

Sykepleierprofesjonen i endring

*Refleksjoner i møte med etablering av responscenter og
aktuell profesjonell ekspertise*

Louise Ann Ignacio Bjørnaas



Masteroppgave i pedagogikk

Institutt for pedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

1. juni 2017

Sykepleierprofesjonen i endring- refleksjoner i møte med responscenter og aktuell profesjonell ekspertise

Av Louise Ann Ignacio Bjørnaas

TITTEL:

Sykepleieprofesjonen i endring- refleksjoner i møte med
responsenter og aktuell profesjonell ekspertise

AV:

Louise Ann Ignacio Bjørnaas

EKSAMEN:

SEMESTER: Vår 2017

Masteroppgave i pedagogikk

Kunnskap, utdanning og læring

Retning: teknologi og arbeid

STIKKORD:

- Sykepleie, vurderingserfaring
- Hjemmetjeneste, omsorgsykker
- Velferdsteknologi, fjernomsorg,
- Profesjonssosiologi
- Profesjonelt skjønn
- Erfaring og utdanning

Copyright Louise Ann Ignacio Bjørnaas

2017

Sykepleieprofesjonen i endring- *refleksjoner i møte med responscenter og aktuell profesjonell ekspertise*

Louise Ann Ignacio Bjørnaas

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Tema og problemområde:

Denne masteroppgaven utforsker sykepleieprofesjonen i en endringskontekst. Problemstillingen omhandler hvilke oppgaver et responscenter inneholder og den profesjonelle ekspertisen som bør være sikret inne i responscenteret, for å best håndtere oppgavene. Denne tematikken fordrer en utforskning av kompleksiteten og den fundamentale usikkerheten som preger teknologiske etableringstiltak i hjemmetjenestene i Norges kommuner. Oppgaven belyser også hvilken rolle sykepleieprofesjonen har i å sikre god og forsvarlig utførelse av disse oppgavene. Ved å ta utgangspunkt i sykepleierutdanningen vil jeg argumentere for hvilke måter sykepleierutdanningen kan sikre mindre usikkerhet, spesielt når det kommer til responscenterarbeid.

Hjemmetjenesten preges av økt press etter samhandlingsreformen ettersom flere pasienter mottar pleie og tjenester i hjemmet sitt istedenfor på institusjon. Økt bruk av teknologi er ett av mange ressurstiltak som skal imøtegå utfordringer i hjemmetjenesten, noe både Norsk Sykepleieforening og Helse- og omsorgsdepartementet oppfordrer til. Responscenterordninger er ikke standardisert, og på den måten står hver enkelt kommune fritt til å tilpasse tjenesteordningen. Med dette som bakgrunn utforsker casestudien hvordan sykepleiere selv reflekterer over endringer som oppstår i arbeidshverdagen, og hvorvidt deres profesjonelle selv endrer seg i takt med dette.

Metodisk operasjonalisering:

Masteroppgavens empiri er kvalitativ, med hjemmetjenesten til en by-kommune som case. Dette caset egner seg for studien ettersom den fremhever sykepleierens utfordringer i hjemmetjenesten i dag. Caset kan fortelle oss om et område i offentlig styring som preges av høy differensiering og hvordan sykepleierens selv reflekterer på egen rolle i hjemmetjenesten. Denne kommunen er i en etableringsprosess av et nytt responscenter der denne metodiske tilnærmingen vil gi innsikt i et komplekst fenomen.

Studien inneholder 9 semistrukturerte intervjuer med strategisk valgte informanter som har bredt spenn i arbeidsoppgaver, arbeidsstillinger og nærhet til det faktiske prosjektet. Ved å tematisk analysere datamaterialet har jeg utforsket problemstillingens to underspørsmål

kronologisk, med fokus på hvilke profesjonell ekspertise som egner seg til operatørstillinger i reaktive responsentre.

