flere studier peker på hvordan hjemmesykepleie er endret ut fra demografiske, helsemessige og politiske forandringer, samtidig som det blir påpekt at den konkrete praksisen til dagens hjemmesykepleie er for lite forsket på (Björnsdóttir, 2017; Melby et al., 2018). Disse funnene viser betydningen av kritisk utforskende forskning på retningen av pågående endringer og konsekvensene av disse. Det er behov for mer forskning omkring hjemmesykepleie, samtidig som forskningsgjennomgangen viste at omfanget av forskning på dette feltet har økt de siste ti årene. Særlig fant jeg en god del nordiske studier,

noe som kan tyde på en økende forskningsinteresse og satsning på hjemmebaserte helsetjenester i disse landene. Litteratursøket viste videre at det er en del forskning om hva som er relevant og nødvendig sykepleiekompetanse i hjemmesykepleie, og dette ble også en medvirkende årsak til at prosjektet beveget seg mot å utforske praksis. Likevel har jeg inkluderte forsknings om kompetanse i forskningskonstruksjonen ut fra at dette også viser hvordan praksis blir forstått til å være.

3 Teoretiske begreper og perspektiver

I dette kapitlet presenterer jeg teoretiske begreper og perspektiver for avhandlingen. Jeg begynner med å presentere studiens diskursanalytiske perspektiv, som er grunnlaget for de videre valgene i studien. Deretter skriver jeg om profesjonell praksis innenfor en sosialkonstruktivistisk ramme.

3.1 Diskursanalytisk perspektiv

Avhandlingen anvender kritisk diskursanalyse inspirert av Norman Fairclough sin beskrivelse av dette som teori og metode (Fairclough, 2003, 2013). Fairclough er en kritisk språkforsker med interesse for språk som sosial praksis (Skrede, 2017). Fairclough inkluderer både språk og sosiale kontekstuelle forhold i en dialektisk-relasjonsanalysemodell (2003). I tråd med en sosialkonstruktivistisk forståelse understreker et diskursanalytisk perspektiv at mennesker konstruerer en forståelse av verden gjennom språk og sosial samhandling.

Jeg vil i dette kapitlet ha mest vekt på kritisk diskursanalyse som teoretisk perspektiv og hva dette innebærer, selv om dette er nært knyttet sammen med det metodiske.

3.1.1 En kritisk diskursiv tilnærming

En diskursiv tilnærming innebærer å se på språkbruk i en spesifikk sosial kontekst, og søker etter latente og eksplisitte konstruksjoner av fenomenet eller problemet som studeres (Fairclough, 2003; Fealy et al., 2018). I diskursanalyse er konteksten viktig fordi diskurser skapes og vedlikeholdes av individer og grupper innenfor konkrete samfunn, institusjoner og organisasjoner. De rådende diskursene må slik forstås i en sosial sammenheng, og ved at diskurser er med å bidra til både kontinuitet og endring. Dette skjer gjennom at ideer, ideologier og praksis formidles og utvikles, eventuelt bestrides og forhandles (Chouliaraki & Fairclough, 1999; Mausestagen, 2017). Diskurser er slik med på å produsere eller opprettholde «sannheter» om verden gjennom måten de snakkes og skrives om. En diskursiv tilnærming er med og peker på endringer og hvilke «nye» og «gamle» forståelser som blir vedlikeholdt (Jørgensen & Phillips, 1999).

En grunnantakelse i kritisk diskursanalyse er at språkbruk ikke formidler en nøytral virkelighetsbeskrivelse, men at det alltid bærer med seg et bestemt perspektiv (Grue, 2011, s. 112). Diskurser er med å definere eller begrense hva som kan betraktes som meningsfullt og mulig å si i en gitt sammenheng, og Björnsdóttir (2009) omtaler dette som horisonten for forståelighet og muligheter. Denne tilnærmingen følger en forståelse av at diskurser er både konstruert og konstruerende. Måten vi snakker på er formet av praksis, samtidig som vi gjennom språket former og endrer praksis (Fairclough, 1992, 2013). Denne forståelsen understreker sammenvevingen av språk og praksis, på samme tid som språk i et praksisteoretisk perspektiv er forstått som inkludert i praksisen. Diskursene om hjemmesykepleieres arbeid formidler dermed et bilde av hvordan sykepleie blir forstått og anerkjent i en gitt kontekst, samtidig som diskursene også former sykepleiernes praksis.

Diskurser kan være på flere nivåer, og Gee (2014, s. 17-25) omtaler dette som små d-diskurser og store D-diskurser. Gee (2014) beskriver store Diskurser som en kobling mellom tekst og diskursive praksiser til en bredere sosial praksis og dominerende forståelser. En annen måte å forklare dette på kan være at store Diskurser er måter å snakke på som representerer større forståelser, som for eksempel det å være sykepleier. Små diskurser knytter Gee (2014) til den lokale diskursive praksisen, som viser til den konteksten som teksten er produsert i og kjennetegnet ved denne. Dette kan for eksempel være konteksten og samhandlingen i fokusgruppeintervjuene med hjemmesykepleierne. Forbindelsen mellom de store og de små diskursene ligger i at de store diskursene oppstår og vedlikeholdes gjennom enkelte tekster og ytringer i en kontekst, samtidig som de små diskursene vil være påvirket av store dominerende diskurser som er med på å påvirke hvordan virkeligheten blir forstått og hva som er mulige og akseptable diskurser. Denne forståelsen av hvordan ulike nivåer av diskurser gjensidig påvirker og gjenspeiler hverandre, passer med Faircloughs (2013) beskrivelser av ulike diskursive nivåer.

3.1.2 Makt, hegemoni og ideologier

Fairclough (2013) er opptatt av analyse av tekster som en måte å forstå forholdet mellom diskurser og sosiale prosesser og strukturer, og understreker at dette er et normativt prosjekt. Det kritiske aspektet ved diskursanalysen i denne tradisjonen innebærer en kritikk av eksisterende problemer eller uheldige forhold i praksis (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Videre bærer dette perspektivet med seg en agenda om å være kritisk og engasjert til sosiale forandringer, gjennom å kombinere tekstanalyse med samfunnsanalyse (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 72-104). I diskursanalyse om hjemmesykepleie, vil det kunne være å avdekke og diskutere fremtredende diskurser og hva disse forteller om endringer og prioriteringer. I hjemmesykepleie kan dette for eksempel være at noen pasientgrupper eller arbeidsområder ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Dette er et normativt prosjekt. Å studere profesjonelle og politiske diskurser kan avdekke ideologi, hegemoni og maktforhold som bidrar til samfunnsmessig urettferdighet og at noen grupper blir mindre prioritert (Fairclough, 1992, 2003).

Ideologi, hegemoni og makt er sentrale begreper innen kritisk diskursanalyse slik Fairclough beskriver det (2003, 2013). Fairclough omtaler ideologi som representasjoner av aspekter av verden som bidrar til å etablere og opprettholde maktforhold, dominans og utnyttelse (Fairclough, 2008, s. 218). En annen måte å forklare dette på, er at ideologier er en forestilling om bærende idéer innenfor en sosial kontekst eller institusjon. Fairclough (2008, s. 47) beskriver ideologier som innleiret i diskursive praksiser og at de er mest effektive når de blir kollektivt oppfattet som naturligjort og sunn fornuft. I en gitt sammenheng vil det gjerne være mer plass for noen måter å snakke på enn andre, og slike dominerende diskurser kan peke på et hegemoni av hva som blir sett på som den "rette" forståelsen av virkeligheten (Fairclough, 2003, 2013).

Når Fairclough forklarer kampen for ideologier, viser han til Gramscis (1971) begrep *hegemoni*. Hegemoni er, ifølge Gramsci, en sosial konstruksjon som er oppnådd gjennom artikulering uten å bruke vold eller tvang. Fairclough er opptatt av historie og endringer, basert på språk og med Gramscis maktteori som rammeverk (Frederiksen & Beedholm, 2018). Profesjoner gjør hevd på kunnskaper («claim of knowledge»), og innebygd i dette ligger en forståelse av hva profesjonen er og skal være. Foucault kaller dette "disciplinary regimes" og argumenterer for nødvendigheten av å være klar over makten som ligger i profesjonenes kunnskapshevd (Foucault, 1978; Gergen, 2015). Diskurser etablerer institusjonelle mekanismer for ekskludering og kontroll som regulerer hva som er mulig å si og gjøre. Hjemmesykepleie vil dermed være formet av maktforhold og rådende institusjonelle logikker om hva som er lov å mene og gjøre. En praksis med motstridende

diskurser kan beskrives som hegemonisk kamp for å etablere nye rådende ideologier og praksiser (Fairclough, 1992). Å utforske og fortolke diskurser om hjemmebasert sykepleie kan dermed bidra til å vise maktforhold gjennom fremtredende måter å snakke om og forstå en profesjonell praksis. En diskursiv tilnærming kan bidra med å vise gjeldende måter å snakke om og forstå hjemmesykepleie på, slik det gjør seg gjeldene i politiske styringsdokumenter og i fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere.

3.1.3 Intertekstualitet og interdiskursivitet

Begrepene intertekstualitet og interdiskursivitet er sentrale i Faircloughs teori (2013), og kan utdype den diskursive analysen ved å se teksten som studeres i sammenheng med andre tekster og med bredere makronivådiskurser og sosial praksis. Dette kan hjelpe til å se diskurser i en større sammenheng og synliggjøre mønstre og endringer. Begge begrepene understreker den grunnleggende ideen om at diskursiv praksis både bygger på tidligere mønstre og stiller spørsmål ved dem (Isaksson, 2011; Skrede, 2017). Intertekstualitet er studiet av forholdet mellom en tekst og andre tekster. Dette kan være manifest som referanser i en tekst, eller det kan være latent ved at det implisitt blir relatert til andre tekster (Fairclough, 2013).

Interdiskursivitet setter ideen om historie inn i teksten og viser hvordan en tekst reagerer på og omarbeider tidligere diskurser og bredere endringsprosesser (Fairclough, 1992).

Intertekstualitet og interdiskursivitet er noe overlappende, og det er ikke alltid lett å skille mellom hva som er en annen tekst og hva som utgjør en annen diskurs. I en artikkel omtaler Koskela (2013) forholdet mellom disse to begrepene som "samme, samme, men forskjellige", en illustrerende beskrivelse av hvordan disse to begrepene er sammenflettet. Jeg forstår dette som at de to begrepene overlapper, ved blant annet at tekster ofte også uttrykker diskurser, og motsatt ved at diskursene også kan være resultater av styrende tekster. Samtidig som en tekst ikke alltid er en diskurs, og diskurser kan komme til uttrykk gjennom andre medier enn bare tekster.

Intertekstualitet kommer tydeligst til syne i de politiske dokumentene, som eksplisitt viser til og bygger på tidligere politiske tekster. Det interdiskursive har vært inkludert gjennom å se etter hvordan de diskursive praksisene i de analyserte tekstene kan bære i seg større

diskurser. I kapittel 4.4.3 beskriver jeg hvordan intertekstualitet og interdiskursivitet ble anvendt analytisk.

3.1.4 Posisjoneringsteori

Posisjoneringsteori viste seg å bli et sentralt teoretisk og analytisk perspektiv i studien, og ble brukt i analyse av både tekstene fra fokusgruppeintervjuene og de politiske dokumentene. Denne tilnærmingen bidrar med et dynamisk perspektiv til hvordan individer og grupper kontinuerlig posisjonerer seg og blir posisjonert i samhandling med andre (Harré & Langenhove, 1991; Harré & Moghaddam, 2003; Harré, Moghaddam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009). Posisjoneringsprosessen er kontekstuell og dynamisk, og består av talehandlinger («speech acts»), historier («storylines») og posisjoner som er flettet sammen og påvirker hverandre gjensidig (Harré & Moghaddam, 2003; Kayı-Aydar, 2018).

Talehandlinger er ordbruken i tekstene, og historier er måtene et tema blir snakket om. I denne studien ser jeg posisjoneringsperspektivet som sammenfallende med en diskursiv tilnærming, ved at språkbruken i tekstene er med på å vise hvilke posisjoner som er tilgjengelige og blir inntatt.

De involverte deltakerne posisjonerer seg kontinuerlig gjennom språkbruk som forteller om posisjonene de inntar. Posisjonen som en person eller gruppe antar eller blir gitt, er gjerne knyttet til og legitimert med visse rettigheter og plikter (Harré et al., 2009). Posisjonen som hjemmesykepleierne antar belyser hvordan de forstår og bruker det tilgjengelige repertoaret av forventninger, oppgaver og verdier knyttet til deres praksis. Dermed er posisjonering nært knyttet til individ- eller gruppeidentitet og selvforståelse (Harré & Moghaddam, 2003).

Posisjonering kan videre knyttes til diskursivt grensearbeid ved at posisjoneringen inkluderer en forståelse og markering av hva som er innenfor de antatte posisjonene. Profesjonelle kan med et slikt perspektiv bli sett på som kollektive aktører som manøvrerer og posisjonerer seg innenfor en spesifikk sammenheng, og denne manøvreringsprosessen kan forstås som et slags grensearbeid (Abbott, 1995; Freidson, 2001). Ifølge Abbott (1995) har en profesjon en relativt stabil kjerne, mens grensene for hva som er innenfor de profesjonelle arbeidsgrensene er mer flytende. Innenfor denne forståelsesrammen posisjonerer

sykepleierne seg diskursivt ved hvordan de snakker om eget arbeid og hvordan dette adskiller seg fra andre kontekster og yrkesgrupper.

3.2 Hjemmesykepleie som profesjonell praksis

Avhandlingen utforsker hjemmesykepleie som en profesjonell praksis, med vekt på det kontekstuelle og profesjonelle. Dette er en sykepleiefaglig praksis som foregår innenfor en velferdstjeneste, og jeg vil her utdype teoretiske perspektiver knyttet til dette. Profesjonell praksis er et konstruert begrep som er forstått og utviklet i en bestemt sammenheng (Cruess & Cruess, 2016). Jeg vil med et diskursivt perspektiv presentere ulike teoretiske forståelser som vil være med å belyse profesjonell praksis.

3.2.1 Et praksisteoretisk perspektiv

Jeg har valgt å ta inn et praksisteoretisk perspektiv for å belyse relevante tema og sammenhenger om hva praksis kan omfatte. Praksisteorier er en tilnærming som i økende grad blir anvendt innen sosiale empiriske studier, og tar sikte på å bidra med et analytisk perspektiv for å forstå de komplekse prosessene i det sosiale livet som praksis utgjør (Halkier & Jensen, 2008).

Theodore Schatzki (2001, 2012) og Stephen Kemmis (2010; Kemmis et al., 2014) er sentrale og anerkjente innenfor en praksisteoretisk tilnærming, og de bygger blant andre på teoriene til Bourdieu, Foucault, Giddens og Habermas. Praksis består av språk, handling, strukturer og relasjoner («saying, doings, set-ups and relatings»), slik Schatzki (2012) uttrykker det. Schatzki (2012) understreker videre det lokale og kontekstuelle ved praksis og at praksis er noe konkret som skjer der og da (s.14). Dette understreker at praksis er dynamisk og foregår på en bestemt tid og sted. Hjemmebasert sykepleie kan ut fra dette perspektivet forstås som en profesjonell praksis som konstrueres og foregår innenfor dagens norske velferdssystem og organisasjon.

Praksis er et sosialt fenomen som er historisk og kulturelt dannet, og det formes og orienteres av ideer og intensjoner (Kemmis, 2009). Praksis er sosialt ved at det alltid involverer flere personer, samtidig som den er sosial ved å være en del av en felles historie,

setting og normativ forståelse (Nicolini, 2011; Nicolini, 2016; Schatzki, 2012). Profesjonell praksis er mer enn bare faglig ekspertise, ifølge Kemmis (2009), og han kritiserer blant andre Eraut (1994) for å beskrive praksis utelukkende basert på kompetansen til den enkelte utøver. I denne avhandlingen blir det kollektive perspektivet ved praksis utforsket gjennom å se på mønstre i hjemmesykepleiernes språkbruk og likeledes i de politiske dokumentene. Med en sosialkonstruktivistisk forståelse, er de ulike diskursene kontekstuelle og formidler sammen en historisk og sosial forståelse av hjemmesykepleie som faglig praksis.

Individuell og kollektiv praksis blir formet av flere arrangementer som henger sammen i prosjekter som igjen er formet og blir reproduisert av praksistradisjoner og det kollektive minnet om hvordan praksis skal være. Dette kaller Kemmis et al. (2014) teorien om praksisarkitekturer, ved at denne viser arkitekturen av hvordan ulike elementer i praksismodellen henger sammen. Hjemmesykepleie som praksis er på denne måten formet av tradisjoner og felles forståelse av hvordan den skal være. Praksis er alltid meningsfull for praksisutøverne, noe Kemmis et al. (2014) omtaler som prosjektet i praksis. Denne tilnærmingen vektlegger det kollektive ved praksis og at den foregår i en kulturell og språklig sammenheng. I tråd med en diskurstilnærming er praksis kulturelt og diskursivt dannet innenfor bestemte tradisjoner i samfunnet og i grupper.

Figur 1 Modell over praksis etter Kemmis et al. (2014)



Kemmis (2010) viser til Foucault når han understreker betydningen av koblingen mellom makt og kunnskap og hvordan dette former diskursene i praksis. Modellen viser hvordan det konkrete arbeidet i praksis påvirkes gjensidig med den kulturelle-diskursive dimensjonen og den samfunnsmessige dimensjonen. Den kulturelle-diskursive dimensjonen er mediert gjennom språkbruk, og inngår i praksis. Modellen illustrerer hvordan språkbruk, arbeid og maktforhold i samfunnet overlapper og til sammen utgjør praksis, og jeg har derfor valgt å ta denne med. I avhandlingen er det praksis som språkbruk som utforskes, og som samtidig belyser hvordan den konkrete arbeidspraksisen blir forstått faglig og politisk.

Praksis omfatter handlinger sammenvevd med kunnskaper som kommer til syne i en bestemt kontekst, samt måter å ordne det sosiale på (Gherardi, 2009; 2016, s. 693). En kritisk praksisteori stiller spørsmål om hva de sosiale konsekvensene av en måte å praktisere på, kan være. Ifølge Gherardi (2009) ligger den kritiske kraften til et praksisteoretisk perspektiv i det metodiske ved at det blir stilt spørsmål til hvordan praksisen skaper og blir skapt i en bestemt kontekst, og ikke minst hvilke konsekvenser dette har.

3.2.2 Profesjon og kompetanse

For å utforske profesjonell praksis som begrep, har jeg valgt å inkludere teori om profesjon og kompetanse. Innenfor et profesjonsteoretisk perspektiv blir profesjon og profesjonsarbeid gjerne knyttet til et sosialt mandat og at arbeidet er basert på en spesialisert utdanning og ekspertise (Molander, 2016). En definisjon som ofte blir anvendt, er at profesjoner utfører offentlige tjenester basert på teoretisk kunnskap tilegnet gjennom en spesialisert utdanning (Molander & Terum, 2008, s. 13). Profesjoner er yrkesgrupper som bruker spesialkunnskap til bestemte tilfeller og representerer en bestemt form for yrkesspesialisering i praksis (Freidson, 2001, s. 22 ff). En videreføring er at en profesjon er et yrke som bygger på vitenskapelig kunnskap som anvendes på enkeltstående tilfeller (Abbott, 1988; Freidson, 2001). Sykepleiere anvender sin faglige kunnskap i møte med den enkelte pasient og vurdering av hva som er aktuelle tiltak i hvert enkelt tilfelle.

Kompetanse blir ofte brukt om fagpersoner med henvisning til deres kunnskap, oppgaver og forpliktelser.

Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål. (Lai, 2013, s. 46)

Sykepleiekompetanse er dermed kontekstuell og inkluderer en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og personlige attributter og holdninger (Benner et al., 2009; Bing-Jonsson et al., 2015; Cowan et al., 2005; Eraut, 1998). Hjemmesykepleie er en del av en stadig skiftende kontekst, og forventningene og kravene til sykepleien endrer seg. Med et sosialt konstruktivistisk perspektiv, beskriver Knorr-Cetina (2006) profesjonell kompetanse som relasjonell og stadig skiftende, dannet og transformert i henhold til skiftende dynamikker i sosiale institusjoner og samfunnets endring.

Med denne forståelsen er hjemmesykepleie en profesjonell praksis basert på faglig kompetanse og et sosialt mandat. Hvordan dette blir forstått og utført, er kontekstuell og vil hele tiden være gjenstand for forhandlinger og fortolkninger ut fra ulike perspektiver og ståsteder. Dette illustrerer den tette koblingen mellom konstruksjoner av en profesjonell praksis og kompetanse. I avhandlingen er det ikke kompetanse som primært blir utforsket, samtidig som diskurser om kompetanse er en tilgang til å belyse hjemmesykepleie som praksis.

3.2.3 Sammensatt praksis med flere logikker

Hjemmesykepleie er en del av velferdstjenestene og dette er et omfattende og ofte uoversiktlig landskap med mange sammensatte problemer som skal håndteres. «Gjenstridige problemer» (engelsk: «wicked problems») er et begrep som blir brukt for å beskrive komplekse, uforutsigbare, åpne eller uløselige problemer (Head & Alford, 2015). Dette er en treffende beskrivelse av landskapet som hjemmesykepleierne utøver sin praksis innenfor. Ifølge Head og Alford (2015, s. 718) kjennetegnes gjenstridige problemer også av at de involverte aktørene har ulike forståelser av problemene, årsakene og hva som er aktuelle løsninger. Hjemmesykepleie kan forstås som et praksisfelt av gjenstridige problemer, og at dette er et felt som krever forskjellige typer forståelser og perspektiver (Ceci, 2008). I tillegg peker dette på at det ikke alltid er mulig å løse helserelaterte problemer. De må håndteres fra dag til dag av de som lever med helseproblemet og fagpersonene og tjenestene som er involvert.

For å belyse dette spenningsfeltet ble institusjonell logikk tatt med som teoretisk perspektiv. Dette perspektivet har sitt opphav i sosiologi og organisasjonsteori, og bidrar med en analytisk forståelse av hvordan sosialt konstruerte logikker innen en institusjon styrer praksis (Thornton et al., 2012, s. 5-7). Ifølge Thornton et al. (2012) kan institusjoner være på ulike nivåer, og eksempler på institusjoner kan være en familie, et marked, en profesjon eller en organisasjon. Thornton og Ocasio (1999, s. 804) definerer institusjonell logikk som «sosialt konstruerte, historiske mønstre av kulturelle symboler og praksiser, inkludert antagelser, verdier og tro, som gir mening og struktur til aktiviteter, tid og rom» (egen oversettelse fra engelsk). Videre skriver Thornton et al. (2012, s. 2) at institusjonelle logikker på denne måten kan ses på som en referanseramme for enkeltpersoners eller gruppers meningsskaping og handlingsrepertoar. Med en diskursiv tilnærming, vil logikkene være med og sette rammen for hva som er lov eller meningsfullt å si.

Profesjoner er ofte utsatt for flere og til dels motstridende logikker ettersom de arbeider innenfor komplekse institusjoner med flere reguleringsregimer og kulturer (Kraatz & Block, 2017). Dette kan resultere i konflikter der de involverte aktørene og profesjonene kontinuerlig søker å finne en balanse eller forandring (Dunn & Jones, 2010). Flere beskriver hvordan profesjonsutøvelse innen velferdstjenester blir formet av ulike profesjonelle, byråkratiske og markedsorienterte logikker (Evetts, 2009, 2013; Mik-Meyer, 2017; Molander, 2016). Harrits (2016) har utforsket hvordan velferdsprofesjonelle og deres vurderinger blir påvirket av samhandlingen med dem de yter tjenester til og argumenterer for behovet for en personlig, relasjonell og følelsesbasert logikk i velferdsarbeid.

Markedsorientert logikk blir gjerne presentert som en motsetning til den relasjonelle profesjonsorienterte logikken. Nyliberalisme representerer et eksempel på en markedsorientert tilnærming, og er en samlebetegnelse på økonomiske og politiske ideologier og teorier, som har det til felles at de mener samfunnet i stor grad bør være organisert i henhold til markedsøkonomiske prinsipper (Mik-Meyer, 2017). Helsetjenestene i Norge, som i mange europeiske land, har de siste 40-årene i økende grad blitt utformet og styrt av et slikt nyliberalt tankesett med vekt på markedsorientering, privatisering og kompetente forbrukere (Dahl, 2019; Szebehely & Meagher, 2018).

Hjemmesykepleie har som prosjekt å sørge for helsetjenester til befolkningen, og praksis vil i en slik institusjon være preget og styrt av flere logikker.

3.2.4 Politikk og praksis

I praksismodellen til Kemmis et al. (2014) er politikk inkludert i praksis som et uttrykk for den samfunnsmessige forståelsen og styringen av et gitt praksisfelt. Ifølge Kemmis et al. (2014) henger politikk sammen med og er uttrykk for solidaritet og makt.

Politikk bærer i seg diskurser og reflekterer antagelser som indikerer underliggende ideologier om hva som er ønskelig, nødvendig, avgjørende og mulig innen et gitt felt (Fairclough & Fairclough, 2012; Fairclough, 1992). Isabela og Norman Fairclough (2012) vektlegger videre en forståelse av politikk hvor overveielse, beslutning og handling er sentrale begreper. Politikk handler om å samarbeide om å komme fram til beslutninger om hva som skal gjøres i en kontekst med uenigheter, interesse- og verdikonflikter, maktulikheter, usikkerhet og risiko. I dette landskapet vil noen stemmer ha mer vekt og noen diskurser blir dermed mer rådende. Ifølge Bacchi (2009), er det en underliggende antagelse om at politikk er noe godt som er rettet mot å løse problemer, og dette er igjen basert på antakelsen om at det eksisterer et problem som må løses. Med denne forståelsen kan utforskning av problembeskrivelser være en måte å få innsikt i hvordan et felt eller fenomen blir forstått (Baachi, 2009; Dean, 2010).