Resultater og konklusjon:

Denne studien gir god innsikt i hvordan sykepleiere ser sitt profesjonelle selv i hjemmetjenesten i dag, og hvordan en ny kobling mellom oppgaver og egnet profesjonell ekspertise kan påvirkes av dette. Som teoretisk konsept er profesjonelt skjønn satt opp mot vurderingsarbeid inne på responsenteret. Ettersom det skal være et reaktivt responsenter argumenterer jeg for at sykepleiere kan sikre god utførelse av alarmhenvendelsene fordi de er gode skjønnsutøvere sammenlignet med andre klinikere (Kirkebøen, 2013). Rollen som sykepleiere har i hjemmetjenesten som vurderingstaker kommer fra sykepleierens erfaringer som velferdsstatens portvokter. På den måten kan sykepleieren utøve skjønn i situasjoner med brukeren, og konferere med andre ekspertisegrupper om behovet melder seg. Studien bekrefter den fundamentale usikkerheten som kommer både av innovasjonsprosesser generelt, men hovedsakelig usikkerheten som kommer av at brukere av tjenesten utløser alarmen av mange ulike årsaker. Sykepleiers vurderingsrepertoar vil muligens være fordelaktig fordi de kan øke sannsynligheten for at brukeren får adekvat respons. Jeg har også utforsket hvorvidt denne vurderingsevnen kommer fra ”en teknologisk sjette sans” (Pols, 2009) og/ eller evnen til å ta kausale beslutninger ut ifra begrenset mengde tid og informasjon (Lipsky, 1980).

Implikasjonene for denne studien er hvorvidt spesifikke erfaringer vil få mer betydning i kobling mellom utdanning og arbeid ettersom Smeby (2008) argumenterer for at utdanning har mindre overføringsverdi når det kommer til instrumentelle og kognitive ferdigheter. En annen implikasjon er hvordan sikring av en så spesifikk profesjonell ekspertise ekskluderer mulige egnede ansatte som på tross av manglende sykepleierutdanning har et erfaringsrepertoar som egner seg til arbeid på reaktive responsenter. Ved å sikre sykepleierutdanningen kan det reaktive responsenteret utvikle seg og inkorporere mer proaktive kjennetegn uten å nødvendigvis måtte omorganisere eller rekruttere ny profesjonell ekspertise.

Forord

Denne masteroppgaven er det siste steget i et toårig masterløp og viser tydelig hvilke fagfordypninger jeg ønsker å utforske mer i dybden. Å skrive en oppgave forankret i profesjonell ekspertise og sykepleierutdanningen har vært en spennende prosess. Oppgaven har gitt meg mye innsikt i bakkebyråkratenes hverdag i velferdsstaten Norge, men også videre innsikt i kunnskapssamfunnets utfordringer knyttet til utdanning og profesjonsteori. Sykepleierutdanningen og sykepleierprofesjonen som er tydelig forankret i norsk kvinnehistorie og har gitt meg innsikt i hvordan spesifikke yrker preges av den institusjonelle historien som har formet dem.

Det kunnskapsintensive samfunnet vi lever i, som har økt fokus på individet og profesjonen som en forlengelse av deres individuelle selv har vært et spennende utgangspunkt for min problemstilling. Teknologiaspektet har også tillatt meg å utforske nye akademiske disipliner, som jeg har opplevd som interessante, men også veldig svevende. Her tenker jeg spesielt på teknologiens rolle i etiske spørsmål i helsepolitikken, der jeg har utforsket nye spennende dikotomier som mennesket vs robot, og omsorg som varm, menneskelig og ren kontra teknologi som kald, farlig, og umenneskelig.

Jeg ønsker å takke min veileder Thomas Hoholm for all den konstruktive tilbakemeldingen og hjelpen han har gitt meg. Hoholm har stilt de riktige kritiske spørsmålene og som har bidratt til å holde på den gode (indre) motivasjonen. Han har også introdusert meg til en verden av organisasjonssosiologiske perspektiv som jeg sent vil glemme. Tusen takk!