Et annet perspektiv på koblingen mellom politikk og praksis, er at politikk blir spilt ut og får konsekvenser i praksis. Profesjonsutøvere utøver og fortolker politikken på gateplan gjennom sitt faglige skjønn og det gitte handlingsrommet de utøver praksisen innenfor (Molander, 2016). Når sykepleiere i hjemmesykepleie utøver arbeidet, kan vi si at de som profesjonsutøvere utøver politikk (Mausethagen, 2017, s. 204). Sykepleierne i hjemmesykepleie tolker, gjennomfører og formidler de politiske føringene i møte med pasientene, i det Lipsky (2010) kaller «bakkebyråkrati» (engelsk: «street level bureaucracy»). Eller sagt med andre ord; pasientene møter politikken i møte med sykepleien i praksis.

3.3 Oppsummering

Avhandlingen utforsker en profesjonell praksis og bygger på teoretiske perspektiver om praksis og profesjon. Dette innebærer en vid forståelse av praksis som vektlegger det kollektive og at den foregår i en politisk og samfunnsmessig sammenheng hvor det språklige også er en faktor. Videre blir hjemmesykepleie som en profesjonell praksis presentert som et sammensatt praksisfelt med ulike og til dels motstridende logikker og diskurser. Det er valgt teoretiske tilnærminger som belyser det mangefasetterte ved hjemmesykepleie og at det er flere mulige forståelser.

Utforskningen av hjemmesykepleie som en faglig praksis blir koblet sammen med en kritisk diskursiv tilnærming, som innebærer både en teoretisk og metodisk tilnærming. I dette kapitlet er kritisk diskursanalyse presentert som teoretisk perspektiv med aktuelle forståelser og teorier innenfor dette. Diskurs er forstått som språkbruk i en bestemt sammenheng som både er formet og er med på å forme forståelser om praksis. Diskursive praksiser er sosialt konstruerte og er med på å fortelle om maktforhold og hva som blir vektlagt. Sentrale teorier og begreper som er løftet fram, inkluderer makt, hegemonier, interdiskursivitet, intertekstualitet og posisjoneringsteori.

4 Metodologi og metoder

I dette kapitlet blir avhandlingens metodologiske valg og posisjonering presentert.

4.1 Sosial konstruktivistisk tilgang

Et forskningsprosjekt bygger på en vitenskapsfilosofisk forståelse som består av et sett med grunnleggende antagelser som styrer retningen for forskningen (Lincoln et al., 2011). Antagelsene omhandler hvordan vi ser på verden (ontologi) og kunnskap (epistemologi) (Creswell, 2014). Valg av forskningsfelt og metoder er nært knyttet til ontologisk og epistemologisk ståsted. Studiens diskursive tilnærming er basert på en sosialkonstruktivistisk tilgang, med et epistemologisk utgangspunkt om at kunnskap konstrueres gjennom sosial interaksjon og språk på et gitt sted og tid (Burr, 2015). Sosial konstruktivisme er en ontologisk og epistemologisk vitenskapsteoretisk posisjon som ser på virkeligheten som sosialt konstruert og at kunnskap er noe som konstrueres gjennom sosial interaksjon og dialog (Collin, 2003; Lincoln et al., 2011). Dette gjenspeiler en dynamisk forståelse av at kunnskap om et felt blir utviklet i en bestemt sammenheng gjennom samhandling (Alvesson & Sköldbberg, 2008; Burr, 2015). En sosialkonstruktivistisk tilnærming innebærer slik en forståelse av verden som konstruert av språklig praksis, som er situert og fortolkende (Collin, 2003; Gergen, 2015).

Berger og Luckmanns bok *The Social Construction of Reality* (1966) har vært et viktig bidrag til sosialkonstruktivisme som vitenskapelig retning. Denne tilnærmingen legger til grunn at vi gjennom samhandling skaper en felles forståelse av virkeligheten. Berger og Luckmann (1966) beskriver hvordan vi alle er sosialisert inn i en samfunnskontekst og kulturell kontekst. Et sosialkonstruktivistisk perspektiv vektlegger at den enkelte søker å forstå og tolke verden og sin plass i den, og dette åpner for flere mulige fortolkninger (Berger & Luckmann, 1966; Burr, 2015).

Avhandlingen utforsker profesjonelle og politiske diskurser om hjemmesykepleie som praksis, for å belyse hvordan hjemmesykepleie blir konstruert av de som arbeider der og på samfunnsnivå av politikere. Med en konstruktivistisk forståelse er ikke hjemmesykepleie et entydig fenomen, det er kontekstavhengig og sosialt konstruert. Dette innebærer at det til

enhver tid vil kunne være mange ulike konstruksjoner av praksisen. Konstruksjoner er sosiale og kontekstuelle og vil slik hele tiden vedlikeholdes og justeres ettersom de involverte aktørene samhandler. Politiske og profesjonelle diskurser vil dermed gjensidig påvirke hverandre.

4.2 Forskningsdesign

Ontologiske og epistemologiske betraktninger har sammen med avhandlingens tematikk, vært med å bestemme forskningsdesignet og valg av metoder. Studiens metodologiske tilnærming er kritisk diskursanalyse, inspirert av Fairclough (2013), og forskningsdesignet og metoder er valgt i samsvar med dette. Forskningsdesignet er kvalitativt utforskende med flere metoder. Med et sosialkonstruktivistisk utgangspunkt, ble dette valgt for å utforske hvordan hjemmesykepleie blir satt ord på. Kvalitativ forskning er fortolkende og søker typisk å utvikle kunnskap om menneskelige fenomener som fordrer dybde og kontekstuell forståelse (Thorne, 2016, s. 38). Hensikten i studien er å fortolke et sammensatt fenomen som hjemmesykepleie med en språklig vinkling, og gjennom dette søke å bidra med nyanserte og sammensatte forståelser.

4.3 Utvalg og datakonstruksjon

Hjemmesykepleie som profesjonell praksis blir i avhandlingen utforsket gjennom å konstruere data fra fokusgruppeintervju og politiske dokumenter. Tekstene som er blitt analysert er transkripsjoner av opptak fra fokusgruppeintervjuene og de skriftlige offentlige politiske dokumentene.

4.3.1 Fokusgruppeintervju

Første del av studien var fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere. Jeg vil først presentere utviklingen av data gjennom fokusgruppeintervju som metode, og dernest i neste kapittel beskrive hvordan dette ble gjort til tekst og vurderinger knyttet til dette.

Det ble gjort fokusgruppeintervju i seks forskjellige kommuner i Norge. Kommunene ble valgt ut strategisk for å legge til rette for geografisk og demografisk variasjon. Stedene inkluderte to bykommuner, to mellomstore og to mindre kommuner (urban, suburban og

rural). En annen variasjon var avstanden til sykehus, og de mindre kommunene var kjennetegnet av lang avstand til sykehus og mellom pasientene. Deltakerne i fokusgruppeintervjuene besto av 31 hjemmesykepleiere; 29 kvinner og 2 menn. Det var fem eller seks deltakere i hver fokusgruppe. Ingen av deltakerne hadde en lederstilling som kunne påvirke gruppedynamikken.

Jeg kontaktet øverste leder for helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune og søkte om tillatelse til å få gjennomføre empirisk studie i den gjeldende kommunen (vedlegg 6). Søknadsbrevet inneholdt en kort beskrivelse av prosjektet og hva det ville innebære av tid og ressurser fra kommunen sin side, samt den enkelte deltaker. Jeg søkte om å få gjennomføre et fokusgruppeintervju med 5-8 hjemmesykepleiere, med en varighet på 1-2 timer. Videre ba jeg om å få oppnevnt en kontaktperson i hver kommune som kunne bistå med å rekruttere deltakere, formidle videre informasjon og praktiske forhold omkring gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Dette ble det lagt til rette for i alle kommunene, og kontaktpersonene var nøkkelpersoner for å få gjort avtaler og legge til rette for intervjuene.

Det er ingen fasit på hva som er passende antall deltakere i et fokusgruppeintervju, og dette blir ofte en avveining mellom hva som er ønskelig og praktisk mulig. På bakgrunn av egen erfaring og annen forskning, foreslår Malterud (2012) 5-8 deltakere som hensiktsmessig. Dette er mange nok til å få fram flere meninger og diskusjon, men samtidig få nok til at det kan være mulig å engasjere alle i samhandlingen. Jeg valgte derfor å etterspørre 5-8 deltakere. Det ble stort sett 5 i hver gruppe og dette opplevdes som en god størrelse. Det var mange nok deltakere til å få flere meninger og diskusjoner, samtidig som gruppene var små nok til at alle kunne komme fram med sine synspunkt. Inkluderingskriteriene for deltakerne var at de jobbet klinisk som sykepleiere i hjemmesykepleie og at de ønsket å delta i fokusgruppeintervju. Dette var ganske brede kriterier for å sikre nok deltakere, og det viste seg at utvelgelsen ble gjort litt forskjellige på hvert sted. Noen steder deltok alle sykepleiere som var på jobb den dagen, mens andre steder var det et utvalg sykepleiere fra ett eller flere distrikter innen kommunen. Dette reflekterte lokale forskjeller i organisasjonen og antall sykepleiere i hver kommune. Selv om dette ikke var spesifisert i rekrutteringskriteriene, så viste det seg at kontaktpersonene hadde rekruttert deltakere med ulik alder og erfaring. I

hver fokusgruppe var det både sykepleiere med lang erfaring i hjemmesykepleie og noen relativt nyutdannede sykepleiere med kortere erfaring.

Tabell 2 Deltakere og kontekst for fokusgruppeintervjuene

Fokusgruppe	FG1	FG2	FG3	FG4	FG5	FG6
Kontekst**	Rural	Urban	Suburban	Urban	Suburban	Rural
Alder, snitt (spenn)	36.4 (25–52)	41.6 (34–47)	47.0 (24–60)	50.6 (23–61)	44.4 (26–60)	44.8 (40–51)
Antall kvinner/menn	5/0	4/1	5/0	6/0	4/1	5/0
Års erfaring i hjemmesykepleie, snitt (spenn)	9.4 (3–16)	9.3 (3–16.5)	8.7 (3.5–22)	7.4 (2–18)	14.5 (7–20)	14.8 (10–26)
Deltakere med videreutdanning***	2	3	4	3	1	3

**Samtlige deltakere var offentlige godkjente sykepleiere og arbeidet klinisk i hjemmesykepleie.*

***Rural: små landkommuner med avstand til sykehus, 3,000–16,000 innbyggere; Suburban: mellomstore kommuner i utkant til by, 28,000–50,000 innbyggere; Urban: bykommuner, 250,000–670,000 innbyggere.*

****Videreutdanning inkluderte avansert klinisk sykepleie, palliativ sykepleie, kreftsykepleie, psykisk helsearbeid, geriatrisk sykepleie, diabetes for sykepleiere, omsorgsteknologi, administrasjon og ledelse, pedagogikk, primærhelsetjeneste og infeksjon og smittevern.*

Fokusgruppeintervjuene foregikk over en periode på 4 måneder i 2017–2018, og ble gjort på sykepleiernes arbeidssted. Ett av intervjuene varte i 60 minutter, og resten i 90 minutter. Jeg var moderator i alle intervjuene, og i tillegg hadde jeg med en assisterende moderator (co-moderator) i hvert intervju. Av praktiske hensyn, var det ulike assisterende moderatorer i hvert intervju, og dette var henholdsvis en av veilederne mine og i to tilfeller var det medstipendiater.

I intervjuene ble det brukt en semistrukturert intervjuguide med diskusjonstemaer som utgangspunkt for diskusjonene i fokusgruppene. Jeg etterspurte eksempler for å få fram nyanser og utdypninger, og jeg var opptatt av å engasjere deltakerne i diskusjoner omkring arbeidet deres. Jeg ønsket å være åpen for andre aktuelle perspektiver som kom fram, utover det som jeg på forhånd hadde tenkt på. Spørsmålene i intervjuguiden omhandlet praksisen deres, og var rettet mot å få fram perspektiver og diskurser om kompetanse og

arbeidet deres. Intervju-guiden var utviklet i forkant av intervjuene, men med rom for refleksjoner og justeringer underveis. I det første intervjuet, stilte jeg et oppfølgingsspørsmål om hva de skulle ønske de hadde mer tid til. Dette viste seg å være et spørsmål som åpnet for videre refleksjoner omkring arbeidet og hva som blir prioritert. Dette spørsmålet ble derfor tatt med inn i intervju-guiden videre. Direkte spørsmål om hva slags kompetanse de mener er vesentlig, viste seg å stimulere mindre til engasjement og utdypninger enn spørsmål omkring arbeidet og hva de legger vekt på. Dette var med å styre retningen i fokusgruppeintervjuene og etter hvert hva som viste seg som rådende diskurser.

Tabell 3 Intervjuguide til fokusgruppeintervju med sykepleiere i hjemmesykepleie

- Fortell om hva som er viktig for dere når dere kommer hjem til en bruker/pasient?
 - Hva legger dere vekt på?
 - Hva som særlig kreves av dere når dere jobber med hjemmeboende pas.?
- Kan dere fortelle om hva dere mener er viktig kompetanse i arbeidsdagene deres i hjemmesykepleie?
- Hva tenker dere er viktig for å være en dyktig hjemmesykepleier?
 - Hva kjennetegner en dyktig hjemmesykepleier?
 - Har dette endret seg de senere årene og på hvilken måte?
 - Ulike forventninger og krav:
- Hvordan er sykepleierens kompetanse i samhandling med andre yrkesgrupper?
- Kan dere fortelle om en situasjon fra arbeidshverdagen som særlig utfordret dere?
- Er det noe dere skulle ønske at dere hadde mer tid til?

Min rolle som moderator var å legge til rette for dialogen i gruppene, samt å utfordre deltakerne til å utdype og gi eksempler. Assisterende moderator observerte, tok notater og stilte oppfølgingsspørsmål til slutt.

Det er fokusgruppene som utgjør analyseenheten i denne studien, og ikke den enkelte deltaker som sådan. Fokusgruppeintervju som metode ble valgt for å få fram hvordan hjemmesykepleierne som gruppe snakker om praksisen sin og hva som blir rådende

diskurser i dette. Å konstruere data i fokusgruppeintervjuer betyr at utsagnene er resultatet av interaksjoner i gruppen og ikke bare individuelle meninger. Dermed blir samspillet i fokusgruppene en del av kunnskapskonstruksjonen (Belzile & Öberg, 2012; Halkier, 2010; Reed & Payton, 1997). Dette er i tråd med en sosialkonstruktivistisk tilnærming og forståelse av at kunnskap konstrueres gjennom sosial interaksjon (Burr, 2015; Holstein & Gubrium, 2004).

Fokusgruppeintervju er en tilnærming som demonstrerer merverdien ved å samle mennesker i en gruppe for å reflektere og utvikle kunnskap (Hummelvoll 2008, Kreuger og Casey 2008). Deltakere blir et publikum for hverandre som oppmuntrer til videre kommunikasjon og interaksjon som kan bidra til ytterligere innspill og utdyping av temaet (Kitzinger 1995, Hummelvoll 2008). For eksempel var det mye latter i gruppene når de snakket om særlige utfordringer, og dermed fungerte latteren som en slags diskursmarkør som viste hva som var spesielt relevant og engasjerende.

En viktig rolle for intervjueren (moderator) er å legge til rette for en åpen og engasjert samhandling og dialog (Malterud, 2012). Som moderator la jeg vekt på å stille åpne spørsmål og etterspørre utdypninger med konkrete eksempler. Noen ganger stilte jeg provoserende spørsmål for å få diskusjonen i gang og oppfordre deltakerne til å skjerpe argumentene. Jeg tok også med diskurser og utsagn fra en fokusgruppe videre til neste fokusgruppeintervju, for å stimulere til videre diskusjoner og knytte intervjuene sammen. Dette ble en interdiskursivitet inn i fokusgruppeintervjuene. Tanggaard (2007) omtaler kvalitativt intervju som en sverdkamp mellom forskjellige diskurser, noe jeg synes er et illustrerende bilde på kunnskapskonstruksjonen i fokusgruppeintervjuene. Deltakerne presenterte ulike historier og synspunkter, som ble bekreftet, utdypet eller utfordret av de andre, og gjennom denne «fektingen» kom gruppen fram til en eller ofte flere forståelser om fenomenet som ble diskutert. Et eksempel på en sånn sverdkamp, var i en av fokusgruppene hvor en av deltakerne snakket om hvordan de der la stor vekt på faglig refleksjon og kompetanseutvikling, hvoretter flere av de andre utfordret dette med utsagn om at dette har de egentlig lite tid til. Denne diskusjonen bidro til å få fram flere forståelser og en nyansering i hvordan de snakket om tematikken.

4.3.2 Fra tale til tekst

I kritisk diskursanalyse er det språklige viktig og jeg vil beskrive arbeidet med å gå fra muntlig tale i fokusgruppeintervjuene til tekst.

Intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter transkribert ordrett. Jeg gjorde alle transkriberingene selv, og det ble en ytterligere gjennomgang av intervjuene hvor jeg ble oppmerksom på ordbruk, dialogene og engasjementet i gruppene. Veilederne leste flere av de transkriberte tekstene, og det var en måte å sjekke tekstene på som også fungerte som et utgangspunkt for videre diskusjoner av analysen. Gjennomlesing av transkripsjonene av flere ulike personer er dermed en måte å bekrefte nøyaktigheten i datagrunnlaget (Creswell, 2014, s. 203).

Samhandlingsdata kan bli tatt inn i analyse av fokusgruppeintervju på flere måter. En måte er å beskrive samhandlingen for å tolke funn gjennom dette, og en annen måte er å ta inn samhandlingsdata i de transkriberte tekstene fra intervjuene (Duggleby, 2005). Jeg noterte stikkord om interaksjonene i gruppene mens jeg transkriberte, og i tillegg hadde jeg notatene fra de assisterende moderatorene fra selve intervjuene. Disse notatene inneholdt stikkord om deltakernes aktivitet i diskusjonene, stemningen og refleksjoner omkring intervjuene. Samhandlingsdataene fungerte som en hjelp til å se hva som engasjerte deltakerne og etter hvert hva som var betydningsfulle diskurser. Et eksempel var når deltakerne snakket om hvordan de bruker mye tid på å organisere og legge til rette for oppfølgingen av ulike pasienter, særlig ved overflyttinger til og fra sykehus. Da var det mange som snakket og de gjentok ofte det andre hadde sagt som en ytterligere bekreftelse og støtte. Dette var med å peke på organiseringsarbeid som en betydningsfull diskusjon som skulle analyseres videre.

Fokusgruppeintervjuene foregikk på norsk og ble transkribert og analysert som sådan. Når artiklene ble skrevet på engelsk, ble det derfor et arbeid med å oversette ord og uttrykk, samt finne riktige begreper som er i tråd med den opprinnelige teksten og fortolkningene i analysen. Særlig var det en utfordring å få riktig oversettelse av sitater som gjenspeiler det muntlige språket, og jeg var opptatt av å få en oversettelse som gjenspeiler både budskapet og at det er en muntlig form. Et eksempel på dette var uttrykket «*du må kunne kaste deg*

rundt», som var et muntlig uttrykk som flere deltakere brukte for å formidle hvordan sykepleierne i hjemmesykepleie må være i stand til å ta raske beslutninger og handle der og da. Dette ga ikke mening å oversette ord for ord og jeg brukte litt tid på å finne en riktig oversettelse. «*Think on your feet*», ble uttrykket som ble valgt etter å ha diskutert med flere som har engelsk som morsmål. I diskursanalyse er ord og språklige mønstre viktig, og det har vært en prosess for å få til en oversettelse i artiklene som kommuniserer budskapet best mulig. Her har jeg også brukt profesjonell språkvask.

4.3.3 Politiske dokumenter

Tekstene for den andre delstudien er offentlige politiske dokumenter. Dokumentene ble valgt fordi de representerer nyere politikk fra det siste tiåret med primærhelsetjenester som hovedtema. De tre meldingene til stortinget er fra perioden 2009-2019. Den første er samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) som ble inkludert fordi den markerer en milepæl og retningsendring for helsetjenestene med overføring av mer ansvar til kommunene. Deretter gikk jeg gjennom flere aktuelle meldinger om kommunehelsetjenesten som etterfulgte denne for å se hvorvidt hjemmesykepleie blir presentert. De neste to meldingene som ble valgt, er videreføringer av samhandlingsreformen og beskriver føringer for hvordan de politiske strategiene fra samhandlingsreformen kan sikres.

Primærhelsetjenestemeldingen (Meld.St. 26 (2014-2015)) omhandler fremtidens primærhelsetjeneste og hvordan kompetanse og samarbeid kan videreutvikles. Den nyeste meldingen, Leve hele livet-reformen (Meld.St. 15 (2017-2018)), er rettet mot å kvalitetssikre tjenester og satsningsområder for eldre. Vi valgte å inkludere denne meldingen, selv om den primært er rettet mot eldre. Meldingen inneholder beskrivelser av hjemmesykepleie, og vi vurderte at den derfor er relevant utover målgruppen. Samtidig utgjør syke eldre en stor andel av hjemmesykepleiens pasienter. De tre dokumentene viser politiske strategier og prioriteringer for nåværende og fremtidig primærhelsetjeneste, inkludert hjemmesykepleie (tabell 4).

Utvelgelsen av de politiske dokumentene ble diskutert og avklart sammen med veilederne. Vi vurderte her at tre meldinger var omfattende og tilstrekkelig nok for å gi et rikt tekstgrunnlag og informasjonsstyrke til studien.

Tabell 4 Oversikt over de utvalgte politiske dokumentene

Politiske dokumenter	Fokus og mål
<p>St.melding 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen - <i>Rett behandling - til rett tid - på rett sted.</i> (Helse- og omsorgsdepartementet)</p> <p>149 sider</p>	<p>Samhandlingsreformen. En omfattende retningsreform rettet mot mer bærekraft og kvalitet på helsetjenestene.</p> <p>Hensikten er å utvikle bedre og mer sammenhengende helsetjenester gjennom blant annet å overføre mer ansvar og oppgaver til kommunehelsetjenesten og styrke samhandlingen på tvers av helsetjenester og nivå.</p>
<p>Meld.St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - <i>nærhet og helhet</i> (Helse- og omsorgsdepartementet)</p> <p>168 sider</p>	<p>Oppfølging av Samhandlingsreformen med forslag til hvordan de kommunale helsetjenestene kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer.</p> <p>Inneholder forslag til hvordan legge til rette for tverrfaglig og sammenhengende primærhelsetjeneste med god kvalitet og kompetanse.</p>
<p>Meld.St. 15 (2017-2018). Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. (Helse- og omsorgsdepartementet)</p> <p>184 sider</p>	<p>Leve hele livet-reformen: en kvalitetsreform for eldre.</p> <p>Rettet mot å utvikle et mer eldre-vennlig samfunn. Består av konkrete løsninger på områder hvor tjenestene til eldre er mangelfulle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktivitet og fellesskap • mat og måltider • helsetjenester • sammenhengende tjenester

Stortingsmeldinger (på engelsk “white paper”) er dokumenter, ofte i form av en rapport, som redegjør for regjeringens forståelse, planer og ambisjoner innenfor et bestemt område. Slike politiske føringer blir gjerne relatert til ulike satsningsområder og styringsfelt, og er uttrykk for den offentlige politikken til myndighetene. En forståelse av politikk, er at det er å finne løsninger på problemer, basert på antakelsen om at det eksisterer et problem som må løses. Med denne forståelsen kan utforskning av problembeskrivelser være en måte å få innsikt i hvordan et felt eller fenomen blir forstått (Baachi, 2009; Dean, 2010). Slike politiske

dokumenter er med og skaper og opprettholder en bestemt virkelighetsforståelse som de involverte må forholde seg til (Andersen et al., 2017; Fairclough, 2003; Moffatt et al., 2014; Walton & Lazzaro-Salazar, 2016). Statlige politiske meldinger formidler det sosiale mandat og ønsket utvikling for helsetjenestene, som videre er førende for de kommunale helsetjenestene og dernest kan komme til syne i helsetjenestene og relatert til pasienter og pårørende. De overordnede politiske føringene er med og gir rammer for praksis, med strategier, lover og økonomiske incentiver. Dette var utgangspunktet for å velge statlige politiske dokumenter, og ikke tilsvarende dokumenter på kommunalt nivå. Jeg ønsket å utforske hvilke konstruksjoner om hjemmesykepleie som formidles som førende og hvordan disse ser ut sammen med hjemmesykepleiernes diskurser om egen praksis. Meldinger til Stortinget viser overordnede politiske føringer og satsninger. Jeg forventet ikke å finne utdypninger om sykepleie i kommunehelsetjenesten i dokumentene, men ønsket å finne ut hvordan sykepleiens bidrag er satt ord på. Statlige dokumentene er felles for alle kommunene, og dette var også et argument for å velge denne typen dokumenter.

4.4 Analyse

Her vil gjennomføringen av analysen bli gjort rede for, med bruk av analysemodell og analytiske verktøy.

4.4.1 Relasjonell-dialektisk analysemodell

I analysen ble en tilpasset versjon av Faircloughs relasjonelle-dialektiske analysemodell anvendt (Fairclough, 2009, 2013). Den tredimensjonale modellen viser hvordan analysen beveger seg mellom å ha søkelys på det lingvistiske, hvordan diskursene presenteres og den sosialkulturelle konteksten.

1. *Tekst*: Den første dimensjonen er den språklige teksten, og inkluderer en nærlesing av teksten. Denne delen av analysen utforsker hvilke ord, uttrykk og språklige grep og mønstre som blir brukt.
2. *Diskursiv praksis*: Denne dimensjonen er en fortolkning av hva tekstene omhandler og hvordan dette framtrer. På bakgrunn av historiene og interaksjonene i tekstene,

så blir mulige diskurser identifisert. Tekstens sjanger er betydningsfull for å fortolke mulige diskurser. Transkribert tekst fra fokusgruppeintervju er en type tekstsjanger mens politiske dokumenter er en egen genre, og dette er vesentlig for å forstå hvordan diskursene oppstår og reproduseres.

3. *Sosial praksis*: Den sosiale praksis som dimensjon handler om det dialektiske forholdet mellom diskurs og en bredere sosialkulturell praksis. Her er aktuelle teoretiske perspektiver og tradisjoner viktige for å søke etter mulige forklaringer av diskursene i en større samfunnsmessig kontekst.

Analysen beveget seg mellom de tre dimensjonene i en gjensidig reflekterende prosess. En diskursanalyse vil typisk være en veksling mellom mikro- og makronivå og mellom empiriske data og sosial teori (Fairclough, 2009). De ulike dimensjonene overlapper, og det er ikke alltid en klart avgrenset analyse på hvert nivå.

Fairclough har utviklet og revidert analysemodellen over flere år. I den nyere modellen, som han bruker etter 2003, bruker han andre begreper på de tre dimensjonene. I stedet for tekst, diskursiv praksis og sosial praksis, omtaler han dette som sosiale begivenheter, sosial praksis og sosial struktur (Fairclough, 2003; Skrede, 2017). Innholdet i de tre nivåene i den nye og gamle modellen er mye sammenfallende. Jeg har her valgt å bruke begrepene fra den gamle modellen og synes at de er beskrivende.

4.4.2 Gjennomføringen av analysen

En utfordring når det gjelder diskursanalyse, er at det ofte er lite konkret beskrevet hvordan dette skal gjøres eller er blitt gjort. Kritisk diskursanalyse er orientert mot både lingvistiske og samfunnsmessige utforskninger, og befinner seg i et spenn mellom det nære, detaljerte og de store, omfattende trekkene. Dette spennet gjør det utfordrende å beskrive analysearbeidet tydelig og tilstrekkelig, uten at det blir for omfattende og detaljert. Flere er opptatt av disse metodiske utfordringene ved kritisk diskursanalyse, og peker på behovet for økt oppmerksomhet mot begrunnelse og kritisk refleksjon over metodestrategi (Crowe, 2005; Rogers et al., 2016; Torfing, 2005).

Jeg vil her beskrive hvordan jeg har gjort analysen av tekstene inspirert av Faircloughs analysemodell (2009). I arbeidet med data anvendte jeg NVivo (NVivo, 2017), som er en kompleks programvare for kvalitativ forskning. Jeg brukte NVivo til datahåndtering og deler av analysen. Analysen på tekstnivå innebar en utforskning av ordbruk og formuleringer. Her gjorde jeg mange ulike ordsøk og ordtelinger på NVivo, for å se hvilke ord som ble mye brukt og om det var noen som ble lite eller ikke brukt. For eksempel så fant jeg at *omsorg* var et ord som bare ble brukt noen få ganger i intervjuene med sykepleierne, og i de politiske tekstene ble omsorg brukt for å beskrive tjenestene som *omsorgstjenester*. I denne delen av analysen så jeg også på modaliteter gjennom bruk av modale hjelpeverb.

Dernest i analysen var søkelyset på den diskursive praksisen. Jeg leste tekstene flere ganger for å få et bilde av hva de omhandler og var oppmerksom på mønstre og tilbakevendende historier i tekstene. Når det gjelder tekstene fra fokusgruppeintervjuene, så startet analysearbeidet allerede ved transkriberingen av lydopptakene. Gjennom å lytte til opptakene, fikk jeg på nytt et inntrykk av interaksjonene i gruppene og hvilke temaer som engasjerte deltakerne. Jeg brukte NVivo (2017) til å kode tekstene i mange ulike kategorier («nodes» i NVivo), som var en hjelp til å oppdage mønstre i tekstene og hvilke deler av tekstene som var særlig relevante for videre analyse. Dette førte meg tilbake til mer tekstnær lesing og oppdagelse av ord og begreper som var viktige i konstruksjonene i tekstene. For eksempel var *endring* et ord som ble mer sentralt etter hvert i analysen.

Deretter innebar analysen å knytte den diskursive praksisen til en bredere sosialkulturell kontekst og relevante teoretiske perspektiver. Her handlet det om å se etter hva som kunne være aktuelle teorier, kontekst og bredere diskurser til å analysere og forklare tekstene i forhold til. Dette førte til nye innspill til å identifisere og fortolke diskursene. Et eksempel her var posisjoneringsteori som bidro til å forklare de diskursive prosessene i tekstene som språklige forhandlinger om hvilke posisjoner hjemmesykepleie inntar eller blir gitt. Et annet var at sykepleierne i fokusgruppeintervjuene snakket mye om hvor mye tid de bruker på å koordinere og legge til rette for helsetjenestene. Dette førte oss til diskurser (og teorier) om sykepleiernes organiseringsarbeid (Allen, 2014), som igjen bidro til et nytt analytisk blikk på tekstene og diskursene.

I analysearbeidet med å koble de diskursive praksisene til sosiale praksiser, spilte på denne måten det interdiskursive en viktig rolle. Dette kan også beskrives med at de små diskursene i tekstene ble sett i sammenheng med store Diskurser, slik Gee (2014) beskriver det, og at dette ga nye forståelser av hva de små diskursene kunne handle om. Aktuelle store Diskurser som var med i analysen her, var markedsorienterte diskurser, byråkratiske effektivitetsdiskurser og relasjonelle omsorgsdiskurser, som jeg tidligere har beskrevet i kapittel 2 og 3.

4.4.3 Analyseverktøy

I diskursanalyser er det flere mulige måter å gjøre analysen på, og Fairclough (2003) omtaler dette som en verktøykasse der en velger passende verktøy etter hva som studeres. Valg av aktuelle analytiske verktøy ble tatt underveis i analysearbeidet ut fra oppdagelser i de empiriske tekstene.

Jeg vil videre presentere hvordan de ulike analytiske verktøyene ble anvendt i studiens tre artikler. Dette er en videreføring av de teoretiske analytiske perspektiver som jeg presenterte tidligere, men her med en kort beskrivelse av hvordan verktøyene har vært brukt i analysen. Analyseverktøyene bidro til å identifisere og vurdere hva som var rådende diskurser i de analyserte tekstene, og jeg vil gi eksempler på dette i presentasjonen av de ulike analyseverktøyene her.

Tabell 5 Oversikt over analyseverktøy i studiene

	Tekster	Verktøy
Artikkel 1	Transkripsjon av tale til tekst fra fokusgruppeintervjuer med hjemmesykepleiere	Ordsøk og ordtelling Modalitet Binære opposisjoner Interdiskursivitet
Artikkel 2	Transkripsjon av tale til tekst fra fokusgruppeintervjuer med hjemmesykepleiere	Ordsøk og ordtelling Posisjonering Interdiskursivitet
Artikkel 3	Politiske tekster: meldinger til stortinget	Ordsøk og ordtelling Posisjonering Problemer og løsninger

		Intertekstualitet Interdiskursivitet
--	--	---

Ordsøk og ordtelling

Ordtelling ble brukt i alle analysetilnærmingene for å se hvilke ord og uttrykk som ble brukt, og hvor mye eller lite de ble brukt. Dette er en relativt enkel kvantitativ teknikk som er nyttig for å finne mønstre i teksten (Mausethagen, 2017). Dette ble gjort på Nvivo, hvor det ble gjort mange ordsøk og ordtelling («queries»). Her var ikke hensikten hovedsakelig å telle ordene, men å oppdage mønstre i hvilke ord som ble brukt. Vedlegg 4 viser eksempler på ordsøk som ble gjort i de politiske dokumentene, når det gjelder ord og uttrykk som omfatter hjemmesykepleie. Underveis i analysen, vendte jeg ofte tilbake til ordsøk for å se på hvilke ord som faktisk ble brukt eller hvor hyppig enkelte ord ble brukt.

Modalitet

Modalitet blir uttrykt gjennom modale hjelpeverb som *kan*, *vil*, *skulle*, *må* og *bør*, og gir innsyn i graden av aktørenes engasjement, støtte og reservasjon. Slike modale hjelpeverb sier noe om måten noe blir uttrykt på, som for eksempel som en oppfordring, ønske, påbud eller mulighet. Ifølge Fairclough (2003) er modalitet nært knyttet til verdier, intensjoner og maktrelasjoner i det som formidles. Utforskningen av modalitet ble gjort i forbindelse med ordsøkene. I tekstene fra fokusgruppeintervjuene fant jeg for eksempel at deltakerne brukte mye «*må*» når de snakket om de ulike arbeidsoppgavene og kravene i praksis, noe som kan peke på en opplevelse av påbud og noe de ikke kan velge bort. Ordtellingene viste at «*må*» ble brukt mye, mens andre modale hjelpeverb som «*kan*» eller «*bør*» nesten ikke ble brukt når de snakket om arbeidet sitt.

Nodalpunkter

Nodalpunkter er begreper som er særlige sentrale i en tekst og som er med på å gi mening til andre begreper i teksten. Slike begreper blir ofte styrende for teksten og tekstens mening (Mausethagen, 2017). Jeg forstår dette som knutepunkter som knytter sammen og åpner opp hva diskursene omhandler. I begynnelsen tenkte jeg at *kompetanse* var et sånt begrep, men etter hvert ble det *endring* som sto fram som et knutepunkt i tekstene. Ofte ble dette presentert som en binær opposisjon, med vekt på før versus nå. Dette kom fram i analysen av både tekstene fra fokusgruppeintervjuene og de politiske tekstene. Med endring som nodalpunkt, har jeg hatt søkelys på å identifisere endringer gjennom hvordan det ble snakket om hva som er fremtredende i dagens praksis i forhold til hvordan det har vært.

Binære opposisjoner

Binære opposisjoner var et analyseverktøy som ble særlig brukt i den første analysen av tekstene fra fokusgruppeintervjuene. Dette var et analytisk verktøy for å avdekke hegemoni og maktforhold gjennom å identifisere spenningsforhold og rådende diskurser (MacLure, 2003). På leting etter mønstre og diskurser i tekstene fant vi flere temaer og uttrykk som var assosiert med hverandre som binære opposisjoner. Binære motsetninger representerer en form for polarisering (eller dikotomi) som ofte beskriver et spenningsfelt (Whitehead, 2010). Slike binariteter eller motpoler fungerer gjerne som en retorisk måte å formidle et verdihierarki på og vise meningskonstruksjoner (MacLure, 2003). Dette har vært en måte å oppdage spenninger i tekstene, som ifølge Derrida (1982) er formålet med å avdekke slike motpoler. Det å kategorisere virkeligheten i binære opposisjoner kan imidlertid være problematisk og kan skjule virkelighetens kompleksitet (Hammersley, 1997). I studien blir binære opposisjoner ikke sett på som strenge kategorier eller gjensidig utelukkende dikotomier, men mer som en metodisk tilnærming for å oppdage spenningsområder i diskursene. Binaritetene ble en hjelp til å få øye på hva som ble presentert som spenningsfelt og konstruksjoner om praksisen. Et eksempel var hjemmesykepleiernes diskursive praksiser knyttet til hva de gjerne skulle hatt mer tid til, og hvordan de ble snakket om at organiseringsarbeidet tar så mye tid at de får mindre tid til å følge opp enkelte pasienter. Paradokser i språkbruken om praksisen deres og ulike spenningsfelt, ble et

analytisk verktøy til å identifisere rådende diskurser fra fokusgruppeintervjuene. Dette analyseverktøyet ble anvendt i artikkel 1.

Posisjonering

I analysen av fokusgruppeintervjuene kom det fram hvordan deltakerne snakket om hva som er spesielt med deres arbeid som hjemmesykepleiere, ved å sammenligne med andre yrkesgrupper og tjenester. De snakket om og understreket hvordan det er annerledes å arbeide i hjemmesykepleie i forhold til for eksempel sykehus. Videre presiserte de hva de som sykepleiere gjør og har ansvar for ved å sammenligne med andre yrkesgrupper i hjemmetjenestene. Dette førte til at posisjonering ble valgt som et analytisk perspektiv. I avhandlingen er posisjonering forstått som en diskursiv praksis. De verbale uttrykkene og historiene avslører posisjoner deltakerne antar som hjemmesykepleiere. For eksempel ble sykepleiernes posisjonering tydelig gjennom bruken av begreper som *vi* og *oss* som sykepleiere når de søker å avklare hva som ligger innenfor deres spesielle arbeid.

Posisjoneringsperspektivet ble også brukt for å analysere hvordan hjemmesykepleie blir plassert i politiske dokumenter når det gjelder presentasjonene av problemene og løsningene i primærhelsetjenesten. Posisjonering er nært knyttet til maktforhold ved at noen yrker og arbeidsområder blir gjort mer fremtredende enn andre (Dean, 2010; Harré et al., 2009). I analysen av dokumentene fant vi at noen yrkesgrupper som fastleger og rehabiliterende tjenester ble løftet fram, mens for eksempel grupper som jobber med pleie og langtidsomsorg ble i mindre grad posisjonert som viktige bidrag. Posisjoneringen kommer også fram i hvordan ulike yrkesgrupper blir nevnt som løsninger på problemene i feltet, og vil dermed kunne overlape noe med det neste analytiske verktøyet her.

Problemer og løsninger

Problemer og løsninger er et analytisk verktøy som ofte blir brukt i diskursanalyse av politiske dokumenter (Baachi, 2009). Hva *problemet er representert til å være*, er et sentralt spørsmål i denne tilnærmingen. Problemrepresentasjon blir brukt for å beskrive prosessene der politiske aktører med utgangspunkt i en rekke implisitte antagelser, gjør visse tematiseringer og logikker tilgjengelig på bekostning av andre (Baachi, 2009). Denne

tilnærmingen muliggjør en vurdering av agendaer og orientering mot ulike løsninger og målsettinger. I studien av de politiske dokumenter ble dette anvendt som hjelp til å oppdage antagelser om problemene i praksisfeltet og hvordan hjemmesykepleie ble plassert og var en del av de politiske løsningene. Sentrale problemkonstruksjoner i de politiske dokumentene, er økonomisk bærekraft og økte helsebehov knyttet til kroniske sykdommer og flere eldre i fremtiden. Løsningsbeskrivelsene er mye rettet mot mer kostnadseffektive tjenester og samtidig ivareta økte helsebehov i befolkningen. Et eksempel på dette er gjentatte beskrivelser av behovet for å jobbe bedre og at befolkningens helseproblemer skal forebygges.

Interdiskursivitet og intertekstualitet

Interdiskursivitet og intertekstualitet er, som jeg tidligere har beskrevet, sentrale teoretiske begreper og tilnærminger i kritisk diskursanalyse. Endring er et sentralt tema i avhandlingen, som særlig ble reflektert gjennom interdiskursivitet og intertekstualitet som kan vise mønstre i endringene over tid (Fairclough, 2013). Jeg vil derfor nevne de her som en del av den analytiske verktøykassen.

Intertekstualitet var mest relevant i de politiske tekstene som henviste til tidligere politiske meldinger og utredninger, og som på denne måten bygger på tidligere diskurser og forståelser. Interdiskursivitet var et perspektiv for å kunne belyse hva hjemmesykepleiernes språklige praksis omhandler og knytte dette til aktuelle diskurser innen sykepleie og primærhelsetjenesten. For eksempel så kunne hjemmesykepleiernes diskurser om å vurdere helsebehov hos den enkelte, bli koblet til både en medisinsk orientert diskurs og en omsorgsdiskurs. Og likeledes kunne språkbruken i de politiske tekstene bli sett i sammenheng med markedsorienterte diskurser og effektivitetsdiskurser fra Ny Offentlig Styring.

Et annet eksempel på hvordan interdiskursivitet ble anvendt i analysen, er knyttet til rekkefølgen av studien. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført og analysert før analysen av de politiske dokumentene, og dette gjorde at de profesjonelle diskursene ble tatt med inn i fortolkningen av de politiske føringene. De identifiserte diskursene fra hjemmesykepleierne

var dermed med og bidro til å belyse lignende eller motstridende konstruksjoner om hjemmesykepleie i dokumentene.

4.5 Refleksivitet

I kvalitativ forskning har forskeren en aktiv rolle i kunnskapsutviklingen, og det er ikke klare grenser mellom forskeren og det som blir utforsket. Fortolkende forskning forutsetter refleksivitet gjennom hele forskningsprosessen fra valg av tema, konstruksjon av forskningsfeltet, konstruksjon av data til presentasjon av funnene (Thorne, 2016). Jeg vil videre reflektere over posisjoneringen som forsker, utvikling og endring av forskningsprosjektet, samt betydningen av refleksivitet for troverdigheten av forskningen.

4.5.1 Posisjonering som forsker

Ifølge Jørgensen og Phillips (1999) er forskeren en del av diskursene, og det er ikke alltid lett å være klar over diskursene vi selv står i. Jeg vil her anvende et begrep fra feministisk filmteori; «*passionate detachment*» (Haraway, 2003), for å reflektere over min posisjon som forsker. Begrepet blir brukt for å beskrive hvordan en filmkritiker bør være lidenskapelig engasjert i film som kulturformidling og samtidig være kritisk fristilt til å kunne oppdage undertrykkende strukturer og presentasjoner. Fairclough (2009) understreker at diskursanalyse er et normativt prosjekt hvor forskerens perspektiv og agenda spiller en viktig rolle. Jeg startet doktorgradsarbeidet med et ønske om å belyse hjemmesykepleie som et sykepleiefaglig praksisfelt og få fram hjemmesykepleiernes perspektiv på egen praksis og kompetanse. En viktig posisjon for meg i forskningen er at jeg er sykepleier med engasjement i dette fagfeltet og med et ønske om å bidra til kunnskap og kritisk diskusjon om hjemmesykepleie.

Å være engasjert kan handle om å bli berørt som forsker, og jeg har på ulike måter blitt berørt i møte med empirien og tekstene jeg analyserte. Særlig gjaldt dette fokusgruppeintervjuene, både i møte med hjemmesykepleiere og de transkriberte tekstene. Jeg ble engasjert i historiene deres og ofte berørt av måten de snakket om utfordringer og

ulike pasientsituasjoner. Dette engasjementet var også medvirkende til at jeg ble opptatt av hvordan de snakket om praksisen sin, mer enn bare hva slags kompetanse som er nødvendig. Med en diskursiv tilnærming, ble jeg engasjert i hva språkbruken formidlet om praksisen deres og konsekvenser av pågående endringer. En annen side ved å bli engasjert, var at jeg til tider gikk meg litt vill i alle de spennende historiene, og det var vanskelig å være distansert og kritisk. I tillegg til å være lidenskapelig opptatt av tema og data, har jeg søkt å være distansert nok til å ha et analytisk og kritisk blikk. Her var analyseverktøyene og dimensjonene i analysemodellen en hjelp. For eksempel var det å ta inn analytiske perspektiver på praksis og omsorgsarbeid, en måte å få nye innspill på hva tekstene kunne omhandle utover mine umiddelbare fortolkninger.

Haraway (2003) bruker også «passionate detachment» for å beskrive forskerens forpliktelse til å se flere synspunkter og innta en slags mobil posisjonering. Som en del av dette vektlegger hun også det å prøve å se objektet som blir studert fra flere perspektiver og avdekke om det er underliggende strukturer og maktforhold som gjør at noen blir utsatt og sårbar. I analysearbeidet med tekstene ble jeg etter hvert oppmerksom på at noen pasientgrupper så ut til å være mindre prioritert i sykepleiernes praksis. Dette kom fram i analysen av de transkriberte tekstene fra fokusgruppeintervjuene, og ble så et perspektiv jeg hadde med meg til de politiske tekstene. Gjennomlesingen av de politiske dokumentene var først ikke så lidenskapelig. Med en kritisk refleksiv agenda, ble lesingen mer engasjert og jeg oppdaget språkbruk og antagelser som for eksempel underkommuniserer skrøpelige pasienters behov for langtidsomsorg. Å være engasjert og kritisk distansert er en god måte å beskrive forskerens posisjon i et slikt arbeid, og noe jeg har søkt å få til.

Dette kan delvis sammenstilles med det å tilstrebe både et innenfra- og utenfraperspektiv i analysen av kvalitative data (Justesen & Mik-Meyer, 2012; Thorne, 2016). I forskningsarbeidet har jeg hatt både en innenfra- og utenfraposisjon knyttet til hjemmesykepleie. Jeg var utenfor i den forstand at jeg ikke har jobbet som hjemmesykepleier på mange år og i denne sammenhengen har et forskerperspektiv. Likevel har jeg hatt en viss innsideposisjon i den forstand at jeg er sykepleier og har jobbet med dette feltet i mange år som lærer, tekstbokforfatter og klinisk veileder. Som insider kunne jeg forholde meg til deltakerne i intervjuene og forstå diskusjonene deres, men samtidig

streve for å få kritisk avstand for å kunne se mer enn mine tidligere konstruksjoner av hjemmesykepleie som praksis.

Min posisjonering som forsker er påvirket av mitt faglige ståsted som sykepleier og engasjement i hjemmesykepleie, og dette mener jeg kan være både en styrke og svakhet i denne studien. I arbeidet med avhandlingen har jeg blitt mer bevisst min egen forskningsmessige og faglige agenda i arbeidet. Jeg har vært opptatt av at hjemmesykepleie skal bli presentert og anerkjent som et viktig bidrag i dagens helsetjeneste, og har vært med å påvirke hva jeg har sett etter i analysen av tekstene fra fokusgruppeintervjuene og de politiske dokumentene. Det har vært utfordrende å være kritisk distansert til de profesjonelle konstruksjonene om hjemmesykepleie, og dette kan prege presentasjonen av resultatene fra fokusgruppeintervjuene. Et eksempel er i artikkel 2, når sykepleiernes posisjonering med å ta ansvar for pasienter med sammensatte behov blir presentert som et faktum, og dette kunne vært begrunnet mer konstruerende og kritisk ut fra deltakernes diskursive praksis. Samtidig mener jeg at min posisjonering som forsker kan ha vært en styrke og bidratt til å oppdage perspektiver og nyanser i konstruksjonene om hjemmesykepleie.

Å ha en sosialkonstruktivistisk posisjon i forskningen har vært en refleksiv og lærende prosess for meg. Denne læreprosessen gjenspeiler seg også i de tre forskningsartiklene i avhandlingen, hvor jeg vurderer at det konstruktive og diskursanalytiske perspektivet er blitt tydeligere etter hvert. Det har vært krevende og interessant å se etter kompleksiteter fremfor å presentere avgrensede definisjoner. Jeg har stadig erfart min tendens til å presentere kunnskap som sannheter, fremfor å være kritisk og se på det som en av mange mulige konstruksjoner.

Betydningen av posisjonering omfatter også veilederne mine som har vært medforfattere på alle tre forskningsartiklene. I tillegg til en hovedveileder, har jeg hatt tre bi-veiledere med i arbeidet. Alle veilederne er sykepleiere med solid forskerkompetanse, hvorav tre har arbeidet mye med kvalitativ forskning og en har en kvantitativ forskerbakgrunn. Veilederne representerer en variert erfaring og kompetanse innen sykepleie, sosiologi og samfunnsvitenskap, og ikke minst kommunehelsetjeneste som forskningsfelt. Dette representerer en bred kompetanse og har bidratt til å utdype perspektivene i studien.

Samtidig har alle sykepleiefaglig bakgrunn, og det er viktig å være klar over dette og hvordan dette spiller inn i studien. Med en del felles faglige perspektiver og verdier, kan dette ha gjort at vi har tatt for gitt at sykepleierne har en sentral posisjon. Dette kan, som jeg tidligere argumenterte for, forstås som en mulig svakhet og styrke. Det er vesentlig å være klar over egen posisjonering, og dette har vært tematisert underveis i arbeidet.

Analysearbeidet var også refleksivt ved at datakonstruksjonene og fortolkninger ble diskutert og fortolket sammen med veilederne mine. Dette har bidratt til å utvikle en rikere forståelse av materialet. Med en sosialkonstruktivistisk tilnærming, har det vært viktig å se etter kompleksiteter og flere mulige fortolkninger i analysematerialet, og her har det vært avgjørende å diskutere og få flere innspill og synspunkter. Når jeg i denne avhandlingen bruker *vi*, viser dette til arbeid og vurderinger som er gjort sammen med veilederne.

4.5.2 Refleksivitet og forskningsprosessen

Studien bygger på en sosialkonstruktivistisk forståelse av at kunnskap konstrueres gjennom sosial interaksjon og dialog (Burr, 2015), og dette omfatter også endringer som ble gjort underveis i studiens fokus og forskningsdesign. Utviklingen av studien har vært en kontinuerlig refleksiv prosess som blant annet gjenspeiler kunnskapskonstruksjoner i samhandling med de utvalgte tekstene, veilederne og egen læring i arbeidet.

Prosjektet var fra starten planlagt i to deler, hvor den første skulle være fokusgruppeintervju for å utforske hjemmesykepleieres presentasjon og forståelse av hva som er nødvendig sykepleiekompetanse i deres praksis. Dernest var det tenkt at den neste delen av prosjektet skulle være en kvantitativ studie for å identifisere aktuelle kompetanser for sykepleiestudenter og deres læring i hjemmesykepleie. Tidlig i arbeidet ble jeg opptatt av diskurser og hvordan hjemmesykepleie blir satt ord på, og dette førte til valget av en diskursiv tilnærming. Valg av kritisk diskursanalyse som tilnærming ble førende for flere valg og endringer videre i studien. Det ble valgt å gjøre en dokumentanalyse av politiske dokumenter, for å inkludere et politisk perspektiv på hjemmesykepleie og se dette sammen med de faglige diskursene i fokusgruppeintervjuene. Det ble derfor besluttet å ikke inkludere den kvantitative delen, men heller utforske hjemmesykepleie med ulike kvalitative forskningsmetoder. Forskningsdesignet ble da en kritisk diskursanalyse av

fokusgruppeintervju og av politiske dokumenter. Jeg vurderer at endringene i prosjektet var i tråd med den sosial konstruktivistiske tilgangen. Samtidig kan det innvendes at disse endringene også kan sees på som en avgrensning i forhold til hvilke perspektiver og konstruksjoner om hjemmesykepleie som ble inkludert i studien.