Tusen takk til Betina Riis-Asplin for gode samtaler både på togturer og via epost. Spesielt vil jeg takke for de gode svarene jeg fikk angående metoderelaterte spørsmål og den kunnskapsrike innsikten i alt fra Haraways Cyborg, til eldreomsorgens velferdsteknologiske løsninger. Både skriveprosessen og det ferdige resultatet hadde ikke vært det samme uten din kunnskap!

Og sist men ikke minst, tusen takk til min enestående storesøster, Therese! Som har et engasjement for akademia jeg alltid har beundret.

Louise Ann Ignacio Bjørnaas, 30.05.2017

Innholdsfortegnelse

Sykepleierprofesjonen i endring- refleksjoner i møte med responscenter og aktuell

profesjonell ekspertise	II
1.0 Sykepleierprofesjonen i endring?	1
1.1 Oppgavens oppbygging	3
1.2 Helsesosiologien slik den er i dag	4
1.3 Begrepsavklaring	5
1.3.1 Profesjon og utdanningens rolle	6
1.3.2 Profesjon som epistemiske kulturer	6
2.0 Sykepleierprofesjonen	8
2.1 Sykepleieren som fokus	8
2.2 Sykepleiers profesjonshistorie	8
2.3 Sykepleiere og e-helsepolitikk	9
2.4 Sykepleie og utdanning	10
2.5 Teknologi og samfunn	11
2.5.1 Konvensjonell tilnærming som premis	12
3.0 Profesjonelt skjønn som teoretisk konsept	14
3.1 Dworkins konsept: ringen i smultringen	15
Forbehold ved bruk av Dworkin	16
3.2 Hvorfor er det aktuelt?	16
3.3 Sykepleieren som velferdsstatens bakkebyråkrat	17
3.3.1 Skjønn som Fingerspitzengefühl (okay/ ikke okay)	19
3.4 Sykepleieren og administrasjonen	19
3.5 Utdanningen, erfaringen og vurderingsevnen:	20
3.6 Sykepleier i front: responscenter som verdiverksted	21
4.0 Hva er et responscenter?	23
4.1 Hva skal responscenter inneholde?	23
4.2 Proaktiv eller reaktiv responscenter?	25
4.2.1 Silingsinstans/ alarmmottak	25
4.2.2 Responscenter som rehabiliteringsinstans	26
5.0 Metode	27
5.1 Metode- og analysestrategi	27
5.2 Vitenskapsteoretiske inspirasjoner	27
5.3 Det kvalitative intervju	28
5.4 Operasjonalisering av intervju	30
5.5 Informasjon om intervjuobjektene	32
5.6 Etiske refleksjoner	33
5.7 Overføringsproblematikk	35
5.7.1 Intern reliabilitet	35
5.7.2 Transparens, eller "gjennomsiktighet"	35
5.8 Generelle forbehold	36
6.0 Case: hjemmetjenesten i en by-kommune i Norge	37
7.0 Analysedel	38

7.1 Første analysedel: Responssenterets gitte oppgaver.....	38
7.1.1 Argumenter for reaktivt responscenter.....	38
7.3 Argumenter mot responscenteret som sentralisert mottak.....	45
7.4 Andre analysedel: egnet profesjonell ekspertise	46
7.4.1 Sykepleierutdanningsrettede svar	47
7.4.2 Klinisk vurderingsevne som nødvendig kunnskap.....	50
8.0 Diskusjon og drøfting.....	55
8.1 Sykepleieren og brukerrelasjonen	56
8.2 Sykepleieren og de andre.....	59
8.3 Sykepleieren og administrasjonen.....	62
8.5 Kapitteloppsummering.....	63
9.0 Konklusjon med forslag til videre forskning.....	65
9.1 Implikasjoner	66
9.2 Forslag til videre utforskning	68
9.3 Epilog.....	68
Litteraturliste.....	70
Vedlegg 1: Samtykkeskjema.....	76
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	78
Vedlegg 3: Intervjuguide	80

Tabell 1: Helserelaterte dikotomier inspirert av Pols fra "Care at a distance" (2012)