Endringene i prosjektet kan beskrives som en endring i den analytiske linsen, fra å ha kompetanse i forgrunnen til at dette ble en inngang til å utforske hjemmesykepleie som profesjonell praksis. Kritisk diskursanalyse er ikke bare en metode, men også et teoretisk perspektiv i forskningen (Burr, 2015). Metodologiske valg har slik vært med å påvirke de teoretiske perspektivene i avhandlingen. Med en kritisk diskursiv tilnærming, har avhandlingen søkelys på språkbruk om hjemmesykepleie som profesjonell praksis.

Rekkefølgen av delstudiene har vært vesentlig for analysen og kunnskapskonstruksjonene. For eksempel var analysen av spenningsfelt og binære opposisjoner brukt i artikkel 1, en bakgrunn til den neste analysen som utforsket posisjoneringen av det spesifikke i hjemmesykepleiernes praksis. Analysen av fremtredende diskurser i tekstene fra fokusgruppeintervjuene med hjemmesykepleierne, var et viktig bakteppe inn i fortolkningene av de politiske diskursene i meldingene til Stortinget. Videre har arbeidet med de politiske diskursene bidratt med nye innsikter og perspektiver på de diskursive praksisene fra fokusgruppeintervjuene. Dette kommer til uttrykk i diskusjonen gjennom en utdypende diskusjon av funnene fra de to første artiklene og hvordan de diskursive praksisene og lokale diskursene kan sees i lys av andre større diskurser som er med og styrer praksisene.

Refleksivitet er knyttet til hele forskningsprosessen og valg som er gjort underveis i arbeidet. Kritisk diskursanalyse er en refleksiv prosess, noe jeg har lagt vekt på å formidle i beskrivelsen av analysearbeidet. Den tre-dimensjonale analysemodellen til Fairclough (2009) er refleksiv ved at den innebærer en dialogisk bevegelse mellom tekstene, den lokale diskursive praksisen og samfunnsdiskurser og maktforhold. Troverdigheten i kvalitativ forskning som diskursanalyse er knyttet til åpenhet, nøyaktighet og refleksivitet, og synliggjøring av dette vil være betydningsfullt for å kunne vurdere fortolkningene som er gjort i diskursanalysen (Rogers et al., 2016). Oppmerksomhet på refleksivitet innebærer refleksjoner over forskerens rolle i produksjonen av kunnskap og hvordan de sosiale

fenomenene blir konstruert (Justesen & Mik-Meyer, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009). Dette betyr at refleksivitet er en del av hele forskningsprosessen. Jeg har prøvd å vise dette gjennom hele avhandlingen, gjennom å være åpen og ærlig med hva som er blitt gjort og forskerposisjonen i dette.

Det refleksive og troverdigheten i studien kommer jeg tilbake til i diskusjonen av metodologien og mulige begrensninger i kapittel 6.4.

4.6 Etske vurderinger

I arbeidet med avhandlingen har jeg forholdt meg til forskningsetiske retningslinjer og etiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, og særlig retningslinjer for kvalitativ forskning innen medisin og helse (NEM, 2010). I forskning er det en rekke etiske vurderinger som omfatter hele forskningsprosessen; fra planlegging til presentasjon av funn. Etske vurderinger har også vært inkludert i refleksivitet og studiens troverdighet. Jeg vil her knytte noen etiske overveielser til personvern og frivillig samtykke, og hvordan dette er blitt ivaretatt i forhold til fokusgruppeintervjuene. Studiens første del med fokusgruppeintervjuer omhandler helsepersonell og ble meldt til Norsk Senter for forskning (NSD), og fikk tilråding til å starte prosjektet og datainnsamling (vedlegg 5).

Informert frivillig samtykke for deltakerne ble søkt ivaretatt gjennom at deltakerne på forhånd fikk skriftlig informasjon om hva det innebar å delta på fokusgruppeintervjuet (vedlegg 7). Dette skrevet inneholdt videre informasjon om at deltakelsen er frivillig og personvern hensyn i prosjektet. Denne informasjonen ble også gjennomgått muntlig i begynnelsen av hvert intervju. Deltakerne fikk informasjon og signerte informert samtykke før intervjuene startet. Frivilligheten innebar at deltakerne var frie til å trekke tilbake samtykke på ethvert stadium av intervjuet uten å oppgi noen grunn eller at det ville få noen konsekvenser, noe som ble understreket og diskutert med deltakerne. Det ble også understreket at de kan velge å ikke svare på spørsmål underveis. Det var ingen deltakere som valgte å trekke samtykke sitt i dette prosjektet. Dersom noen hadde trukket seg, så ville dette fått konsekvenser for data og funn fra fokusgruppeintervjuene. I et gruppeintervju blir data utviklet gjennom dialogene og interaksjonene og det er ikke enkelt å ta ut

enkelt deltakere og deres bidrag. Det ville da blitt en forskningsetisk vurdering hvorvidt og hvordan gruppedataene kunne blitt inkludert i forskningen.

Frivillig deltakelse omhandler også rekrutteringen av deltakere til fokusgruppeintervjuene. Som jeg tidligere har beskrevet, så ble deltakerne rekruttert ved hjelp av en kontaktperson på hvert sted. Dette betyr at jeg ikke har hatt fullt innsyn i rekrutteringsprosessen, og kjenner ikke til om det har vært gjort noen særlige utvelgelser eller utelatelser. Kanskje var det noen deltakere som ikke helt visste på forhånd hva de sa ja til eller de opplevde at de ikke hadde et valg. I utgangspunktet tenker jeg at hjemmesykepleierne som deltakere og tematikken ikke er så sårbare, samtidig som det er viktig å være klar over at det kan være forhold her som jeg ikke kjenner til hos de ulike gruppene og enkelt deltakerne. I intervjuene understreket jeg at søkelyset i analysen ville være på fokusgruppen, ikke individnivå, og at prosjektet mitt ikke var en vurdering av deres praksis eller kompetanse. Når deltakerne i fokusgruppene deler tid og tillit med forskeren ved å delta i fokusgruppeintervju, er det et etisk anliggende å gjøre dette så forsvarlig som mulig og hele tiden være oppmerksom på sårbare situasjoner (Malterud, 2012). Gjensidig taushetsplikt og respekt er en viktig forutsetning for en slik gruppediskusjon. Som moderator var jeg opptatt av å ivareta deltakerne og at ingen skulle føle seg presset til å si noe de ikke ønsket, så langt jeg hadde forutsetninger til i en intervjusituasjon med deltakere jeg ikke kjente fra før. Her var det en fordel å ha med en assisterende moderator, som kunne være med å vurdere dette.

Jeg har tidligere beskrevet hvordan studien beveget seg fra å ha kompetanse i forgrunnen, til at kompetanse ble en inngang til å utforske diskurser om hjemmesykepleie som profesjonell praksis. Dette var en endring som ble gjort i analyse-arbeidet i etterkant av fokusgruppeintervjuene, og det er derfor vesentlig å vurdere etiske hensyn knyttet til denne endringen og deltakernes samtykke. Deltakerne ble forespurt om å delta i fokusgruppeintervju om hva som er nødvendig sykepleiekompetanse i deres arbeidshverdag. Det var dette som sto i informasjonsskrivet som de fikk i forkant og som de ga samtykke til. Dette ble gjennomgått i den muntlig informasjon før intervjuene, og her ble det informert om at studien hadde en diskursiv tilnærming med søkelys på språkbruk og hvordan de snakket. Sykepleiefaglig kompetanse og praksis er nært knyttet sammen, og

fokusgruppeintervjuene viste dette i språklige praksiser med mye vekt på det faglige arbeidet og ansvaret.

Selv om profesjonell praksis og kompetanse kan sies å være sammenknyttet, så er det viktig å vurdere etisk hvordan dette står i forhold til hva deltakerne samtykket til. Dersom jeg skulle ha gjort fokusgruppeintervjuene på nytt, så ville informasjonen blitt utformet noe annerledes. Vi vurderte likevel at endringen ikke var radikal og handlet mye om å være trofast mot det empiriske tekstmateriale og hva som ble løftet fram i deltakernes snakk om hjemmesykepleie både som praksis og kompetanse.

Personvern hensyn omhandler også at personopplysninger blir behandlet forsvarlig. Dette handlet i prosjektet først og fremst om deltakerne og hva de delte, men det er også aktuelt å sikre at identifiserende opplysninger om tjenestesteder og pasienter ikke kommer med i studien. I forkant av intervjuet snakket vi om betydningen av å unngå personnavn og gjenkjennelig informasjon, og dette var jeg også oppmerksom på underveis og i transkriberingen. Alle gjenkjennelige data om pasienter, ansatte og steder ble anonymisert, i utskrifter, artiklene og avhandlingen. Intervju-utskrifter og lydfilene ble oppbevart separat i låste filer, og bare relevante forskere har hatt tilgang til dataene (vedlegg 7 og 5).

5 Presentasjon av funn i artiklene

I dette kapitlet oppsummeres funnene fra de tre forskningsartiklene som denne avhandlingen består av.

5.1 Artikkel 1

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing—A discourse analysis. *Nursing Open*.

Artikkel 1 omhandler hjemmesykepleie som profesjonell praksis og hvordan hjemmesykepleierne balanserer mellom motstridende krav og forventninger til arbeidet sitt (Fjørtoft, Oksholm, Førland, et al., 2020). Det empiriske grunnlaget i denne artikkelen er seks fokusgruppeintervjuer med hjemmesykepleiere, som ble gjort i seks ulike kommuner i Norge. Hensikten med artikkelen var å identifisere rådende diskurser om sykepleiekompetanse i hjemmesykepleie for å øke forståelsen av sykepleie innen dette feltet.

Det er gjort en kritisk diskursanalyse av hvordan hjemmesykepleierne snakket om kompetanse og arbeid i hjemmesykepleie. Her ble teorier om profesjonell kompetanse (Eraut, 1998; Garside & Nhemachena, 2013) og institusjonell logikk (Thornton et al., 2012) anvendt som analytiske perspektiver, sammen diskursanalyse og hegemonier.

En fremtredende diskurs som kom fram i alle fokusgruppeintervjuene, er at hjemmesykepleie er mangfoldig og at kravene til kompetanse favner bredt. Det følgende sitatet fra en av fokusgruppeintervjuene illustrerer dette:

Så pasienten krever at vi har kompetanse innenfor alt, helt uavhengig av hvilken diagnose og situasjon de har, fordi at vi er sykepleiere som kommer hjem til dem. (fg2)

Dette sitatet er en typisk beskrivelse fra fokusgruppeintervjuene om kravene og ansvaret som hjemmesykepleierne erfarer i arbeidet. I sammenheng med at de snakket om bredden i arbeidet og kompetansebehovene, kom det også fram flere spenningsfelt. Gjennom å analysere språklige uttrykk og temaer i lys av institusjonelle logikker, kom det fram flere

motstridende diskurser presentert som binære opposisjoner. De binære opposisjonene var retoriske motpoler som peker på ulike krav som ofte kommer i konflikt med hverandre.

Følgende binære opposisjoner ble identifisert:

- Individuell omsorg versus organiseringsarbeid
- Hverdagsomsorg versus medisinsk oppfølging
- Følge regler versus bruke faglig skjønn

Hjemmesykepleierne la stor vekt på oppfølgingen og omsorgen for den enkelte pasient, og dette var noe de snakket mye om. De snakket om betydningen av å kjenne den enkelte pasient og legge til rette for individuell tilnærming, med særlig vekt på å vurdere helsebehov. Sykepleierne brukte uttrykk som «kjernekompetanse» og «det grunnleggende» i hjemmesykepleie når de snakket om nødvendigheten av å kontinuerlig vurdere helsebehov og fange opp eventuelle endringer. Den individuelle omsorgen var gjennomgående det første som ble løftet fram i fokusgruppene når de snakket om arbeidet og hva de mener er sentralt. Ut fra dette ble individuell og relasjonell omsorg identifisert som en rådende diskurs i hjemmesykepleie i betydningen av at sykepleierne presenterte dette som en kjerneverdi i arbeidet deres. Som motpol til denne diskursen, snakket hjemmesykepleierne om hvor mye tid de bruker på å koordinere og legge til rette helsetjenestene hjemme hos mange pasienter. Vi identifiserte denne diskursen som sykepleiernes organiseringsarbeid. Det var mye engasjement i fokusgruppene når de snakket om dette og at dette arbeidet ikke ble tilstrekkelig verdsatt.

En annen binær opposisjon som vi identifiserte, var hverdagsomsorg versus medisinsk oppfølging. Sykepleierne understreket betydningen av å forstå og ta hensyn til pasientenes hverdagsliv hjemme som unikt og grunnleggende i hjemmesykepleie. Samtidig kom det her fram en motpol hvor sykepleierne snakket om at de bruker stadig mer tid på den medisinske oppfølgingen av pasientenes sykdommer og symptomer. Pasientene har behov for avanserte prosedyrer og utstyr hjemme, og dette stiller store krav til sykepleiernes ekspertise.

Hjemmesykepleierne beskrev hvordan det medisinsk-tekniske utstyret og prosedyrer kan være utfordrende i et hjem og hverdagsliv, noe det følgende sitatet viser:

Det er viktig å være klar over at det er pasientens eget hjem og at vi er bare på besøk. Selv om det nå er mange som har så mange prosedyrer og teknisk utstyr at det nesten blir som på et sykehus. (fg5)

Den siste binære opposisjonen var det å følge regler versus bruk av faglig skjønn. På den ene siden snakket hjemmesykepleierne om en regelstyrt praksis med vekt på å følge vedtak om tildelte tjenester og andre standardiserte planer. På den andre siden understreket sykepleierne betydningen av faglig skjønn og evnen til å finne løsninger «utenfor boksen». Regelorientert praksis ble blant annet manifestert gjennom språklige uttrykk som å «*levere tjenester, være effektiv og følge vedtakene*». I motsetning til dette var diskursen om den selvstendige og kompetente hjemmesykepleieren, som er i stand til å se hele bildet og finne tilpassete løsninger ut fra den enkelte pasients behov og situasjon. Ord og uttrykk assosiert med dette, var blant andre «*profesjonell kompetanse, skjønn og ansvarlighet*».

De binære opposisjonene formidler et bilde av hjemmesykepleiernes arbeid og kompetansekrav, og at dette er en omfattende og til dels motstridende faglig praksis. Spenningsfeltet mellom de ulike kravene som er artikulert, blir spesielt tydelige i møte med pasientbehov som går utover den tilgjengelige tiden og krav til effektivitet. Selv om kravene blir beskrevet som motpoler, så er det ikke et enten eller her. Det er ikke sånn at sykepleierne kan velge bort noe, og de snakket om de ulike kravene som noe de må håndtere og kontinuerlig balansere.

Den kritiske analysen avslører hvordan noen arbeidsområder blir mer rådende enn andre i diskursene om hjemmesykepleie, og dette kommer særlig fram når sykepleierne snakket om hvordan det er annerledes nå enn tidligere. Medisinsk oppfølging og organiseringsarbeid ser ut til å bli prioritert, noe som blir sett i sammenheng med at det nå er flere sykere pasienter med ustabil helsesituasjon. Disse pasientene trenger tett medisinsk oppfølging og vurdering hjemme, med hyppigere forflytninger til og fra sykehus og sykehjem. Overføringer av pasienter krever ekstra tilrettelegging for å sikre at dette skjer forsvarlig og at tilgjengelige ressurser er på plass, og dette bruker sykepleierne mye tid på. En konsekvens er at hjemmesykepleierne erfarer at de har mindre tid til relasjonsarbeid og oppfølgingen av pasientenes hverdagsliv hjemme, noe som var et funn fra alle seks fokusgruppeintervjuene. Sykepleierne uttrykte bekymring for denne utviklingen og snakket om «*kaffekoppen som forsvant*», som er et illustrerende bilde.

Funnene i denne artikkelen belyser hjemmesykepleie som en omfattende praksis med flere spenningsfelt. Artikkelen bidrar med å belyse de mange og motstridende kravene til hjemmesykepleiernes tid og kompetanse. Videre peker studien på hvordan konsekvenser av endringer i praksis, som gjør at hjemmesykepleierne har mindre tid til relasjonell hverdagsomsorg til den enkelte pasient nå enn før. De språklige paradoksene som kommer fram når sykepleierne snakker, bidrar med å bevisstgjøre hva som står på spill og hvordan noen arbeidsområder kan få for liten plass. Dette er relevant for å kunne diskutere konstruksjoner av hjemmesykepleie som praksis.

5.2 Artikkel 2

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Delmar, C., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2020). Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. *Nursing Inquiry*.

Artikkel 2 omhandler hjemmesykepleiernes særlige arbeid og bidrag i helsetjenestelandskapet (Fjørtoft, Oksholm, Delmar, et al., 2020). Til denne artikkelen ble det gjort en ny diskursanalyse av tekstene fra fokusgruppeintervjuene med hjemmesykepleierne. Gjennom analysearbeidet som var blitt gjort til artikkel 1, så jeg flere aktuelle tilnærminger til tekstmaterialet og tema som jeg ønsket å utforske. I fokusgruppeintervjuene snakket hjemmesykepleierne mye om hva som er det spesifikke med deres arbeid som sykepleiere i hjemmesykepleie. Dette gjorde at jeg ble opptatt av hvordan hjemmesykepleierne presenterte hva som er spesifikt med deres arbeid og hvordan de plasserer seg i forhold til andre yrkesgrupper og tjenester. Ut fra dette ble posisjonering valgt som teoretisk og analytisk perspektiv, for å få fram diskurser om hjemmesykepleiernes særegne arbeid.

Funnene viste hvordan sykepleierne forhandlet om hva deres arbeid omfatter og grensene for dette. Deltakerne snakket om hjemmesykepleie som en omfattende arbeidspraksis og understreket at det nå er flere sykere pasienter med komplekse og ustabile helsebehov hjemme, og dette har stor innvirkning på arbeidet. Vi identifiserte ansvaret for å sikre

tilstrekkelig omsorg hjemme for pasienter med omfattende helsebehov, som en sentralt i sykepleiernes arbeid. Denne overordnede posisjonen ble konstruert ut fra hvordan hjemmesykepleierne snakket om hva som er deres arbeidsområde og ansvar som sykepleiere i hjemmesykepleie. Videre analyserte vi fram følgende tre posisjoner fra hjemmesykepleierne presentasjoner om hva som er særegent for deres arbeid:

1. selvstendig vurdere og fange opp endrede helsebehov
2. utføre avanserte prosedyrer hjemme hos pasientene
3. sørge for tilpassede løsninger i de forskjellige hjemmene

Disse tre arbeidsområdene kom spesielt tydelig fram gjennom sykepleiernes beskrivelser av hva som kjennetegner den dyktige hjemmesykepleieren og det særlige ved å arbeide hjemmebasert.

Den første posisjonen som ble identifisert var å vurdere pasientenes helsesituasjon. I fokusgruppeintervjuene ble dette omtalt som en *kjerneoppgave* for hjemmesykepleierne, og illustrert av historier om hvordan de gjør dette ved hvert hjemmebesøk for å fange opp eventuelle endringer i pasientenes helsebehov. Deltakerne koblet dette til den spesielle konteksten ved å jobbe hjemme hos pasientene, samt sykepleiernes kompetanse og ansvar for å sikre forsvarlig sykepleie til den enkelte. Følgende dialog illustrerer dette:

-Vi har en unik utdanning med oss som gjør at vi er rustet til å møte pasientene og se deres behov.

-Mye av det går på grunnleggende observasjoner i forhold til pasienter og at du ser og vurderer alt du ser. At hvis du vasker beina, så vasker du ikke bare beina, vurderer hele situasjonen og ser etter om noe er galt. (fg1)

I tillegg fremhevet de hvordan hjemmesykepleiere hovedsakelig jobber alene hjemme hos pasientene, og *selvstendighet* var det mest brukte ordet i intervjuene. En dyktig sykepleier må kunne arbeide selvstendig og deltakerne utdypet med historier om hvordan sykepleieren som kommer til pasienten må kunne ta avgjørelser og handle der og da. Ofte har de kort tid ved hvert besøk.

Den neste posisjonen var arbeidet med medisinsk oppfølging og avanserte tekniske prosedyrer hos hjemmeboende.

Hjemmesykepleie er kanskje det mest spennende feltet innen sykepleie akkurat nå, for vi får mange flere komplekse pasienter fra sykehusene. Så da skal vi være sikre og trygge på det medisinsk faglige ansvaret vårt og vi har masse prosedyrer. Dette krever mye faglig ekspertise av oss som sykepleiere. (fg4)

Sykepleierne var opptatte av å formidle at det nå er mer avanserte kliniske prosedyrer som de må utføre i hjemmene, som ikke kan tildeles ansatte med lavere kompetansenivå. Arbeidet med å følge opp medisinske prosedyrer og behandling hjemme, krever både spesialisert kompetanse og organiseringsarbeid for å sikre at nødvendig utstyr er på plass til riktig tid og måte. Samtidig som hjemmesykepleierne omtalte seg selv som generalister, understreket de også det økende behovet for spesialisert kunnskap.

Den siste posisjonen som ble analysert fram, var det å sørge for tilpassete løsninger i de forskjellige hjemmene. Deltakerne i fokusgruppene vektla hvordan alle endringene i helsetjenester har stor innvirkning på arbeidet og at de blir «*sittende igjen med alt og må bare håndtere det*». De må håndtere alle oppgaver og pasientbehov og finne kreative og tilpassede løsninger. Deltakerne påpekte at sykepleie i hjemmet er en “annen type sykepleie” enn på et sykehus. Videre la sykepleierne vekt på at det ikke bare er et hjem som er konteksten, men det er mange forskjellige hjem som de må tilpasse seg til. Dette medfører ofte praktiske utfordringer knyttet til logistikk og værforhold.

Hjemmesykepleierne snakket mye om hvordan de har uforutsigbare arbeidsdager, hvor ting skjer og de må stadig håndtere nye oppgaver. Et uttrykk som mange brukte, var at i hjemmesykepleie må du kunne «*hive deg rundt*». Disse utsagnene peker på det uforutsigbare og tidspresset i sykepleiernes arbeid.

Funnene i denne artikkelen viste at sykepleierne omtaler sitt arbeid som en nøkkelfunksjon i hjemmetjenestene, spesielt i oppfølgingen av pasienter med alvorlige og ustabile helsebehov. Endringer har gjort at sykepleiernes arbeid i tiltakende grad er styrt av mange oppgaver og akutte medisinske utfordringer som krever kompetanse og tid. Hasteoppgaver ser ut til å ha forrang i arbeidet og de får dermed mindre tid til andre oppgaver, som

samtaler og støtte til å håndtere hverdagen. Dette understreker behovet for å kritisk utforske diskurser om hjemmesykepleie, for å synliggjøre endringer og hva som blir vektlagt.

5.3 Artikkel 3

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C., & Alvsvåg, H. (2021). The position of home-care nursing in primary health care: A critical analysis of contemporary policy documents. *Nursing Inquiry*.

Artikkel 3 (Fjørtoft et al., 2021) omhandler politiske diskurser om hjemmesykepleie og utforsker hvordan hjemmesykepleie blir artikulert og synliggjort i norske politiske føringer. Tre aktuelle meldinger til Stortinget ble analysert med en Fairclough-inspirert kritisk diskursanalyse for å avdekke hvordan hjemmesykepleie blir plassert i helsetjenestelandskapet i de politiske diskursene om primærhelsetjenestene i kommunene. Teoretiske og analytiske perspektiver i denne delstudien var i tillegg til diskursanalyse; posisjonering, profesjonell praksis, makt og ideologier.

Analysen på tekstnivå av ord og begreper, viste at *hjemmesykepleie* var nesten fraværende i de offentlige meldingene. Begrepet blir bare brukt en håndfull ganger, og da refereres det i hovedsak til hjemmesykepleie som en spesifikk historisk og eksisterende tjeneste. Ellers blir *hjemmesykepleie* inkludert i begreper som *hjemmetjenester*, *helse- og omsorgstjenester* og *kommunale helsetjenester*. Dette er beskrivelser som forteller hvor tjenestene foregår, men ikke spesifikt hvilke tjenester eller profesjoner dette omfatter. Hjemmesykepleie blir omtalt som en grunnleggende og voksende tjeneste, samtidig som innholdet og bidraget er uklart og nesten usynlig.

Dernest ble tekstene utforsket for å se på antagelser om problemer og løsninger, og på hvilken måte hjemmesykepleie blir omtalt som en del av løsningene. utfordringer knyttet til økonomisk bærekraft i møte med dagens og morgendagens helsebehov, ble identifisert som en sentral problem-antagelse i alle tre dokumentene. Problemløsningen blir beskrevet ved argumentasjoner om at det er nødvendig å arbeide bedre og annerledes for å møte utfordringene i kommunehelsetjenesten med flere og krevende oppgaver som skal ivaretas. Sentrale innspill og antagelser til hvordan det skal arbeides bedre, er økt vektlegging på

samhandling, omsorgsteknologi og mer forebygging og helsefremming. Et funn var at hjemmesykepleie blir lite eksplisitt presentert som en del av de nye løsningene. Det mest konkrete innspillet til den hjemmebaserte sykepleien, er at det slås fast at sykepleierne trenger mer vurderingskompetanse i forhold til at det blir flere sykere hjemmeboende pasienter. Som et enkeltstående utsagn, blir det slått fast at til tross for nye oppgaver, så må eksisterende og grunnleggende omsorgsoppgaver bli ivaretatt i kommunen (St.meld. 47 (2008-2009), s. 56).

Basert på analysen av ordbruk og dominerende antakelser i tekstene, identifiserte vi følgende og delvis motstridende diskurser om hjemmesykepleie:

- en billig offentlig tjeneste av høy kvalitet
- en usynlig og grunnleggende tjeneste
- del av den flerfaglige samhandlingen
- generell og spesialisert sykepleie

I likhet med andre kommunale tjenester er hjemmesykepleie pålagt å jobbe for å redusere behovet for tjenester. Det er vekt på å hjelpe pasientene til å klare seg mest mulig selv og forebygge ytterligere helsesvikt. Samtidig skal tjenestene være faglig forsvarlig og i tråd med pasientenes behov. Mange av pasientene i hjemmesykepleien trenger langvarig omsorg og dette kan komme i konflikt med en økonomisk drevet diskurs.

I dokumentene blir hjemmesykepleie omtalt som en *«grunnleggende tjeneste og en kjernekompetanse som hver kommune må ha for å oppfylle sine lovpålagte forpliktelser»* (Meld.St. 26 (2014-2015), s. 62). Likevel var hjemmesykepleie nesten fraværende når det gjaldt spesifikt innhold og bidrag, og dette ble identifisert som diskursen om at hjemmesykepleie er grunnleggende og usynlig. En annen posisjon som blir tillagt hjemmesykepleiere er som en nødvendig del av det tverrfaglige samarbeidet for å sikre helhetlige pasientforløp og forsvarlig oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Sykepleiere nevnes som mulige koordinører for det tverrfaglige teamarbeidet, men utover dette er sykepleiernes funksjon uklar. Som en del av vektleggingen av det tverrfaglige

perspektivet, blir det slått fast at helsepersonell, inkludert sykepleiere, trenger bredere kompetanse.

Den siste diskursen handler om hva slags kompetanse som blir etterspurt og vektlagt i den hjemmebaserte sykepleien og gjennom dette hva slags tjeneste dette skal være, slik de politiske føringene formidler det. Behovet for bred generalistkompetanse blir vektlagt, men samtidig understrekes det at framover er det et økende behov for spesialisert kompetanse. Vi fant en rådende antagelse om at det er for lite kompetanse i kommunenes helsetjenester, og det blir vist til behovet for mer kompetanse blant hjemmesykepleiere for å følge opp pasienter med komplekse og ustabile forhold. Dokumentene formidler altså en motstridende diskurs mellom hjemmesykepleie som en generell breddepraksis samtidig som tjenesten blir mer spesialisert.

I dokumentene identifiserte vi flere utfyllende og motstridende forståelser om hjemmesykepleie, som blir diskutert i lys av nyliberale styringsideologier og kritiske diskurser om omsorg og omsorgsarbeid. Hjemmesykepleie presenteres som en grunnleggende del av kommunens helsetjenester, samtidig som innholdet og bidraget er uklart og nesten usynlig. Artikkelen argumenterer for at fraværet av sykepleie medfører at viktige perspektiver blir utelatt og at noen pasientgrupper og oppgaver blir mindre vektlagt. Den politiske plasseringen av hjemmesykepleie handler derfor ikke bare om sykepleie som profesjonell praksis, men gjelder samfunnsdiskurser og forståelser av hva slags omsorgsoppgaver og pasientgrupper som skal prioriteres.

6 Diskusjon av funn og avhandlingens betydning

I dette kapitlet diskuterer jeg avhandlingens forskningsspørsmål i lys av funn fra de tre artiklene og valgte teoretiske perspektivene. Selv om de teoretiske tilnærminger brukes noe ulikt i de tre artiklene, har de det samme epistemologiske utgangspunktet ved å være opptatt av konstruksjon av språk og mening.

Avhandlingens overordnede forskningsspørsmål er: Hvordan blir hjemmesykepleie som profesjonell praksis konstruert? Det overordnede forskningsspørsmålet utforskes gjennom følgende tre underspørsmål: Hvordan blir hjemmesykepleie konstruert av hjemmesykepleiere og i politiske dokumenter? Hvilke diskursive spenningsfelt kommer fram om hjemmesykepleie som praksis? Hvilke diskurser fremstår som rådende og hva forteller dette om endringer i dagens hjemmesykepleie?

Jeg starter med å diskutere ulike konstruksjoner om hjemmesykepleie som profesjonell praksis i de politiske og profesjonelle diskursene, for deretter å diskutere rådende diskurser i et endringsperspektiv. Til slutt reflekterer jeg over mulige implikasjoner av avhandlingen og metodiske valg.

6.1 Konstruksjoner om hjemmesykepleie

Hvordan blir hjemmesykepleie konstruert som profesjonell praksis? Avhandlingen er ikke en utforskning av hvordan hjemmesykepleie faktisk er, men hvordan den blir satt ord på og forstått av aktuelle involverte aktører som praksisutøverne (hjemmesykepleierne) og politikerne. De ulike diskursene skjer ikke i et vakuum og er en del av en samfunnsmessig og sosial kontekst, som påvirker hvordan hjemmesykepleie blir forstått og snakket om. Med dette utgangspunktet, vil jeg diskutere de profesjonelle og politiske konstruksjonene av hjemmesykepleie i lys av hverandre.

6.1.1 En omfattende og uklar praksis

Hjemmesykepleie er en tjeneste nesten uten avgrensninger når det gjelder pasientgrupper og helsetilstander. Dette ble konstatert av hjemmesykepleierne i fokusgruppeintervjuene, og gjennomgående ble hjemmesykepleie som profesjonell praksis presentert som svært

omfattende og variert. Etter samhandlingsreformen er det blitt flere og sykere pasienter som får helsehjelp hjemme, samtidig som det også har vært en økning i både yngre og eldre kronisk syke hjemmeboende (Dale et al., 2015; Gautun & Syse, 2017), og dette gjenspeiler seg i hjemmesykepleiernes diskurser om praksisen. Her er hjemmesykepleiernes forståelser i tråd med andre studier som beskriver hvordan hjemmesykepleie favner over et vidt spekter av arbeidsområder (Furåker, 2008; Melby et al., 2018; Purkis et al., 2008; Öresland et al., 2011). I artikkel 1 kom dette blant annet fram i hvordan de snakket om de mange og motsetningsfulle krav som de står i og prøver å balansere.

I studien av politiske dokumenter kom det fram at hjemmesykepleie og sykepleie er nesten fraværende i politiske føringer om primærhelsetjenestene i kommunene. Hjemmesykepleie kommer språklig til uttrykk som en grunnleggende og obligatorisk tjeneste i kommunene, samtidig som det er uklart hva det konkrete bidraget blir forstått som. I samhandlingsreformen blir det påpekt at hjemmesykepleie er en av tjenestene i kommunehelsetjenestene som har økt mest i omfang, og at det derfor er viktig å tydeliggjøre innholdet i denne tjenesten:

Denne utviklingen tilsier at det framover bør legges vekt på å tydeliggjøre hva som er innholdet i sykepleierfunksjonen og hvordan denne integreres i den helhetlige helse- og omsorgstjenesten. (St.meld. 47 (2008-2009), s. 56)

Det kan være flere forklaringer på hvorfor hjemmesykepleie er så lite fremtredende i de politiske tekstene. En forklaring kan være knyttet til at hjemmesykepleie har mange pasienter som trenger hjelp over lang tid og med begrenset mulighet til å klare seg selv, og at dette er en type helsehjelp som i en markedsorientert diskurs kan være mindre ønskelig å vektlegge. Innenfor en samfunnsøkonomisk nyttetenkning, vil helsehjelp som ikke fører til forbedring kunne forstås som resultatløs. Dette er ikke en ny debatt. Allerede på 1980-tallet presenterte Herdis Alvsvåg (1981, s. 100-103; 1985) uttrykkene «resultatsikker og resultatløs sykepleie», som et språklig grep for å synliggjøre at ikke all sykepleie fører til bedring eller økonomiske resultater. Andre tilsvarende uttrykk som ble introdusert var «vekstomsorg» (omsorg der man kan forvente nytte i form av større selvhjulpenhet) og «vedlikeholdsomsorg» (omsorg for personer der man ikke kan forvente slike bedring), som ble brukt i diskusjonen av hva som blir vektlagt i et nytteorientert samfunn (Martinsen, 1989, Wærness, 1982, 2001). En sentral kritikk her var at såkalt resultatløs omsorg blir for lite

anerkjent og synliggjort. Denne kritikken blir også reist i nyere tid av kritiske omsorgsforskere og filosofer, som påpeker at omsorg og sårbarhet er lite artikulert i samfunnet og politiske debatter (Butler, 2015; Dahl, 2019; Held, 2006).

Et annet perspektiv på hva det kan handle om at hjemmesykepleie er lite synlig i de politiske dokumentene, kan knyttes til at det er arbeid som tradisjonelt har vært kvinnedominert, og derfor blir undervurdert i offentlige diskurser (Björnsdóttir, 2009). Dette kan også sees i sammenheng med at sykepleie og sykepleiepraksis ser ut til å være lite artikulert og tydelig for samfunnet og politikere, slik dette ble konstruert i en diskursanalytisk studie fra 2008 (Canam, 2008). En nyere nordisk studie fant at sykepleie er lite synlig og sjelden eksplisitt nevnt i politiske dokumenter, og bare implisitt inkludert i diskusjonene om helseprioriteringer (Tønnessen et al., 2020).

Et unntak til argumentasjonen om at sykepleie i liten grad er løftet fram som en del av de politiske løsningsstrategiene, er innføring av avansert klinisk sykepleie som en ny rolle og kompetanse inn i kommunehelsetjenesten. I primærhelsetjenestemeldingen (Meld.St. 26 (2014-2015)) blir avansert klinisk sykepleie presentert som en løsning på dagens og morgendagens behov for høyere breddekompetanse i kommunene for å ivareta sykere pasienter med komplekse behov. Dette fremstår som en kontrast til argumentasjonen om at sykepleie ikke er inkludert i løsningene, og samtidig kan det forstås som et svar på behovet for å tydeliggjøre sykepleiefunksjonen slik det ble etterspurt i samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009), s. 56). Avansert klinisk allmennsykepleie er innført som masterutdanning med mulighet for at sykepleiere med denne utdanningen kan søke om spesialistgodkjenning (Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere, 2020). Utdanningen i avansert klinisk allmennsykepleie er relativt ny i Norge, og rollen er fortsatt under utvikling i norske kommuner (Henni et al., 2019). Dette er en viktig satsning på sykepleiekompetanse, som kan bidra til at sykepleie i kommunehelsetjenesten blir mer løftet fram også i politikken.

Konstruksjonen om hjemmesykepleie som både en omfattende og uklar profesjonell praksis peker på motsetninger i hvordan praksisen blir forstått. Hjemmesykepleierne setter ord på praksisen sin som omfattende og nesten grenseløs, og dette kan være en årsak til at innholdet fremstår uklart.

6.1.2 Det særlige ved hjemmesykepleiernes praksis

Jeg vil videre utdype diskusjonen om hvordan hjemmesykepleie blir konstruert, gjennom å se på diskursene om hva som blir presentert som det særlige ved denne profesjonelle praksisen. I artikkel 2 og 3 ble posisjoneringsteori anvendt som analytisk perspektiv for å utforske hvordan det særlige med hjemmesykepleie blir satt ord på i profesjonelle og politiske diskurser. Posisjonering er en kontekstuell og språklig prosess hvor aktørene kontinuerlig posisjonerer seg og blir posisjonert (Kayı-Aydar, 2018). En profesjonell praksis er ifølge Kemmis et al. (2014) alltid en del av en sosial, kulturell og historisk kontekst, som igjen former de rådende diskursene om hva praksisen blir konstruert til å være.

Funn fra artikkel 2 viser hvordan hjemmesykepleierne selv setter ord på hva som er det særlige ved deres arbeid og som skiller det fra andre kontekster og yrkesgrupper. Ut fra dette identifiserte vi tre posisjoner og diskursive praksiser som spesifikke for sykepleiernes arbeid i hjemmesykepleie. Den første er vurdering av helsebehov, som hjemmesykepleierne understreket som en avgjørende og selvstendig oppgave og ansvar som de må følge opp ved hvert hjemmebesøk, og som er særlig viktig for å fange opp endringer i pasientenes helsesituasjon. Den neste posisjonen handler om å utføre avanserte prosedyrer og medisinsk oppfølging. Hjemmesykepleiernes diskurser om praksisen viser hvordan de ser på dette som et sentralt arbeidsområde, og det blir understreket at dette er noe som sykepleierne må ivareta og som ikke kan delegeres til andre helsearbeidere i hjemmetjenesten. Sykepleieres tid og oppmerksomhet ser ut til i økende grad å være rettet mot sykere pasienter som trenger avansert behandling hjemme.

Den siste posisjonen som fremsto som vesentlig i hjemmesykepleiernes arbeid, er å koordinere arbeidet og finne tilpassede løsninger i forskjellige hjem. Dette kan kobles til det som Allen (2018b) omtaler som sykepleiernes organiseringsarbeid, og hjemmesykepleierne understreket at de bruker mye tid på dette. I hjemmesykepleie må sykepleierne ofte finne kreative og tilpassete løsninger hjemme hos hver enkelt pasient, og dette fremhevet deltakerne som et særtrekk ved arbeidet. Hjemmesykepleierne i studien brukte ofte uttrykket om at de må kunne *hive seg rundt*, og dette formidler et bilde av en praksis som krever raske og individuelle tiltak i de ulike hjemmene. Denne konstruksjonen av dagens hjemmesykepleie kan sees sammen med de historiske røttene med handlekraftige

diakonisser som gikk inn i de ulike hjemmene og fant pragmatiske løsninger (Martinsen, 1984).

Ansvar for å sikre tilstrekkelig omsorg hjemme for pasienter med omfattende helsebehov, ble identifisert som en overordnet posisjon i hjemmesykepleiernes arbeid, som favner de tre posisjonene og arbeidsområdene som ble presentert som spesifikk. De tre posisjonene kan forstås som lokale diskursive praksiser og det Gee (2014) omtaler som små diskurser. Samtidig er disse diskursene også en del av noen større diskurser om sykepleie og hjemmesykepleiepraksis. Diskursive praksiser om faglig vurdering av helsebehov og avansert medisinsk behandling, kan forstås som å gjenspeile en medisinsk behandlingdiskurs som er fremtredende innen helsetjenester (Dunn & Jones, 2010). Her vil jeg argumentere for at posisjonen med å vurdere, også kan knyttes an til omsorgsdiskurser med vekt på det nære og relasjonelle ved sykepleiernes arbeid. Når sykepleierne presenterer arbeidet med å vurdere, vektlegger de nettopp betydningen av å se den enkelte og kjenne hjemmesituasjonen. Den tredje posisjonen, om å finne tilpassete løsninger for den enkelte, kan også kobles til diskurser om sykepleie som en omsorgspraksis med vekt på det nære og relasjonelle. Dette formidler hvordan hjemmesykepleie og sykepleie som sådan, befinner seg innenfor flere diskurser med vekt på både medisinsk behandling og faglig omsorg (Benner et al., 2009; Canam, 2008).

Et annet spørsmål er hvordan de profesjonelle konstruksjonene samsvarer med politiske diskurser og konstruksjoner om hjemmesykepleie. I artikkel tre er dette belyst gjennom hvordan hjemmesykepleie blir plassert som en del av løsningsbildet i politiske diskurser. Det blir nevnt at sykepleiernes vurderingskompetanse er viktig ettersom det er stadig flere alvorlig syke pasienter som får helsehjelp hjemme. Dernest blir hjemmesykepleiernes koordinerende funksjon eksplisitt nevnt som en del av det tverrfaglige samarbeidet i kommunen. Utover dette er ikke hjemmesykepleie gitt en tydelig eller fremtredende posisjon i de politiske føringene.

De tildelte og tilgjengelige posisjonene til en profesjonell praksis er i stor grad påvirket av hvordan andre yrker er plassert i det gitte feltet. Posisjonering av ulike yrkesgrupper er styrt av de ulike gruppernes status og autoritet, og Bucher et al. (2016) kaller dette diskursivt grensearbeid. Samfunnsmandatet til de enkelte helseprofesjonsgruppene kommer blant

annet til uttrykk i politiske føringer, som er uttrykk for samfunnets forståelse av deres bidrag og plassering i helsetjenestelandskapet. Posisjoneringen foregår både på politisk nivå og i det praktiske feltet og er gjensidig formet av profesjonenes selvforståelse, status og samfunnsmandat (Kayı-Aydar, 2018). Dermed forteller posisjoneringen om maktforhold og viser hvordan noen blir gitt eller tar mer plass enn andre. Hvordan ulike yrkesgrupper er posisjonert og forstått inn i et felt, er også et resultat av historiske tradisjoner og diskurser.

Diskursene om hva som er det særlige ved hjemmesykepleiernes arbeid, gjenspeiler endringer i praksisfeltet når det gjelder arbeidsoppgaver og tilgjengelige personal-ressurser. Den diskursive posisjoneringen foregår i forhold til andre profesjonsgrupper, hvor hjemmesykepleierne avgrensner arbeidet sitt i forhold til hva andre bidrar med eller har lov eller rett til å gjøre. I fokusgruppeintervjuene kom dette til syne ved at sykepleierne snakket om hva de måtte gjøre som for eksempel helsefagarbeidere ikke har kompetanse til, eller hva som er innenfor fastlegens eller andre profesjonsgruppers ansvar. Det diskursive grensearbeidet kommer også fram i de politiske tekstene, ved at noen grupper blir mer vektlagt. For eksempel er leger og fysioterapeuter gitt mer plass i de analyserte dokumentene som en del av gode innovative løsninger. Samtidig er posisjonering en dynamisk og kontinuerlig prosess, som justeres og reforhandles av de involverte aktørene (Harré et al., 2009). Språkbruk om egen praksis er med å påvirke hvordan en praksis blir oppfattet innad og i samfunnet.

Posisjoneringen av det spesifikke for hjemmesykepleie kom også til syne gjennom hvordan sykepleierne diskursivt avgrenset arbeidet sitt i forhold til andre kontekster. Hjemmesykepleierne snakket om hvordan deres arbeidspraksis er annerledes enn å arbeide på sykehus. Dette var en gjentakende historie i fokusgruppeintervjuene, som ble brukt for å formidle det særlige ved å arbeide i hjemmebaserte kontekster. Sykepleierne snakket om at hjemmesykepleie er annerledes ved at det er et så stort spekter av pasienter og oppgaver. Sykehusavdelinger er mer spesialiserte når det gjelder pasienter og sykdommer, og i hjemmesykepleie er det ikke noen tilsvarende avgrensning. Videre satte hjemmesykepleierne ord på hvordan det er annerledes å arbeide i pasientenes egne hjem og at dette krever fleksibilitet og kreativitet av dem som fagpersoner. Dessuten understreket de at arbeidskonteksten ikke bare er ett hjem, men mange ulike hjem og hjemmesituasjoner

som de må tilpasse arbeidet til. Det er et velkjent aspekt ved hjemmesykepleie at arbeidskonteksten er i pasientens hjem, noe som er presentert i flere studier om hjemmesykepleie (Eilertsen & Kiik, 2016; Martinsen et al., 2018; Turjamaa et al., 2014; Öresland et al., 2008). Imidlertid er betydningen av at det er mange ulike hjem og logistikken knyttet til dette, i mindre grad presentert i tidligere studier. Dette kom fra i hjemmesykepleiernes diskurser om det særlige ved arbeidet deres og utfordringer knyttet til å finne tilpassete løsninger i mange forskjellige hjem. De snakket også om utfordringer knyttet til lange avstander og kjøretid, noe som kom mest fram i fokusgruppeintervjuene i landkommunene.

Å utforske hjemmesykepleie bare ved å se på hvilke oppgaver sykepleierne utfører, blir for ensidig, og fanger ikke hva hjemmesykepleie omfatter (Halcomb et al., 2016). Hjemmesykepleierne i studien avgrenset arbeidet til en viss grad basert på arbeidsoppgaver, men samtidig la de vekt på sitt faglige ansvar og mandat som går utover et oppgavebasert fokus. Posisjoner blir ofte assosiert og legitimert med visse rettigheter og forpliktelser (Harré et al., 2009). Hjemmesykepleierne legitimerte sitt arbeid i hovedsak basert på pasientenes helsemessige situasjon og egen faglige kompetanse og ansvar.

6.1.3 Spenningsfelt og motstridende konstruksjoner

Et av forskningsspørsmålene i avhandlingen er knyttet til spenningsfelt mellom motstridende diskurser om hjemmesykepleie. Gjennom å utforske språkbruk om hjemmesykepleie, ble flere både utfyllende og motstridende konstruksjoner om hjemmesykepleie identifisert.

I artikkel 1 ble flere spenningsfelt analysert fram ut fra hvordan hjemmesykepleiernes snakket om sin arbeidspraksis. Diskursene ble her belyst som binære opposisjoner mellom individualisert omsorg versus organisering av arbeid, hverdagsomsorg versus medisinsk oppfølging og følge regler versus bruk av profesjonelt skjønn. De binære opposisjonene formidler hvordan hjemmesykepleierne setter ord på hva som blir vektlagt i arbeidet og motstridende krav som de prøver å balansere. Her forstår jeg binaritetene som diskursive praksiser og små diskurser (jnf Gee, 2014) som igjen gjenspeiler større styrende logikker. For å belyse denne kompleksiteten, ble institusjonell logikk anvendt som et analytisk perspektiv til å vise hvordan flere ulike logikker og spenningsfelt er med på å styre hjemmesykepleie

som praksis (Thornton et al., 2012). Som en del av de offentlige velferdstjenestene, befinner hjemmesykepleie seg i et krysspress mellom ulike profesjonelle, byråkratiske og markedsorienterte logikker som styrer og former praksisen (Evetts, 2013; Mik-Meyer, 2017; Molander, 2016). Disse spenningene blir spesielt tydelige i møte med pasientsituasjoner og behov som går utover hva krav til effektivitet tillater.

Hjemmesykepleiernes diskurser vil kunne gjenspeile styrende institusjonelle logikker i velferdsorganisasjonen, og reflekterer dermed ikke bare deres profesjonelle logikk og verdigrunnlag, men også byråkratisk og markedsorientert logikk (Mik-Meyer, 2017; Molander, 2016). Dette var i denne studie spesielt tydelig i spenningen mellom regelstyring og fleksible faglige tilnærminger. Sykepleiernes språklige mønstre fortalte om en praksis preget av kontrakter og regler, mens de også understreket viktigheten av faglig skjønn og individuelle tilpasninger for den enkelte pasient. Konflikten mellom profesjonelt skjønn og byråkratisk standardisering i hjemmesykepleie er presentert i flere studier (Björnsdóttir, 2014; Davies et al., 2011; Strandås et al., 2018; Wollscheid et al., 2013) og i denne avhandlingen kom dette fram som et av flere spenningsfelt.

Den diskursive praksisen knyttet til den individuelle hverdagslivsomsorgen formidler viktige verdier i hjemmesykepleiernes arbeid, som de selv understreket som unikt i denne praksisen. Dette kommer også fram i tre etnografiske studier om hjemmesykepleiernes arbeid, hvor det relasjonelle i hjemmesykepleie blir løftet fram som avgjørende et avgjørende kjernetema i praksisen (Björnsdóttir, 2017; Strandås et al., 2018; Wälivaara et al., 2013). Samtidig viste hjemmesykepleiernes diskursive praksis, i vår studie, at det ofte er andre arbeidsområder som får forrang. Flere av deltakerne i fokusgruppeintervjuene uttrykte bekymring over at de har mindre tid nå til relasjonell kontakt og oppfølging av hverdagsomsorgen for pasientene. Mindre tid til det relasjonelle i arbeidet kan føre at pasienter ikke får den helsehjelpen de trenger for å ha en god hverdag hjemme. Det er samtidig et spørsmål om det er mulig å følge opp hverdagslivsomsorg i en travel arbeidspraksis i hjemmesykepleie.

Selv om sykepleierne arbeider med å balansere og ivareta de motstridende kravene, så vil det ikke alltid være mulig å få det til. Analysen viste at medisinsk oppfølging og organiseringsarbeid blir prioritert tidsmessig, og den relasjonelle hverdagsomsorgen får

mindre tid. Dette ble diskursivt mye knyttet til endringer med flere og sykere pasienter hjemme, samt hyppigere overføringer mellom sykehus og hjemmetjenesten. Det er forskjellige diskurser om hva som er løsninger på problemene i helsevesenet. For eksempel er økt markedsorientering presentert som en løsning på bærekraftsutfordringene innen eldreomsorg (Bureau et al., 2017; Cullen, 2019). Analysen av de politiske dokumentene gjorde at vi identifiserte noen dominerende økonomisk orienterte diskurser og løsninger som tar sikte på å redusere kostnadene i kommunehelsetjenesten ved å jobbe smartere og bedre. Disse diskursene støttes av uttrykk som “nye og bedre” løsninger, som er språklige uttrykk som gjerne blir assosiert med nyliberale og markedsorienterte diskurser (Cullen, 2019).

Økonomisk orienterte diskurser kan stå i motsetning til relasjonelle omsorgsorienterte diskurser med vekt på det nære og hverdagslige. I artikkel 1 kom dette fram som et spenningsfelt som sykepleierne erfarte i praksis og som de strekker seg langt for å klare å balansere. Når hjemmesykepleierne snakket om de mange og motstridene kravene i praksis, så brukte de mye verbmodaliteten *må*. Bruken av denne modaliteten forteller om en presset arbeidshverdag, og kan også tolkes til at det er viktige behov og verdier de mener er viktig å ivareta i arbeidet. Til tross for økende vekt på effektivitet med mindre tid til hverdagsomsorgen, forteller språkbruken til sykepleierne hvordan de kjenner på presset og ansvaret i møte med pasientene. Lignende dilemma er tidligere vist i flere norske studier (Førland et al., 2021; Melby et al., 2018; Strandås et al., 2019).

Hjemmesykepleie som profesjonell praksis foregår nær pasientene og i deres hjem, og dette gir hjemmesykepleierne innsyn i hverdagen til enkeltpasienter og deres nære pårørende. Dette kom fram i de profesjonelle diskursene og hjemmesykepleiernes vektlegging av nærheten til den enkelte pasient og hverdagsliv som unik i arbeidspraksisen deres. En måte å definere profesjonell praksis på, er at den kjennetegnes av at praksisutøvere anvender faglig kompetanse og politiske mandat i møte med den enkelte pasient (Freidson, 2001; Molander, 2016). Denne nærheten påvirker hvordan hjemmesykepleierne fortolker og iverksetter de byråkratiske ideologiene og føringene, jvf. Lipskys (2010) klassiske beskrivelse av bakkebyråkrater. Ikke bare fortolker hjemmesykepleierne politiske føringene, de er nære pasientene og ser konsekvensene av helsepolitiske prioriteringene i pasientenes hverdagsliv.

Spenningsfeltene som kom fram i hjemmesykepleiernes diskurser, formidler et bilde av en utfordrende praksis med et stort tidspress. Dette kan handle om motstridende forventninger og krav, men det kan ikke minst knyttes til spørsmålet om det er tilstrekkelige ressurser. Overføring av pasienter og arbeidsoppgaver til kommunehelsetjenesten med flere og sammensatte behov, gjør at behovet for kompetent personale har økt drastisk. Flere norske forskningsrapporter dokumenterer at selv om det er flere ansatte nå i kommunehelsetjenestene og hjemmesykepleie, så er det fortsatt ikke tilstrekkelig i forhold til økningene av pasienter (Dale et al., 2015; Gautun, 2021; Gautun & Syse, 2017). Både de profesjonelle og politiske diskursene gjenspeiler disse endringene og utfordringer knyttet til å ha tilstrekkelige med personale og kompetanse i hjemmesykepleie. Hjemmesykepleiernes diskurser peker særlig på betydningen av å ha tilstrekkelig med sykepleiere i dagens hjemmesykepleie. Her er det igjen å trekke fram det dobbelte perspektivet om at diskurser er både konstruert og konstruerende. Hvordan hjemmesykepleie blir snakket om og verdsatt i samfunnet og innen faget, vil kunne ha betydning for om dette oppfattes som en aktuell arbeidspraksis for sykepleier og kommende sykepleiere

I avhandlingen er det analysert fram flere paradokser i de profesjonelle og de politiske presentasjonene av hjemmesykepleie som profesjonell praksis. Med en diskursiv tilnærming, bidrar avhandlingen med å belyse flere spenningsfelt og motstridene interesser og forståelser om dagens hjemmesykepleie.

6.2 Rådende diskurser og endringer

Endring fremstår som et omdreiningspunkt i diskursene om hjemmesykepleie, underbygget av språklige uttrykk for forestillinger om fortid og nåtid. Hjemmesykepleierne snakket om hvordan deres praksis er nå i forhold til tidligere, og at de for eksempel nå har mindre tid til hver pasient enn det de hadde før. Likeledes er endring tematisert i de politiske dokumentene, med vekt på at helsetjenestene derfor må justeres.

Jeg vil videre diskutere funnene fra de tre artiklene i avhandlingen i lys av endring og hva som ser ut til å være rådende diskurser om dagens hjemmesykepleiepraksis. Dette

gjenspeiler den praksisteoretiske forståelsen av at en praksis alltid foregår i en bestemt kontekst som et svar på fortiden og orientert mot fremtiden, og dermed er i kontinuerlig forandring (Kemmis et al., 2014; Nicolini, 2016). De ulike diskursene om hjemmesykepleie er med å formidle en forståelse av hvor dagens praksis kommer fra og er på vei.

6.2.1 En generell og spesialisert praksis

Diskusjonen av de ulike konstruksjonene om hjemmesykepleie viser at det er en sammensatt praksis med flere paradokser i de språklige presentasjonene og forståelsene. Et paradoks er at dagens hjemmesykepleie blir omtalt som både en generell og spesialisert praksis, noe som kommer fram i både de profesjonelle og politiske diskursene. Hjemmesykepleie blir omtalt som en generell breddepraksis, samtidig som både sykepleierne og de politiske dokumentene vektlegger at praksisen er blitt mer spesialisert. Dette paradokset i språkbruken om hjemmesykepleie belyser ulike måter å forstå praksisen på, og jeg vil her diskutere dette med et endringsperspektiv.

Overføring av flere medisinske oppgaver fra sykehus ser ut til å ha ført til at medisinskorientert behandlingssideologi og diskurser i økende grad er blitt rådende i de hjemmebaserte helsetjenestene, med dertil vektlegging av behandling og presserende akutte oppgaver. Alvsvåg (2013) omtaler dette som en medisinsk kolonialisering i kommunehelsetjenesten. Et tilbakevendende uttrykk i funnene var at sykepleie i hjemmet er "en annerledes sykepleie" enn det som foregår på sykehus, men denne uttalelsen står i motsetning til at spesialiserte medisinske oppgaver ser ut til å få større plass i hjemmesykepleiernes arbeid. Andre diskursive studier peker på hvordan en mer spesialisert hjemmesykepleie styres av en medisinskorientert logikk (Dunn & Jones, 2010; Glasdam et al., 2020), og dette gir mindre tid til grunnleggende pleie og hverdagsomsorg som tradisjonelt har vært en viktig del av hjemmesykepleie. Utviklingsbildet av at helsetjenestene er blitt mer spesialiserte er understreket i de politiske dokumentene, og flere kartleggingsstudier bekrefter dette bilde (Sogstad et al., 2020). Dette er i tråd med utviklingstrekk internasjonalt (De Vlieghe et al., 2014; Landers et al., 2016). I de politiske tekstene blir hjemmesykepleie omtalt som en grunnleggende breddepraksis med behov for bred generalistkompetanse, samtidig som det blir påpekt at det nå er flere pasienter med

spesialiserte medisinske behov hjemme. Det er inn i denne utviklingen at avansert klinisk sykepleie blir presentert som en innovativ løsning i de politiske meldingene, og deres kompetanse blir i tråd med dette omtalt som «høyere breddekompetanse» for å kunne følge opp sykere pasienter hjemme (Meld.St. 26 (2014-2015)).

Konstruksjonen av hjemmesykepleie som både generell og spesialisert samsvarer med det som kom fram i diskursanalysen av tekstmaterialet fra fokusgruppeintervjuene. Sykepleierne omtalte praksisen som en mangfoldig generalistpraksis, med et spekter av ulike pasienter og helsebehov. Samtidig kom det fram en rådende diskursiv praksis om hjemmesykepleie som stadig mer spesialisert, og sykepleierne påpekte at det er vesentlig mer avansert hjemmebehandling enn tidligere. Sykepleierne var opptatt av å formidle det økende behovet for spesialisert medisinsk kunnskap og ferdigheter, og mente at dette gjør det mer attraktivt å jobbe i hjemmesykepleie. Medisinsk oppfølging ser ut til språklig å bli gitt mer prioritet og status i dagens hjemmesykepleie på bekostning av hjelp til hverdagslivet hjemme og grunnleggende behov.

6.2.2 Endringer og hva som ser ut til å bli vektlagt

Diskursanalysen av hvordan hjemmesykepleie blir konstruert, bidrar med å vise hva som blir løftet fram og satt ord på om denne praksisen. Hva som ser ut til å bli vektlagt språklig, er på denne måten med å belyse aktuelle endringer for hjemmesykepleie som praksis.

De politiske dokumentene fremhever sykdommer og problemer som kan løses eller forebygges, i samsvar med en forståelse av at politikk gjennomgående er rettet mot å løse problemer (Baachi, 2009). Med et slikt utgangspunkt vil gjerne problemer som ikke er så løsbare få mindre plass. Selv om grunnleggende omsorg blir nevnt som en nødvendig offentlig tjeneste i primærhelsetjenesten, er dokumentene dominert av diskurser om helseproblemene som kan løses eller forhindres. Mange pasienter som trenger hjemmesykepleie, har kroniske helsemessige tilstander som ikke kan løses og krever pleie over lang tid, men dette er i mindre grad artikulert i de analyserte dokumentene.

Det er forskjellige diskurser om hva som er gode løsninger på problemene i helsevesenet. For eksempel er økt markedsorientering presentert som en løsning på utfordringene knyttet

til økonomisk bærekraft innen eldreomsorg (Bureau et al., 2017; Cullen, 2019). I studien av de politiske dokumentene fant vi dominerende økonomisk orienterte diskurser som vektlegger kostnadsreduksjoner i kommunehelsetjenesten ved å jobbe smartere og bedre. Det er vekt på at befolkningen skal være selvhjulpne, aktive og ta ansvar for egen helse. En god del av mottakerne av hjemmesykepleie er ikke i stand til å oppfylle denne politiske «forventningen», som for eksempel personer med ulike progredierende sykdommer, demens eller psykiske sykdommer som trenger mye oppfølging og derfor er avhengige av andre for å kommunisere sine behov. I fokusgruppeintervjuene kom dette til syne, gjennom at hjemmesykepleierne uttrykte bekymring for at de har for lite tid til å følge opp for eksempel personer med demens og skrøpelige eldre.

Med en markedsorientert logikk kan langvarig omsorg bli betraktet som en kostnad, som ikke lever opp til målet om kostnadseffektivitet. Myndighetene vil sannsynligvis heller vektlegge tjenester som er mer kostnadseffektive, som behandling, forebygging og rehabilitering. Et eksempel på en slik tjeneste som blir satset på og løftet fram i de politiske føringene er hverdagsrehabilitering, som har som mål å bidra til økt selvhjulpnehet for hjemmeboende. Det som fremstår som skjult, er at det er noen pasienter som taper her, de «resultatløse» som ikke kan bli mer selvhjulpne og bedre. Flere omsorgsteoretikere etterspør økt anerkjennelse av omsorgsarbeid, og peker på hvordan nyliberale ideologier og løsninger basert på bildet av selvhjulpne rasjonelle individer, i stor grad overser realitetene i menneskelig avhengighet og sårbarhet (Butler, 2015; Dahl, 2019; Wærness, 1987). Den sterke vektleggingen av enkeltpersoner som kan ta ansvar for helse- og tjenestebehovet, gjenspeiler ikke fullt ut hvem som trenger sykepleie hjemme i dag. Her kommer det fram motstridende diskurser om hjemmesykepleie som grunnleggende omsorg for eldre og kronisk syke pasienter, mens det samtidig er en fremtredende diskurs om at alt skal forebygges eller behandles. Ideologien om uavhengighet ser ut til å overskygge det faktum at sykdom og forverret helse gjør folk avhengige av omsorg fra andre.

6.3 Avhandlingens mulige implikasjoner

Avhandlingen bidrar med en diskursiv tilnærming i utforskningen av hjemmesykepleie som profesjonell praksis. Et viktig bidrag i avhandlingen er å vise hvordan hjemmesykepleiernes språkbruk forteller om en travel praksis med flere spenningsfelt og motstridende krav.

Videre belyser studien sykepleiernes særlige bidrag innenfor dette komplekse helsetjenestelandskapet. Hjemmesykepleie blir presentert som selvstendig med ansvar for oppfølgingen av alvorlig syke pasienter, og ikke minst at det handler om å finne tilpassete løsninger i hvert enkelt hjem.

Hjemmesykepleie er en stor del av primærhelsetjenesten, og det er derfor påfallende at sykepleie har en så liten plass i politikken om nåværende og fremtidige tjenester. Jeg vil argumentere for at dette fører til at viktige perspektiver blir utelatt og får for lite oppmerksomhet. Dagens primærhelsetjenester og derunder hjemmesykepleie, er et sammensatt og ofte utfordrende landskap. Komplekse gjenstridige problemer krever flere innspill og forståelser, og Head og Alford (2015, s. 725-726) argumenterer for at alle involverte aktører må involveres med vekt på samarbeid og gjensidig tilpasning. Lipsky (2010) vektlegger posisjonen til de praksisnære utøverne av politikken, og denne koblingen understreker det relevante med å se på politiske og profesjonelle diskurser sammen. Dette viser viktigheten av at de som er nær der konsekvensene av helsepolitikken utspiller seg, formidler deres perspektiv og deltar i politiske diskurser.

Ved å utforske tilstedeværelsen av hjemmesykepleie i de politiske tekstene, ble det avdekket at noen pasientgrupper og omsorgsbehov er mindre inkludert. En hensikt med kritisk diskursanalyse er å belyse en gjeldende språklig praksis og avdekke maktforhold og om noen kommer dårlig ut eller blir urettferdig behandlet (Fairclough, 2013). De identifiserte rådende diskursene indikerer at hjemmesykepleie beveger seg mot å være en mer spesialisert medisinsk tjeneste, noe som har implikasjoner for hva som får oppmerksomhet og blir snakket om. Hjemmesykepleiernes diskursive praksis viste at pasienter med komplekse og presserende behov får mye av sykepleiernes oppmerksomhet, og dette ser ut til å gi mindre tid til pasienter med gradvis forverring. Dette indikerer at enkelte pasientgrupper ser ut til å være vanskeligstilte i en tjeneste som blir mer spesialisert. Spesielt inkluderer dette eldre

med sammensatte lidelser og mennesker med psykiske lidelser som trenger støtte for å håndtere hverdagen hjemme alene (Brennan et al., 2012; Næss et al., 2017).

De politiske tekstene formidler et bilde av den offentlige forståelsen og endringer innen primærhelsetjenesten. Et eksempel på språk og ordbruk som er verdt å legge merke til i dokumentene, er bruken av *omsorg*. I alle de analyserte dokumentene, blir omsorg brukt for å omtale tjenestene som hjemmesykepleie er en del av. Det er for eksempel en utpreget bruk av begrepet omsorgstjenester. Hvilke forståelser bærer dette med seg og betyr dette at det er en rådende omsorgsdiskurs i politikken? Kritiske stemmer påpeker at "omsorg" har blitt et politisk moteord, men at varme følelser og applaus er utilstrekkelig og krever mer radikale politiske endringer (Chatzidakis et al., 2020; Jon, 2020; Wood & Skeggs, 2020). Her kan det stilles spørsmål ved om det er en økt vektlegging omsorg, eller om den økte bruken av omsorgsbegrepet bare er glasur og ikke en reell helsepolitisk satsning. Behovet for en omsorgsorientert politikk som anerkjenner menneskelig svakhet, sårbarhet og gjensidig avhengighet, står i kontrast til rådende diskurser med vekt på effektivitet og markedsorientering. Politiske diskurser og logikker som vektlegger selvhjulpenhet og aktiv rehabilitering, passer bare delvis med praksisen i hjemmesykepleie.

Dominerende diskurser om hjemmesykepleie i de politiske føringene er konstruerende ved at de påvirker sykepleiernes forståelse av seg selv og hvordan de former sin praksis. Når hjemmesykepleie får en ubetydelig posisjon i offentlig politikk, kan det føre til at involverte beslutningstakere og sykepleiere selv undervurderer bidraget i praksis.

Hjemmesykepleiernes språkbruk er påvirket av samfunnets forståelse og forteller samtidig om deres profesjonelle identitet og selvforståelse, og dette er et rasjonale for å anvende et diskursivt og posisjoneringsperspektiv (Fairclough, 2013; Harré et al., 2009; Kayı-Aydar, 2018). Diskurser om hjemmesykepleie er dermed av betydning for samfunnet, politiske beslutningstakere og hjemmesykepleie og sykepleiere. Det er vesentlig at bidraget til sykepleiere i primærhelsetjenesten anerkjennes og kommuniseres bedre til samfunnet, slik WHO (2020) påpeker. Hjemmesykepleie påvirker enkeltpasienters helse og hverdag; og det er derfor vesentlig å belyse og diskutere konsekvenser av pågående endringer. Her vil jeg hevde at hjemmesykepleiernes stemme er vesentlig nettopp fordi de har en unik posisjon med sin nærhet til pasienter og kompetanse til å vurdere helsebehov hjemme hos den

enkelte. Det er nødvendig å være oppmerksom på pågående endringer og hvordan de påvirker sykepleieutøvelsen og ikke minst omsorgen for pasientene.

Avslutningsvis vil jeg stille spørsmål om hva som kan være fremmede eller ønskelige diskurser om dagens hjemmesykepleie. Dette er normativt og et spørsmål om perspektiv, som Fairclough (2009) understreker. Med et konstruktivistisk blikk, finnes det ikke en sannhet om hjemmesykepleie, og det er mange mulige konstruksjoner om hva hjemmesykepleie er og kanskje skal være. Dette er viktig å diskutere i samfunnet og innad i sykepleieprofesjonen. Utviklingen av sykepleie i hjemmesykepleie omhandler sykepleie som profesjon og angår ikke minst utdanningen av sykepleiere. Språkbruk om sykepleie blir kontinuerlig formet gjennom praksis og utdanning. Avhandlingen bidrar med kunnskap om hvordan hjemmesykepleiere setter ord på sin egen praksis, og hva de forstår som det spesifikke med praksisen. De faglige diskursene formidler på denne måten aktuelle spenningsfelt og arbeidsområder, og dette er også relevant inn i diskusjoner om hva som er aktuell sykepleiekompetanse i hjemmesykepleie.

6.4 Diskusjon av metodologi og begrensninger

Det overordnede forskningsspørsmålet er hvordan hjemmesykepleie blir konstruert, og dette er blitt utforsket gjennom kritisk diskursanalyse av to kilder: fokusgruppeintervjuer med hjemmesykepleiere og offentlige politiske dokumenter. Forskningsdesignet var kvalitativt utforskende med en sosialkonstruktivistisk tilnærming. Jeg vil diskutere avhandlingens metodologi og begrensninger ved den valgte tilnærmingen.

6.4.1 Studiens troverdighet

I kvalitativ forskning blir gjerne begrepene *troverdighet*, *gyldighet* og *overførbarhet* brukt for å vurdere studiens kvalitet (Creswell & Poth, 2018; Koch, 1998). Innen kvantitativ forskning brukes ofte begrepene *validitet*, *reliabilitet* og *generaliserbarhet*, men disse begrepene er ikke uten videre anvendbare i kvalitativ forskning (Creswell & Poth, 2018). Jeg vil i det følgende bruke begrepene *troverdighet*, *gyldighet* og *overførbarhet* når jeg kritisk vurderer den forskningsmessige kvaliteten ved avhandlingen.

I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet, og omfatter hele studien (Creswell & Poth, 2018; Thorne, 2016). De ulike begrepene overlapper, og for eksempel så vil gyldighet være avhengig av pålitelighet i datakonstruksjonen. Spørsmålet om gyldighet handler om studien har undersøkt det som skulle undersøkes, mens pålitelighet er knyttet til hvordan forskningsprosessen er gjennomført. I avhandlingen har jeg søkt å ivareta gyldighet og pålitelighet gjennom å gjøre rede for hva som er gjort og refleksjoner knyttet til ulike metodiske valg. Dette handler om å synliggjøre forskningsprosessen for å vise hva slags datagrunnlag og fortolkninger studien bygger på.

Gyldighet kan i studien blant annet knyttes til valg av analytiske tilnærminger og kilder. Med kritisk diskursanalyse har jeg utforsket språkbruk for å belyse en faglig praksis. Dette betyr at jeg ikke har sett på hva som faktisk blir gjort og vektlagt, men utforsket språklige konstruksjoner. Å flytte oppmerksomheten over til språk, innebærer et skifte til en kommunikativ rasjonalitet og hvordan det språklige bidrar til å produsere og reprodusere sosiale forhold (Beedholm et al., 2014). Rasjonale for å velge denne tilnærmingen bygger på en forståelse av at språk og diskursive praksiser er konstruert og konstruerende, og formidler dermed både en forståelse av en praksis og er samtidig med og former den.

Videre handler gyldighet også om i hvilken grad de utvalgte kildene er relevante til å bidra med kunnskap om det som studeres. Jeg har argumentert for valget av hjemmesykepleiernes stemme ut fra deres nærhet til eget arbeid og konsekvensene av de politiske prioriteringene. Analyse-enhetene har vært fokusgruppene og ikke den enkelte deltaker, ut fra et ønske om å utforske diskusjonene og mønstre i hvordan sykepleierne som gruppe snakket. Fokusgruppeintervju er blitt brukt som metodisk tilnærming for å få innblikk i de profesjonelle diskursene om hjemmesykepleie. En innvending her kan være om språkbruken i fokusgruppeintervjuene er i tråd med det som skjer i praksis, og videre om deltakerne tør å si det de mener (Peräkylä, 2011). Troverdigheten av kunnskap utviklet fra fokusgruppeintervju vil være nært knyttet til de enkelte deltakerne, interaksjonen og relasjonene i gruppen (Reed & Payton, 1997), og her er det flere utfordringer. I studien ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer i seks ulike kommuner, og som forsker hadde jeg ikke kjennskap til deltakerne, deres relasjoner og hvorvidt det var noen mulige

problematiske maktforhold. For eksempel var det i en av gruppene en deltaker som var helt taus og selv på direkte spørsmål hadde hun ingen kommentarer. Hva dette handlet om, blir bare spekulasjoner og jeg vet ikke noe mer om dette. Funnene fra analysen viste at det var mye sammenfallende språkbruk på tvers av gruppene, og dette kan være med å bekrefte gyldigheten på det som kom fram.

Det ble gjort endring i fokus underveis i studien, og det er betimelig å vurdere om forskningsdesignet og metodiske tilnærminger passer og er gyldig. Underveis i analysen av fokusgruppeintervjuene, beveget studien seg fra å omhandle kompetanse til å ha søkelys på hjemmesykepleie som profesjonell praksis. Endringen skjedde mye på bakgrunn av hva som kom fram språklig i tekstene fra fokusgruppeintervjuene. Jeg vurderer at endringen i prosjektet er i tråd med den sosial konstruktivistiske tilgangen og kritisk diskursanalyse, med vekt på å utforske språkbruk om en praksis. Valg av fokusgruppeintervjuene ble gjort før denne endringen, og viste seg som en hensiktsmessig metode for kunnskapskonstruksjoner med hjemmesykepleierne i gruppe. Metodologiske valg var på denne måten med å påvirke endring av problemstilling og valg av teoretiske perspektiver i avhandlingen. Dette har jeg reflektert tidligere reflektert over i kapittel 4.5.2.

Empirien i avhandlingen er transkriberte tekster fra fokusgruppeintervjuer med hjemmesykepleiere, og offentlige politiske dokumenter. Dette betyr at jeg har avgrenset hvilke utvalg av kilder og diskurser jeg inkluderer. Det finnes flere mulige kilder som kunne vært aktuelle til å bidra til forståelser av hjemmesykepleie, som for eksempel pasientene, pårørende, helsefagarbeidere, ledere, fastleger, lærebøker eller media. Hadde jeg valgt å bruke andre kilder, ville sannsynligvis konstruksjonene om hjemmesykepleie sett annerledes ut. Funnene som diskuteres i avhandlingen bidrar med et innenfra-perspektiv fra hjemmesykepleierne sammen med et politisk perspektiv på dagens hjemmesykepleie. Som en videreføring og kritisk utdypning, vil det være relevant og interessant med fremtidig forskning som utforsker andre rådende diskurser og konstruksjoner om hjemmesykepleie. Særlig tenker jeg at det vil være viktig og nyttig å avdekke rådende diskurser om hjemmesykepleie fra pasienter og pårørendes perspektiv, fra de som erfarer hjemmesykepleie i sin hverdag og livssituasjon.

Gyldighet kan også kobles til *overførbarhet*, og i hvilken grad data utviklet i en bestemt kontekst er overførbart til andre kontekster. En måte å vurdere overførbarheten av funnene, er gjenkjennbarhet. Delmar (2010) argumenterer for begrepet *mønstergjenkjennelse* som et kvalitetskriterium for kvalitativ forskning, som kan erstatte generaliserbarhet som blir brukt i vurdering av kvantitative studier. Er funnene tankevekkende og bidrar til ny innsikt, og oppfatter andre konteksten for studien som sammenlignbar med sin egen virkelighet? Troverdigheten av studiene handler dermed ikke om funnene er direkte overførbare utover kontekst og fortolkninger, men om det er gjenkjennbare mønstre som kan bidra til ny innsikt i andre kontekster.

Avhandlingen bygger på data som er utviklet i en norsk kontekst, det er norske politiske dokumenter og hjemmesykepleiere som formidler forståelse om hjemmesykepleie i Norge. Spørsmålet er da om dette er relevant utover en norsk sammenheng. Alle tre artiklene i avhandlingen er skrevet på engelsk og publisert i internasjonale tidsskrift, noe som aktualiserer overførbarheten fra det norske til en større internasjonal sammenheng. Det har vært viktig å presentere den lokale norske konteksten som studiene er gjort i og samtidig knytte dette til internasjonale utviklingstrekk og aktuelle diskurser. Underveis i doktorgradsarbeidet har jeg presentert og diskutert funn og fortolkninger med forskere og fagpersoner fra sykepleieutdanning og det kliniske feltet, både i Norge og internasjonalt. Slike diskusjoner har vært viktige for å få innspill på om studien er aktuell utover en norsk kontekst og hvilke funn som var tankevekkende og engasjerende. Jeg har presentert og diskutert studien på utvekslingsopphold i Australia og Danmark, og erfarte at selv om kontekstene er ulike så er det likevel mye felles endringstrekk i hjemmebasert sykepleie.

Forskning har en viktig rolle for å utvikle ny kunnskap og kan dermed også være med på å påvirke rådende forståelser og diskurser innen et gitt forskningsfelt. Dette peker på det moralske ansvaret ved forskning, og ikke minst ved forskning som kan få konsekvenser for menneskers liv og helse. Med dette bakteppet foreslår Thorne (2016, s. 102) at studier innen anvendt helseforskning må vurderes ut fra følgende tilleggskriterier: moralsk forsvarlighet, faglig relevans, pragmatiske hensyn, kontekstuell bevissthet og sannsynlig sannhet. Dette er aktuelt når det gjelder tematikken i avhandlingen. Å utforske rådende diskurser om hjemmesykepleie er et moralsk anliggende ved at det kan avdekke problematiske

konsekvenser av pågående endringer. Fremtredende diskurser om hjemmesykepleie har vist at noen pasientgrupper og arbeidsområder får mindre plass fordi andre oppgaver blir mer prioritert og satt ord på. Dette har jeg ønsket å synliggjøre og diskutere kritisk i avhandlingen. Det moralske aspektet og agendaen er blitt mer fremtredende underveis i avhandlingsarbeidet. Jeg har reflektert over agendaen knyttet til refleksivitet, endringer underveis og forskerposisjoneringen i kapittel 4.5. Utviklingen av en profesjonell praksis som hjemmesykepleie er et faglig og moralsk anliggende, og jeg vil argumentere for at studien er faglig relevant. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på studiens betydning og begrensninger.

6.4.2 Inspirert av kritisk diskursanalyse

Studien har hatt en diskursanalytisk tilnærming inspirert av Faircloughs kritiske diskursanalyse, og jeg vil reflektere over hva dette metodologiske valget betyr. Dette betyr at jeg har plassert studien innenfor en diskursiv tilnærming inspirert av Faircloughs teoretiske og metodiske beskrivelser (Fairclough, 2009, 2013). Jeg har vært opptatt av koblingen mellom språk og sosiale forhold, og hva de ulike diskursene om hjemmesykepleie kan fortelle om maktrelasjoner og hva som er fremtredende i dagens praksis. Samtidig har jeg valgt å bruke uttrykket «inspirert av» for å vektlegge en løsere tilknytning til Faircloughs utlegninger og at studien anvender utvalgte deler og versjoner av hans teorier og metodiske tilganger. Her støtter jeg meg til at Fairclough (2003) selv åpner opp for multiple analytiske tilnærminger og at forskeren kan velge analytiske verktøy etter hva som passer fenomenet som studeres.

Det har vært et krevende landskap å anvende kritisk diskursanalyse og finne veien i det analytiske arbeidet. Mange diskursanalytiske studier gjør bare i begrenset grad rede for det konkrete analysearbeidet (Rogers 2016), og det har derfor vært utfordrende å få innsikt i hvordan analysearbeidet kan gjennomføres. For meg ble de ulike analyseverktøyene en inngang og hjelp til å finne veien i analysearbeidet, slik Mauserhagen (2017) beskriver disse. Selv om analysen har beveget seg mellom empirien og teoretiske perspektiver, så har jeg vært opptatt av å la empirien stå fram. I delstudiene har valgene om analytiske verktøy blitt tatt som et resultat av møter med de empiriske tekstene, både transkripsjoner fra

fokusgruppeintervjuene og politiske dokumenter. Dette ble gjort ut fra et ønske om å ikke bli for avgrenset av de analytiske verktøyene, men heller la disse inspirere til å oppdage ting i tekstene.

Kritisk diskursanalyse inkluderer en kobling av lingvistikk og samfunnsteoretisk tilnærming (Fairclough, 2009), selv om det kan være ulikt hva som får mest vekt i analysearbeidet. Det kan være en utfordring med å ha overdreven tillit til enten språklige eller teoretiske analyser. Jeg har ikke gjort omfattende lingvistiske analyser, og har lagt vekt på å avdekke språklige mønstre med hvilke ord og uttrykk som blir brukt i de analyserte tekstene. Dersom søkelyset hadde vært mer på forhandlingene i hver gruppe og maktrelasjonene mellom deltakerne, så kunne jeg valgt å gå tettere på dialogene og lingvistiske grep i tekstene.

Det er begrensninger og utfordringer i å være inspirert av en type diskursiv tilnærming. Selv om det er likheter på tvers av ulike diskursive tilnærminger, er det også noen forskjeller (Gee, 2014; Jørgensen & Phillips, 1999). Det er viktig å være klar over teoretiske og metodiske variasjoner for at analysen og det begrepsmessige rammeverket skal være mest mulig sammenhengende og veloverveid. Jeg har underveis tilstrebet dette ved å gjøre rede for hva som er gjort og begrunnet dette ut fra studiens hensikt og empiri. Vektleggingen og bevegelsen ved å se på en språklig praksis i en større samfunnsmessig sammenheng, har vært et viktig bidrag med å anvende en kritisk diskursiv tilnærming og være inspirert av Fairclough (2000, 2013). Dette har bidratt til å belyse språklige konstruksjoner om hjemmesykepleie, hva disse kan handle om og en bevisstgjøring på hva som står på spill.

Diskurser formidler en versjon av en hendelse eller fenomen, i lys av et bestemt perspektiv (Burr, 2015). Med en sosialkonstruktivistisk forståelse, betyr dette at flere alternative versjoner er mulige og at diskurser om hjemmesykepleie kunne vært analysert og konstruert på flere måter og annerledes enn det jeg har gjort i avhandlingen.

7 Avsluttende refleksjoner

Konstruksjonen av forskningsfeltet viser hvordan hjemmesykepleie som sykepleiefaglig praksis står i en lang tradisjon, samtidig som det er stadige endringer. I avhandlingen har jeg utforsket hvordan hjemmesykepleie blir konstruert profesjonelt og politisk gjennom å se på mønstre i språkbruk. Studien er en kritisk diskursanalyse av fokusgruppeintervju med hjemmesykepleiere og av politiske dokumenter om primærhelsetjenesten. Analysen har identifisert rådende diskurser og spenningsfelt, samt hva de forteller om endringer i dagens hjemmesykepleie.

Hjemmesykepleie i endring er tittelen på avhandlingen, og endring viste seg å være et omdreiningspunkt både i de profesjonelle og de politiske diskursene. Diskursene formidler en forståelse av en praksis i endring, og språkbruken formidler hva som blir vektlagt i dagens praksis. Et endringsbilde som er sammenfallende mellom de profesjonelle og politiske diskursene, er diskursene om hjemmesykepleie som både en generell og en tiltagende spesialisert praksis. Hjemmesykepleie blir presentert som en generell praksis som omfatter et spenn av ulike pasienter og oppgaver, med vekt på bredde og mangfold. Samtidig blir det understreket at dette har endret seg, og at hjemmesykepleie nå er blitt en mer spesialisert praksis ved at sykere pasienter får oppfølging hjemme og dette krever spesialisert kompetanse.

Men de politiske og profesjonelle diskursene avviker i presentasjonen av hva som er hjemmesykepleiens bidrag og posisjon i dagens helsetjenester. I de analyserte politiske tekstene blir hjemmesykepleie i liten grad presentert som en del av løsningene, mens de profesjonelle diskursene formidler en annen forståelse. Hjemmesykepleierne posisjonerer arbeidspraksisen sin som avgjørende i oppfølgingen av hjemmeboende pasienter. Det spesifikke med hjemmesykepleie blir diskursivt presentert som en selvstendig funksjon med stort ansvar for oppfølgingen av alvorlig syke pasienter, og ikke minst at det handler om å finne tilpassete løsninger i hvert enkelt hjem.

Diskursene fra fokusgruppeintervjuene forteller om en omfattende, motsetningsfull praksis med høyt tidspress. Analysen avdekket hvordan medisinsk oppfølging og organiseringsarbeid har blitt mer dominerende, med mindre tid til individuelt relasjonsarbeid og

hverdagslivsomsorg. Et annet funn er hvordan byråkratisk effektiviseringslogikk påvirker arbeidet og hvordan sykepleiere prøver å tilpasse seg dette og samtidig ivareta egne profesjonelle kjerneverdier i hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie står i en lang historisk kontekst. Diakonissene var forløperne til dagens hjemmesykepleiere, og Martinsen (1984) beskriver hvordan de gikk inn i ulike hjem og var opptatt av å møte den enkelte families behov og finne tilpassede løsninger. Dette kan gjenkjennes som en faglig verdi i diskursene til dagens hjemmesykepleiere, samtidig som diskursene også peker på en arbeidshverdag som er mye styrt av andre hensyn.

Avhandlingen skal ikke forstås som et argument mot at avansert medisinske behandling foregår hjemme. Med en diskursiv tilnærming, har jeg vært opptatt av å belyse mulige konsekvenser av endringer i hjemmesykepleie og å peke på motsetninger, spenninger og problematiske forhold i dagens praksis. Det er problematisk at noe omsorgsarbeid ikke er tilstrekkelig vektlagt og at langtidsomsorg og såkalt resultatløs pleie får mindre plass i politikken og derav i praksis i hjemmesykepleie. Funnene i avhandlingen fremhever behovet for å sette ord på hjemmesykepleie som faglig praksis, og med dette som utgangspunkt bidra i den politiske og profesjonelle diskursen om framtidig utvikling av hjemmesykepleie.

Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of labor*. University of Chicago Press.
- Abbott, A. (1995). Things of boundaries. *Social research*, 62(4), 857-882.
<https://dx.doi.org/www.jstor.org/stable/40971127>
- Allen, D. (2014). *The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Allen, D. (2018a). Analysing healthcare coordination using translational mobilization. *Journal of health organization and management*, 32(3), 358-373.
<https://dx.doi.org/10.1108/JHOM-05-2017-0116>
- Allen, D. (2018b). Translational Mobilisation Theory: A new paradigm for understanding the organisational elements of nursing work. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 36-42. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.010>
- Allen, D., Purkis, M. E., Rafferty, A. M. & Obstfelder, A. (2019). Integrating preparation for care trajectory management into nurse education: Competencies and pedagogical strategies. *Nursing Inquiry*, 26(3), 1-11. <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12289>
- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion Vetenskapsfilosofi och kvantitativ metod (3. uppl.)* Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-04615-0.
- Alvsvåg, H. (1981). *Har sykepleien en framtid?* Universitetsforlaget.
- Alvsvåg, H. (1985). *Har sykepleien en framtid? En kritikk av den teoretiske sykepleien*. Universitetsforlaget.
- Alvsvåg, H. (1997). Velferdsstat versus velferdssamfunn. I H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal & M. Råheim (Red.), *Kunnskap, kropp og kultur: helsefaglige grunnlagsproblemer*. Ad Notam Gyldendal.
- Alvsvåg, H. (2001). Hjemmesykepleie. I E. Gjengedal & R. Jacobsen (Red.), *Sykepleie, praksis og utvikling*. Cappelen Akademisk.
- Alvsvåg, H. (2013). Hva er det nye i samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker? I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Cappelen Damm Akademisk.
- Alvsvåg, H. (2015). *Faglig skjønn og omsorg*. Cappelen Damm akademisk.
- Alvsvåg, H. & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. TanoAschehoug.
- Andersen, A. B., Frederiksen, K., Kolbæk, R. & Beedholm, K. (2017). Governing citizens and health professionals at a distance: A critical discourse analysis of policies of intersectorial collaboration in Danish health-care. *Nursing Inquiry*, 24(4), e12196.
<https://dx.doi.org/10.1111/nin.12196>
- Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson, M. & Jonasson, L.-L. (2017). Nurses competencies in Home health care: An interview study. *BMC Nursing*, 16(65), 1-8.
<https://dx.doi.org/10.1186/s12912-017-0264-9>
- Ashley, C., Halcomb, E. & Brown, A. (2016). Transitioning from acute to primary health care nursing: an integrative review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 25(15-16), 2114-2125. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13185>
- Austgard, K. (2014). På vei mot profesjonelt utdannede sykepleiere-Diakonissen Ulrikke E. Nissen i rollen som overgangsfigur. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(04), 314-322.
- Barrett, A., Latham, D. & Levermore, J. (2007). Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. *British journal of community nursing*, 12(10), 442-448.
<https://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2007.12.10.27265>

- Beedholm, K., Lomborg, K. & Frederiksen, K. (2014). Discourse analysis and the impact of the philosophy of Enlightenment in nursing research. *Nursing Inquiry*, 21(2), 112-120. <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12034>.
- Belzile, J. A. & Öberg, G. (2012). Where to begin? Grappling with how to use participant interaction in focus group design. *Qualitative research*, 12(4), 459-472. <https://dx.doi.org/10.1177/1468794111433089>
- Bendix Andersen, A., Beedholm, K., Kolbæk, R. & Frederiksen, K. (2018). When Clock Time Governs Interaction: How Time Influences Health Professionals' Intersectoral Collaboration. *Qualitative health research*, 1049732318779046. <https://dx.doi.org/10.1177/1049732318779046>
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation*. John Wiley & Sons.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. Doubleday.
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37. <https://dx.doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M. & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people-Competence evaluation tool'. *International journal of older people nursing*, 10(1), 59-72. <https://dx.doi.org/10.1111/opn.12057>
- Björnsdóttir, K. (2009). The ethics and politics of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 732-739. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.014>
- Björnsdóttir, K. (2014). The place of standardisation in home care practice: an ethnographic study. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1411-1420. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12412>
- Björnsdóttir, K. (2017). 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), 177-185. <https://dx.doi.org/10.1111/scs.12443>
- Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S. & Szebehely, M. (2012). The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 377-391. <https://dx.doi.org/10.1177/0958928712449772>
- Bucher, S. V., Chreim, S., Langley, A. & Reay, T. (2016). Contestation about collaboration: Discursive boundary work among professions. *Organization Studies*, 37(4), 497-522. <https://dx.doi.org/10.1177/0170840615622067>
- Burau, V., Zechner, M., Dahl, H. M. & Ranci, C. (2017). The political construction of elder care markets: Comparing Denmark, Finland and Italy. *Social Policy & Administration*, 51(7), 1023-1041. <https://dx.doi.org/10.1111/spol.12198>
- Burr, V. (2015). *Social constructionism*. Routledge.
- Butler, J. (2015). *Notes toward a performative theory of assembly*. Harvard University Press.
- Bølstad, J. (1985). *Hjemmesykepleie – kommunehelsetjenestens grunnpilar*. Tano.
- Baachi, C. L. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson Higher Education AU.
- Canam, C. J. (2008). The link between nursing discourses and nurses' silence: Implications for a knowledge-based discourse for nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 31(4), 296-307. <https://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82323>
- Ceci, C. (2008). Increasingly distant from life: problem setting in the organization of home care. *Nursing Philosophy*, 9(1), 19-31. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00331.x>

- Chatzidakis, A., Hakim, J., Littler, J., Rottenberg, C. & Segal, L. (2020). From carewashing to radical care: the discursive explosions of care during Covid-19. *Feminist Media Studies*, 20(6), 889-895. <https://dx.doi.org/10.1080/14680777.2020.1781435>
- Chouliaraki, L. & Fairclough, N. (1999). *Discourse in late modernity: Rethinking critical discourse analysis*. Edinburgh University Press.
- Christensen, T. & Lægneid, P. (2001). New Public Management i norsk statsforvaltning. I B. S. Tranøy & Ø. Østerud (Red.), *Den fragmenterte staten*. Gyldendal Akademisk.
- Collin, F. (2003). *Konstruktivisme*. Roskilde Universitetsforlag.
- Cowan, D. T., Norman, I. & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice - a controversial concept—a focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25(5), 355-362. <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2005.03.002>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). Sage publications.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4. utg.). SAGE Publications.
- Crowe, M. (2005). Discourse analysis: towards an understanding of its place in nursing. *Journal of advanced nursing*, 51(1), 55-63. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03461.x>
- Cruess, S. R. & Cruess, R. L. (2016). Professionalism as a social construct: the evolution of a concept. *Journal of graduate medical education*, 8(2), 265. <https://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-16-00102.1>
- Cullen, P. (2019). The discursive politics of marketization in home care policy implementation in Ireland. *Policy and Society*, 38(4), 606-625. <https://dx.doi.org/10.1080/14494035.2019.1622274>
- Dahl, H. M. (2019). Et forandret landskab for ældreomsorg. *Politica: Tidsskrift for Politisk Videnskab*, 51(1), 82-101. https://dx.doi.org/https://politica.dk/fileadmin/politica/Dokumenter/politica_51_1/dahl.pdf
- Dale, B., Folkestad, B., Fjørland, O., Hellesø, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2015). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? om utviklingstrekk i helse-og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. *Senter for omsorgsforskning, rapportserie 12/15*. <https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.5067.4960>
- De Vliegheer, K., Aertgeerts, B., Declercq, A. & Moons, P. (2015). Exploring the activity profile of health care assistants and nurses in home nursing. *British journal of community nursing*, 20(12), 608-614. <https://dx.doi.org/10.12968%2Fbjcn.2015.20.12.608>
- De Vliegheer, K., Declercq, A., Aertgeerts, B., Gosset, C., Heyden, I. & Moons, P. (2014). The activity profile of home nurses: a systematic review. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 257-265. <https://dx.doi.org/10.1177/1084822314527293>
- Dean, M. D. (2010). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society* (2. utg.). Sage.
- Delmar, C. (2010). "Generalizability" as Recognition: Reflections on a Foundational Problem in Qualitative Research. *Qualitative studies*, 1(2), 115-128. <https://dx.doi.org/10.7146/qs.v1i2.3828>
- Delmar, C. (2013). Omsorgsetik i klinisk sygepleje - den gode, kloge og rigtige sygepleje. I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Fjørland (Red.), *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Cappelen Damm Akademisk.
- Derrida, J. (1982). *Positions* Routledge.
- Duggleby, W. (2005). What about focus group interaction data? *Qualitative health research*, 15(6), 832-840. <https://dx.doi.org/10.1177/1049732304273916>

- Dunn, M. B. & Jones, C. (2010). Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005. *Administrative science quarterly*, 55(1), 114-149. <https://dx.doi.org/10.2189/asqu.2010.55.1.114>
- Eilertsen, I. & Kiik, R. (2016). Nurses' emotional challenges in providing home care in Norway. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), 82-87. <https://dx.doi.org/10.1177/2057158515623406>
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. Psychology Press.
- Eraut, M. (1998). Concepts of competence. *Journal of interprofessional care*, 12(2), 127-139. <https://dx.doi.org/10.3109/13561829809014100>
- Evetts, J. (2009). New professionalism and new public management: Changes, continuities and consequences. *Comparative sociology*, 8(2), 247-266. <https://dx.doi.org/10.1163/156913309X421655>
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current sociology*, 61(5-6), 778-796. <https://dx.doi.org/10.1177/0011392113479316>
- Fairclough, I. & Fairclough, N. (2012). *Political discourse analysis: A method for advanced students*. Routledge.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change* (Bd. 10). Polity Press
- Fairclough, N. (2000). Language and neo-liberalism. *Discourse & society*, 11(2), 147-148. <https://dx.doi.org/10.1177/0957926500011002001> 2000
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. Routledge.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling, redigert og oversatt av Elisabeth Halskov Jensen*. Hans Reitzel.
- Fairclough, N. (2009). A dialectical - relational approach to critical discourse analysis in social research. I R. Wodak & M. Meyer (Red.), *Methods of critical discourse analysis* (s. 162-186). Sage Publications.
- Fairclough, N. (2013). *Critical discourse analysis: The critical study of language*. Routledge.
- Fause, Å. & Michaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*. Fagbokforlaget.
- Finnbakk, E., Skovdahl, K., Blix, E. S. & Fagerström, L. (2012). Top-level managers' and politicians' worries about future care for older people with complex and acute illnesses—a Nordic study. *International journal of older people nursing*, 7(2), 163-172. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00312.x>
- Finnbakk, E., Wangensteen, S., Skovdahl, K. & Fagerström, L. (2015). The Professional Nurse Self-Assessment Scale: Psychometric testing in Norwegian long term and home care contexts. *BMC Nursing*, 14(1), 59. <https://dx.doi.org/10.1186/s12912-015-0109-3>
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Delmar, C., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2020). Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. *Nursing Inquiry*, e12375. <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12375>
- Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing—A discourse analysis. *Nursing Open*, (00), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1002/nop2.473>
- Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2021). The position of home-care nursing in primary health care: A critical analysis of contemporary policy documents. *Nursing Inquiry*, e12445. <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12445>
- Flöjt, J., Hir, U. L. & Rosengren, K. (2014). Need for preparedness: nurses' experiences of competence in home health care. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 223-229. <https://dx.doi.org/10.1177/1084822314527967>

- Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere. (2020). *Forskrift om spesialistgodkjenning for sykepleiere* (LOV-1999-07-02-64-§51). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://lovdata.no/forskrift/2019-11-19-2206>
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality, Vol. 1.* . Pantheon.
- Frederiksen, K. & Beedholm, K. (2018). Michel Foucaults og Norman Faircloughs tenkning: forskelle og ligheder. I *Å Tenke Med Foucault* (s. 43-67). Fagbokforlaget.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. Polity Press.
- Furåker, C. (2008). Registered Nurses' views on their professional role. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 933-941. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00872.x>
- Furåker, C. (2012). Registered nurses' views on competencies in home care. *Home Health Care Management & Practice*, 24(5), 221-227.
<https://dx.doi.org/10.1177/1084822312439579>
- Førland, O., Skutle, O., Alvsvåg, H. & Hjelle, K. M. (2021). Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse-og omsorgstjenester—en casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 19-34.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02>
- Garside, J. R. & Nhemachena, J. Z. (2013). A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33(5), 541-545.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.12.007>
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(2), 142-157. <https://dx.doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8.
<https://dx.doi.org/10.7577/njsr.2204>
- Gee, J. P. (2014). *An introduction to discourse analysis: Theory and method*. Routledge.
- Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., Melchiorre, M. G., Greco, C. & Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC health services research*, 11(1), 207.
<https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>
- Gergen, K. J. (2015). *An invitation to social construction* (3rd. utg.). Sage.
- Gherardi, S. (2009). Introduction: The critical power of the practice lens'. *Management Learning (special Issue)*, 40(2), 115-128.
<https://dx.doi.org/10.1177/1350507608101225>
- Gherardi, S. (2016). To start practice theorizing anew: The contribution of the concepts of agencement and formativeness. *Organization*, 23(5), 680-698.
<https://dx.doi.org/10.1177/1350508415605174>
- Gjellestad, Å., Oksholm, T. & Bruvik, F. (2020). Forced treatment and care in home-dwelling persons with dementia. *Nursing ethics*, 0969733020948107.
<https://dx.doi.org/10.1177/0969733020948107>
- Glasdam, S., Ekstrand, F., Rosberg, M. & van der Schaaf, A.-M. (2020). A gap between the philosophy and the practice of palliative healthcare: sociological perspectives on the practice of nurses in specialised palliative homecare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23(1), 141-152. <https://dx.doi.org/10.1007/s11019-019-09918-2>
- Glasdam, S., Oeye, C. & Thrysoe, L. (2015). Patients' participation in decision-making in the medical field—'projectification' of patients in a neoliberal framed healthcare system. *Nursing Philosophy*, 16(4), 226-238. <https://dx.doi.org/10.1111/nup.12092>
- Gramsci, A. (1971). *Selections from the prison notebooks, edited and translated by Q. Hoare and G. Nowell Smith*. Lawrence and Wishart.

- Grue, J. (2011). Maktbegrepet i kritisk diskursanalyse: Mellom medisinske og sosiale forståelser av funksjonshemming. I I. Hitching, T. R. Nilsen & A. B. Veum (Red.), *Diskursanalyse i praksis: Metode og analyse*. Høyskoleforlaget.
- Halcomb, E., Stephens, M., Bryce, J., Foley, E. & Ashley, C. (2016). Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *Journal of clinical nursing*, 25(9-10), 1193-1205. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13224>
- Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative research*, 10(1), 71-89. <https://dx.doi.org/10.1177/1468794109348683>
- Halkier, B. & Jensen, I. (2008). Det sociale som performativitet—et praksisteoretisk perspektiv på analyse og metode. *Dansk Sociologi*, 19(3), 49-68.
- Hammersley, M. (1997). On the Foundations of Critical Discourse Analysis. *Language & Communication*, 17(3), 237-248.
- Haraway, D. (2003). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. I Y. Lincoln & N. Denzin (Red.), *Turning points in qualitative research: Tying knots in a handkerchief* (s. 21-46). AltMira Press.
- Harré, R. & Moghaddam, F. (2003). Introduction: The Self and Others in Traditional Psychology and in Positioning Theory. I R. Harré & F. Moghaddam (Red.), *The self and others: Positioning individuals and groups in personal, political, and cultural contexts*. Praeger Publishers.
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Cairnie, T. P., Rothbart, D. & Sabat, S. R. (2009). Recent advances in positioning theory. *Theory & psychology*, 19(1), 5-31. <https://dx.doi.org/10.1177/0959354308101417>
- Harrits, G. S. (2016). Being Professional and Being Human. Professional's Sensemaking in the Context of Close and Frequent Interactions with Citizens. *Professions and Professionalism*, 6(2), 1522. <https://dx.doi.org/10.7577/pp.1522>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711-739. <https://dx.doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Heggestad, A. K. T., Magelssen, M., Pedersen, R. & Gjerberg, E. (2020). Ethical challenges in home-based care: A systematic literature review. *Nursing ethics*, 0969733020968859. <https://dx.doi.org/10.1177/0969733020968859>
- Held, V. (2006). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press on Demand.
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International journal of integrated care*, 10(1). <https://dx.doi.org/10.5334/ijic.508>
- Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K. & Foss, C. (2019). The integration of new nurse practitioners into care of older adults: A survey study. *Journal of clinical nursing*, 28(15-16), 2911-2923. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.14889>
- Holm, S. G. & Angelsen, R. O. (2014). A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC health services research*, 14(1), 439. <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-439>
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (2004). The active interview. *Qualitative research: Theory, method and practice*, 2, 140-161.
- Irvine, F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *Journal of clinical nursing*, 14(8), 965-975. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01193.x>

- Isaksson, J. (2011). Re-Evaluating the Meaning of School Difficulties. I A. E. Sjölander & J. G. Payne (Red.), *Tracking Discourses. Politics, Identity and Social Change* (s. 113-141). Nordic Academic Press.
- Jacobsen, F. F. & Mekki, T. E. (2012). Health and the changing welfare state in Norway: a focus on municipal health care for elderly sick. *Ageing International*, 37(2), 125-142. <https://dx.doi.org/10.1007/s12126-010-9099-3>
- Johansen, E. & Fagerström, L. (2010). An investigation of the role nurses play in Norwegian home care. *British journal of community nursing*, 15(10). <https://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.10.78742>
- Jon, I. (2020). A manifesto for planning after the coronavirus: Towards planning of care. *Planning Theory*, 19(3), 329-345. <https://dx.doi.org/10.1177/1473095220931272>
- Justesen, L. N. & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative research methods in organisation studies*. Gyldendal.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2012). *At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. Hans Reitzel.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.
- Kayı-Aydar, H. (2018). *Positioning theory in applied linguistics: Research design and applications*. Springer.
- Kemmis, S. (2009). Understanding professional practice: A synoptic framework. I B. Green (Red.), *Understanding and researching professional practice* (s. 19-38). Brill Sense.
- Kemmis, S. (2010). What is professional practice? Recognising and respecting diversity in understandings of practice IS. Kemmis (Red.), *Elaborating professionalism* (s. 139-165). Springer.
- Kemmis, S., Wilkinson, J., Edwards-Groves, C., Hardy, I., Grootenboer, P. & Bristol, L. (2014). Praxis, Practice and Practice Architectures. I J. Wilkinson, Edwards-Groves, C., Hardy, I., Grootenboer, P., Bristol, L., & Kemmis, S. (Red.), *Changing practices, changing education*. Springer.
- Knorr-Cetina, K. (2006). Knowledge in a knowledge society: Five transitions. *Knowledge, Work and Society*, 4(3), 23-41.
- Koch, T. (1998). Story telling: is it really research? *Journal of advanced nursing*, 28(6), 1182-1190. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00853.x>
- Koskela, M. (2013). Same, same, but different: Intertextual and interdiscursive features of communication strategy texts. *Discourse & Communication*, 7(4), 389-407. <https://dx.doi.org/10.1177/F1750481313498655>
- Krumsvik, R. J. & Røkenes, F. M. (2016). Litteraturreview i phd-avhandlingen. I Rune Johan Krumsvik (Red.). I R. J. Krumsvik (Red.), *En doktorgradsutdanning i endring. Et fokus på den artikkelbaserte avhandlingen*. Fagbokforlaget.
- Kraatz, M. S. & Block, E. S. (2017). Institutional pluralism revisited. I R. Greenwood, C. Oliver, T. B. Lawrence & R. E. Meyer (Red.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (s. 532-557). Sage.
- Kusi-Appiah, E., Dahlke, S. & Stahlke, S. (2018). Nursing care providers' perceptions on their role contributions in patient care: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 27(21-22), 3830-3845. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.14534>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research*. SAGE.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Landers, S., Madigan, E., Leff, B., Rosati, R. J., McCann, B. A., Hornbake, R., MacMillan, R., Jones, K., Bowles, K. & Dowding, D. (2016). The future of home health care: a

- strategic framework for optimizing value. *Home Health Care Management & Practice*, 28(4), 262-278. <https://dx.doi.org/10.1177/1084822316666368>
- Larsen, A., Broberger, E. & Petersson, P. (2017). Complex caring needs without simple solutions: The experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 342-350. <https://dx.doi.org/10.1111/scs.12352>
- Lausund, H. (2017). *Contracted care : an ethnographic study of home care nursing in Norway* [PhD avhandling, Det teologiske menighetsfakultet]. Oslo.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. I *The Sage handbook of qualitative research* (Bd. 4, s. 97-128).
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy, 30th ann. Ed.: dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation.
- MacLure, M. (2003). *Discourse in educational and social research*. McGraw-Hill Education (UK).
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Martimianakis, M. A., Maniate, J. M. & Hodges, B. D. (2009). Sociological interpretations of professionalism. *Medical education*, 43(9), 829-837. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03408.x>
- Martinsen, B., Mortensen, A. S. & Norlyk, A. (2018). Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses—a meta-ethnography. *British journal of community nursing*, 23(12), 597-604. <https://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.12.597>
- Martinsen, K. (1984). *Sykepleiens historie. Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsyrke vokser fram 1860–1905*. Aschehoug / Tanum-Norli.
- Mausethagen, S. (2017). Diskursanalytiske perspektiver i studier av profesjoner og profesjonelt arbeid. I S. Mausethagen & J. C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Universitetsforlaget.
- McCarthy, G., Cornally, N., Moran, J. & Courtney, M. (2012). Practice nurses and general practitioners: perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2286-2295. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04148.x>
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2017). A qualitative study of collaboration in general practice: understanding the general practice nurse's role. *Journal of clinical nursing*, 26(13-14), 1960-1968. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13598>
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). “We Tie Up the Loose Ends”: Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Global qualitative nursing research*, 5, 2333393618816780. <https://dx.doi.org/10.1177/2333393618816780>
- Meld.St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld.St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Merrick, E., Duffield, C., Baldwin, R., Fry, M. & Stasa, H. (2012). Expanding the role of practice nurses in Australia. *Contemporary nurse*, 41(1), 133-140. <https://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.133>
- Mik-Meyer, N. (2017). *The Power of Citizens and Professionals in Welfare Encounters: The Influence of Bureaucracy, Market and Psychology*. Oxford University Press.
- Moffatt, F., Martin, P. & Timmons, S. (2014). Constructing notions of healthcare productivity: the call for a new professionalism? *Sociology of Health & Illness*, 36(5), 686-702. <https://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.12093>

- Molander, A. (2016). *Discretion in the welfare state: Social Rights and Professional Judgment*. Routledge.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier -en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Universitetsforlaget.
- Moos, L. & Krejsler, J. (2006). Dominerende diskurser i talen om professioner. *Nordisk Pedagogik*, 26(4), 281-287.
- Murashima, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., Fukui, S. & Kayama, M. (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public health nursing*, 19(2), 94-103. [https://dx.doi.org/0737-1209/02/\\$15.00](https://dx.doi.org/0737-1209/02/$15.00)
- Møller, L. A. & Delmar, C. (2019). Hjemmesygeplejerskers rolle, opgaver og ansvar i sammenhengende patientovergange fra hospital til primærsektor. *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(02), 156-165. <https://dx.doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-08>
- Mørk, E. (2015). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. *Statistisk sentralbyrå, rapport nr 42*.
- Nagel, A.-H. (1991). *Velferdskommunen. Kommunene rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Alma Mater Forlag.
- NEM. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. www.etikkom.no. <https://doi.org/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Nicolini, D. (2011). Practice as the site of knowing: Insights from the field of telemedicine. *Organization Science*, 223, 602-620. <https://dx.doi.org/10.1287/orsc.1100.0556>
- Nicolini, D. (2016). Is small the only beautiful? Making sense of 'large phenomena' from a practice-based perspective. I A. A. Hui, T. Schatzki & E. Shove (Red.), *The nexus of practices* (s. 110-125). Routledge.
- Nissen, R. (1877). *Lærebog i sygepleie, manuskript for Diakonissehuset i Kristiania, utgitt 2000*. Gyldendal Akademisk.
- Norheim, K. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien—på rett sted til rett tid. *Sykepleien Forskning*, 10, 14-22. <https://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>
- NOU 1992: 1. *Trygghet, verdighet, omsorg*. Sosialdepartementet.
- NVivo. (2017). *Qualitative data analysis Software*. QRS International PTy Ltd
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC health services research*, 17(1), 1-10. <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>
- Peräkylä, A. (2011). Validity in Research on Naturally Occuring Social Interaction. I I. D. Silvermann (Red.), *Qualitative research* (3. utg.). Sage Publications.
- Purkis, M. E., Ceci, C. & Bjornsdottir, K. (2008). Patching up the holes: analyzing the work of home care. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, S27-S32. <https://dx.doi.org/10.1007/BF03403801>
- Pusa, S., Hägglund, K., Nilsson, M. & Sundin, K. (2015). District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(1), 93-100. <https://dx.doi.org/10.1111/scs.12134>
- Reed, J. & Payton, V. R. (1997). Focus groups: issues of analysis and interpretation. *Journal of advanced nursing*, 26(4), 765-771. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00395.x>
- Rogers, R., Schaenen, I., Schott, C., O'Brien, K., Trigos-Carrillo, L., Starkey, K. & Chasteen, C. C. (2016). Critical discourse analysis in education: A review of the literature, 2004

- to 2012. *Review of educational research*, 86(4), 1192-1226.
<https://dx.doi.org/10.3102/0034654316628993>
- Romøren, T. I. (1996). Eldreomsorg. I A. Hatland, S. Kuhnle & Romøren T. I. (Red.), *Den norske velferdsstaten* (2. utg.). Ad Notam Gyldendal.
- Rostad, H. M., Skinner, M. S., Hellesø, R. & Sogstad, M. K. R. (2020). Towards specialised and differentiated long-term care services: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 20(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05647-y>
- Sabab, N., Moen, A. & Bondevik, H. (2020). Språkbruk og mønstre i sykepleiernes journalføring. En diskursanalytisk tilnærming. *Sykepleien Forskning*.
<https://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82323>
- Sandvin, J. T. (1992). *Omsorgsideologier i forandring*. Kommuneforlaget.
- Schatzki, T. R. (2012). A primer on practices. Theory and Research. I J. Higgs, R. Barnett, S. Billett, S. Hutchings & F. Trede (Red.), *Practice-based education: Perspectives and strategies* (s. 13-26). Sense Publications.
- Sekse, R. J. T., Hunskår, I. & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e21-e38.
<https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13912>
- Skinner, M. W., Yantzi, N. M. & Rosenberg, M. W. (2009). Neither rain nor hail nor sleet nor snow: Provider perspectives on the challenges of weather for home and community care. *Social Science & Medicine*, 68(4), 682-688.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.022>
- Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Cappelen Damm akademisk.
- Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E.-M., Ulrich, S., Hayes, C. & Wood, L. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nursing Outlook*, 63(2), 130-136.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2014.08.004>
- Sogstad, M., Hellesø, R. & Skinner, M. S. (2020). The Development of a New Care Service Landscape in Norway. *Health Services Insights*, 13, 1178632920922221.
<https://dx.doi.org/10.1177/1178632920922221>
- St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. H.-o. omsorgsdepartementet.
- Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2018). The nurse-patient relationship in the New Public Management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of advanced nursing*, 75, 400-411. <https://dx.doi.org/10.1111/jan.13389>
- Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2019). Gaming the system to care for patients: a focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC health services research*, 19(1), 121. <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-3950-3>
- Szebehely, M. & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*, 28(3), 294-308.
<https://dx.doi.org/10.1177/0958928717735062>
- Tanggaard, L. (2007). The research interview as discourses crossing swords: The researcher and apprentice on crossing roads. *Qualitative inquiry*, 13(1), 160-176.
<https://dx.doi.org/10.1177/1077800406294948>
- Tarricone, R. & Tsouros, A. D. (2008). *Home care in Europe: the solid facts*. WHO Regional Office Europe.
- Thomé, B., Dykes, A. K. & Hallberg, I. R. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of clinical nursing*, 12(6), 860-872. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. Routledge.

- Thornton, P. H. & Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958–1990. *American journal of Sociology*, 105(3), 801–843.
<https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1086/210361>
- Thornton, P. H., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford University Press.
- Thorsen, K. (2004). Omsorgskultur i endring. I R. Dahle & K. Thorsen (Red.), *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Fagbokforlaget.
- Torfig, J. (2005). Discourse theory: Achievements, arguments, and challenges. I D. Howarth & J. Torfig (Red.), *Discourse theory in European politics. Identity, Policy and Governance* (s. 1-32). Palgrave Macmillan.
- Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A. M. (2014). Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3206-3217.
<https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12569>
- Tønnessen, S., Christiansen, K., Hjaltadóttir, I., Leino-Kilpi, H., Scott, P. A., Suhonen, R., Öhlén, J. & Halvorsen, K. (2020). Visibility of nursing in policy documents related to health care priorities. *Journal of Nursing Management*.
<https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12977>
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 16-24.
<https://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Tønnessen, S., Nortvedt, P. & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing ethics*, 18(3), 386-396.
<https://dx.doi.org/10.1177/0969733011398099>
- Vabø, M. (2012). Norwegian home care in transition—heading for accountability, off - loading responsibilities. *Health & social care in the community*, 20(3), 283-291.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabø & S. Vabo (Red.), *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Vabø, M., Christensen, K., Jacobsen, F. F. & Trætteberg, H. D. (2013). Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance: a research report on legislation, oversights, extent and consequences. I G. Meagher & M. Szebehely (Red.), *Marketisation in Nordic eldercare* (s. 163-202). Normacare, Nordic Research Network on Marketisation in Eldercare.
- Vatnøy, T. K., Karlsen, T. I. & Dale, B. (2019). Exploring nursing competence to care for older patients in municipal in-patient acute care: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 28(17-18), 3339-3352. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.14914>
- Vaartio-Rajalin, H. & Fagerström, L. (2019). Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionalism and effectivity? A scoping review. *Health & social care in the community*, 27(4), e270-e288. <https://dx.doi.org/10.1111/hsc.12731>
- Waerness, K. (1987). A feminist perspective on the new ideology of "community care" for the elderly. *Acta Sociologica*, 30(2), 133-150.
<https://dx.doi.org/10.1177/000169938703000202>
- Walton, J. A. & Lazzaro-Salazar, M. (2016). Othering the chronically ill: A discourse analysis of New Zealand health policy documents. *Health communication*, 31(4), 460-467.
<https://dx.doi.org/10.1080/10410236.2014.966289>
- Whitehead, D. (2010). Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. *Health Promotion International*, 26(1), 117-127. <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/daq073>

- Wollscheid, S., Eriksen, J. & Hallvik, J. (2013). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(2), 414-421. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01047.x>
- Wood, H. & Skeggs, B. (2020). Clap for carers? From care gratitude to care justice. *European Journal of Cultural Studies*, 23(4), 641-647. <https://dx.doi.org/10.1177/1367549420928362>
- Wälivaara, B.-M., Sävenstedt, S. & Axelsson, K. (2013). Caring relationships in home-based nursing care-registered nurses' experiences. *The open nursing journal*, 7, 89. <https://dx.doi.org/10.2174/1874434620130516003>
- Wærness, K. (2001). Hvem skal yte omsorgsarbeid? Utviklingen av offentlig hjemmebasert omsorg i tre nordiske land. I N. Berven & P. Sell (Red.), *Svekket kvinnemakt? De frivillige organisasjonene og velferdsstaten*. Gyldendal Akademisk.
- Öresland, S., Lutzén, K., Norberg, A., Rasmussen, B. H. & Määttä, S. (2013). Nurses as 'guests'—a study of a concept in light of Jacques Derrida's philosophy of hospitality. *Nursing Philosophy*, 14(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00557.x>.
- Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Jörgensen, M. W. & Lutzén, K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing ethics*, 15(3), 371-383. <https://dx.doi.org/10.1177/0969733007088361>
- Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A. & Lutzén, K. (2011). Home-based nursing: An endless journey. *Nursing ethics*, 18(3), 408-417. <https://dx.doi.org/10.1177/0969733011398098>

Artikler

Artikkel 1:

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alvsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing—A discourse analysis. *Nursing Open*, (00), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1002/nop2.473>

Abstract

Aim

To explore prevailing discourses on nursing competence in homecare nursing to boost understanding of practice within this field.

Design

A qualitative study with a social constructivist perspective.

Methods

Six focus-group interviews with homecare nurses in six different municipalities in Norway. Adapting a critical discourse analysis, data were linguistically, thematically and contextually analysed in the light of theories on competence, institutional logic and discourses.

Results

The analysis found homecare nursing to be a diverse and contradictory practice with ever-increasing work tasks. Presented as binary oppositions, we identified the following prevailing discourses: individualized care versus organizing work; everyday-life care versus medical follow-up; and following rules versus using professional discretion. The binary oppositions represent contradictory requirements that homecare nurses strive to balance. The findings indicate that medical follow-up and organizational work have become more dominant in homecare nursing, leaving less time and attention paid to relational and everyday-life care.

Artikkel 2:

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Delmar, C., Førland, O. & Alvsvåg, H. (2020). Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. *Nursing Inquiry*, e12375. <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12375>

Abstract

Ongoing changes in many Western countries have resulted in more healthcare services being transferred to municipalities and taking place in patients' homes. This greatly impacts nurses' work in home care, making their work increasingly diverse and demanding. In this study, we explore home-care nursing through a critical discourse analysis of focus group interviews with home-care nurses. Drawing on insights from positioning theory, we discuss the content and delineation of their work and the interweaving of contextual changes. Nurses hold a crucial position in home healthcare, particularly in ensuring care for sicker patients with complex needs. Assessing health needs, performing advanced care, and at the same time, providing customized solutions in various homes were identified as distinctive for home-care nurses' work. Changes have made nurses' work become driven by comprehensive tasks and acute medical needs that require much of their competence and time. Urgent care seems to take precedence in nurses' work, leaving less time and attention for other tasks such as conversations and support for coping with everyday life. This underlines the need to investigate and discuss the content and scope of nurses' work to help shape the further development of home-care nursing.

Artikkel 3:

Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C., & Alvsvåg, H. (2021). The position of home-care nursing in primary health care: A critical analysis of contemporary policy documents. NIN-21-01-OA-0001.R2 (Akseptert til publisering i *Nursing Inquiry* 7/6-21).

Abstract

Internationally, primary health care has in recent years gained a more central position in political priorities to ensure sustainable health care for the population. Thus, more people receive health care locally and in their own homes, where home-care nursing plays a large role. In this article, we investigate how home-care nursing is articulated and made visible in contemporary Norwegian policy documents. The study is a Fairclough-inspired critical discourse analysis seeking to uncover the position of nursing in the prevailing political ideologies on current primary health care. In the documents, we identified several complementary and conflicting understandings about home-care nursing. Home-care nursing is presented as a basic part of a municipality's health services, but at the same time, its content and contribution are unclear and almost invisible. We argue that the absence of nursing leads to significant perspectives being left out and tie this to the fact that some patient groups and tasks seem to be disadvantaged. The political placement of home-care nursing in the health-care landscape is thus not just about nursing as a professional practice but also concerns fundamental care values in our society in relation to disadvantaged groups and work tasks.

VEDLEGG 4

Ordsøk på begreper som omfatter hjemmesykepleie i de politiske meldingene:

	St.meld 47 Samhandlings- reformen	Meld.St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste	Meld. St. 15 Leve hele livet
1. Hjemmesykepleie	10	10	3
2. Hjemmetjeneste	6	34	76
3. Hjemmebaserte tjenester		3	5
4. Hjemmebaserte omsorgstjenester	1		1
5. Hjemmebasert omsorg			4
6. Hjemmebasert helse- og omsorgstjenester		1	
7. Kommunale helsetjenester	6	3	
8. Kommunale helse- og omsorgstjenester	22	204	48
9. Kommunale sykepleietjenester			2
10. Kommunehelsetjenesten	5	2	
11. Kommunale tjenester	14	33	13
12. Kommunale omsorgstjenester	2	2	6
13. Hospital at home		1	
14. Helsehjelp i eget hjem		1	1
15. Ambulant behandling***	10	2	1
16. Helse- og omsorgstjenester	23	115	49
17. Helse- og omsorg	1		7
18. Helse- og sosialtjenester i eget hjem			1
19. Pleie- og omsorgstjenester	3	1	
20. Pleie- og omsorg	2	7	3
21. Omsorg **	5	16	45
22. Omsorgstjenester	7	5	22
23. Primærhelsetjenester	4	9 *	1
24. Heldøgns tjenestetilbud i eget hjem			1
25. Sykepleie	1	18	9

*primærhelsetjeneste i tittelen + mange henvisninger til selve meldingen

** omsorg som en tjeneste og ikke som egenskap ved tjenesten

***kan utføres av både spesialist- og kommunale helsetjenester

Ann-Kristin Fjørtoft
VID Betanien VID vitenskapelig høgskole
Vestlundveien 19
5145 FYLLINGSDALEN

Vår dato: 12.06.2017

Vår ref: 54386 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54386	<i>Kompetanse og læring i hjemmesykepleien -en «mixed method»-studie om sykepleiekompetanse og sykepleierstudenters læring i hjemmesykepleie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ann-Kristin Fjørtoft</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2020, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering

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



INFORMASJON OG SAMTYKKE

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

TAUSHETSPLIKT

Personvernombudet minner om de ansatte har taushetsplikt, og anbefaler at prosjektleder tar dette opp med informantene i forbindelse med intervjuet. Forsker og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer taushetsbelagte opplysninger inn i datamaterialet. Forsker må stille spørsmål på en slik måte at taushetsplikten kan overholdes. Det må utvises varsomhet ved bruk av eksempler, og vær oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, f.eks. alder, kjønn, tid, sted og eventuelle spesielle hendelser/saksopplysninger. Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om noen av brukerne/pasientene, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker følger VID vitenskapelig høgskole sine rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 30.09.2020. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

.... kommune

Ann-Kristin Fjørtoft

Urtegt 43 A

0187 Oslo

dato

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EMPIRISK STUDIE.

Mitt navn er Ann-Kristin Fjørtoft og jeg er doktorgradsstipendiat ved VID vitenskapelige høyskole. I min stipendiatperiode skal jeg gjennomføre en studie med fokusgruppeintervju med sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien.

Studiens overordnede mål er å utforske hva som er nødvendig sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien. Kompetanse er avgjørende for kvaliteten på tjenestene, og i denne studien skal jeg særlig utforske dette slik sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien selv erfarer det. Gjennom å synliggjøre og diskutere sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien, er overordnet mål å bidra til kvalitet i hjemmesykepleien og av sykepleierutdanningen.

Jeg skal rekruttere og gjennomføre fokusgruppeintervjuer i åtte ulike kommuner, og denne henvendelsen gjelder tillatelse til å gjennomføre et fokusgruppeintervju i en hjemmesykepleieavdeling i deres kommune.

For kommunen vil dette innebære at dere videreformidler skriftlig informasjon og samtykkeskjema til leder/kontaktperson for den aktuelle avdelingen, og at denne kontaktpersonen spør sykepleiere om å delta i fokusgruppeintervju. Videre ønsker jeg å få oppgitt en kontaktperson, slik at jeg kan formidle informasjon og avtale tidspunkt og sted for intervjuet. Jeg vil sende samtykkeskjema via kontaktpersonen som kan formidle disse til deltakerne.

Jeg ønsker å ha et fokusgruppeintervju hos dere med 5-8 sykepleiere, med varighet på 1-2 timer. Det er ønskelig å gjennomføre fokusgruppeintervjuet i tidlig på høsten 2017. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Data vil bli oppbevart ved VID vitenskapelige høyskole, og slettes når prosjektet er ferdig. Prosjektet skal

etter planen avsluttes 30.10.2020. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom tillatelse fra dere blir gitt, vil jeg sende ytterligere informasjon om utvalgsriterier og rekrutteringsprosessen.

Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for at dere skal kunne vurdere min forespørsel. Dersom dere har spørsmål vedrørende gjennomføringen, kan jeg kontaktes per tlf: 92893417, eller per mail: ann-kristin.fjortoft@vid.no.

På forhånd takk for svar!

Med vennlig hilsen

Ann-Kristin Fjortoft

Hovedveileder; professor Herdis Alvsvåg (herdis.alvsvag@vid.no), biveiledere; Oddvar Førland, Trine Oxholm og Charlottte Delmar.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Kompetanse og læring i hjemmesykepleien -en studie om sykepleiekompetanse i hjemmesykepleie»

Bakgrunn og formål

Du blir herved spurt om å delta i et forskningsprosjekt som har som formål å utforske hva som er nødvendig sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien.

Forskningsprosjektet vil bestå av flere faser og metoder, og den første fasen av studien vil være fokusgruppeintervju med sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien, for å utforske deres erfaringer om hva som er nødvendig sykepleiekompetanse i deres arbeidshverdag. Overordnede mål er å bidra til kvalitet i hjemmesykepleien og av sykepleierutdanningen.

Jeg er sykepleier og stipendiat ved VID vitenskapelige høgskole, og denne studien er en del av mitt doktorgradsarbeid.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer å delta i fokusgruppeintervju sammen med 4-7 andre sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien i samme sone/avdeling. Dette vil være en gruppesamtale om hva dere mener er nødvendig sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og ha en varighet på 1 – 2 timer. Intervjuet er tenkt foretatt på et egnet rom på ditt arbeidssted. Før intervjuet vil det være anledning til å stille spørsmål om det er noe du måtte lure på.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og bli aidentifisert.

Navneliste/koblingsnøkkel vil bli lagret adskilt fra lydopptak og notater. Datamaterialet vil bli oppbevart i et låsbart skap hvor kun intervjuer har tilgang. Forskningsprosjektet skal etter planen avsluttes 30.10.2020. Lydbånd, notater og koblingsnøkkel vil da bli slettet/makulert. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i publikasjoner. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Frivillig deltakelse

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

svare på spørsmål som du ikke ønsker å svare på. Deltakelse i forskningsprosjektet innebærer ingen kostnader og du får ingen betaling for å delta.

Ønsker du mer informasjon om deltakelse eller om selve forskningsprosjektet kan du ta kontakt med prosjektleder Ann-Kristin Fjørtoft på tlf: 92893417 eller på mail: ann-kristin.fjortoft@vid.no.

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



VID