Tabell 2: Informanttabell med ulike roller, spesialiseringer, titler og ansvarsområder

1.0 Sykepleierprofesjonen i endring?

Med denne oppgaven vil jeg utforske hvordan ulike måter å utføre sykepleie på møter utfordringer knyttet til teknologi i dagens samfunn. Hvilke konsekvenser kan bruk og implementering av velferdsteknologiske løsninger ha for hvordan vi forstår sykepleierprofesjonen? Denne oppgaven ønsker å bidra til en økt forståelse av sykepleie som profesjon i moderne tid og dens møte med utfordringer som er forankret i økt bruk av teknologi. Mer spesifikt vil jeg undersøke hvilken profesjonell ekspertise som trengs i et responsenter ved å ta utgangspunkt i sykepleierprofesjonen i hjemmetjenesten.

Teknologi har muligheten til å være et hjelpemiddel for å hanske og imøtegå dagens sykdomsbilde. Det er større press på kommunale helse- og spesialisthelsetjenester i dag, enn det var for noen tiår siden, noe som til dels er forårsaket av eldrebølgen. Den norske velferdsstaten velger å imøtegå utfordringer knyttet til eldrebølgen med å øke bruken av teknologi (Helse- omsorgsdepartementet, Demensplan2020, 2015), men er også med å heve kompetansen til de ansatte i kommunens helsetilbud for å møte disse nye behovene. Sykepleierforbundets forskrifter knyttet til e-helse inneholder en tydelig brukerorientering, der brukerne skal være garantert en etisk forsvarlig behandling og der sykepleierne representerer bakkebyråkratiet (Lipsky, 1980). En betydelig del av velferdsteknologiprogrammet er å øke satsningen på tjenesteinnovasjon og forskning i kommunenes helsetilbud. Dette innebærer en økt satsing på heve ansattes kompetanse på både formelle og uformelle måter. Dette vil være positivt for kommunens tjenester, spesielt i hjemmetjenestene:

Samhandlingsreformen og primærhelsemeldingen signaliserer at stadige nye oppgaver skal overføres fra sykehus til kommunene, og behovet for utvikling av nye tjenester og kompetanse i kommunal sektor øker (Norsk Sykepleierforbund, 2017, s 19).

Å etablere og iverksette et responsenter i kommunale helsetjenester er et omfattende prosjekt, og er ansett som en av tilnærmingene til å sikre forsvarlig hjemmetjeneste for brukerne. Min vinkling er forankret i sykepleieren, som er yrkesutøveren som skal bruke og inkorporere teknologien i sin arbeidshverdag. Aktuell litteratur og forskning innenfor telehelse fokuserer på brukeren og omsorgsutøveren (Oudshoorn, 2009; Pols 2012; Mol,

2006). Begrep som *pasientsentrert, hjelp til selvhjelp og brukermedvirkning* har blitt populære begreper de siste tiårene når fokus på hjemmehjelp og fjernomsorg har blitt problematisert. Det er flere årsaker til at kunnskap om brukerne av helseteknologi er av interesse for helseforskningen, ettersom brukerne/ pasientens stemme lenge har vært tilsidesatt i medisinsk forskning (Tjora, 2008)

Tema for oppgaven og problemstilling med resonnement

I denne studien vil jeg fokusere på hvilken profesjonell ekspertise som er nødvendig for å være operatør og kunne utføre de arbeidsoppgavene som forlanges av ansatte på et responscenter. Det empiriske grunnlaget for denne utforskningen er informantenes oppfatninger om hva et responscenter bør være, og hvilke former for profesjonell ekspertise som er viktig for en forsvarlig gjennomføring av arbeidet.

Å etablere og iverksette et responscenter er forbundet med mye usikkerhet. Denne oppgaven forholder seg til to typer, eller dimensjoner av usikkerhet. På den ene siden er det knyttet usikkerhet til selve prosessen på et organisatorisk nivå. Dette er en type usikkerhet som vil reduseres betydelig når responscenteret er i fungerende drift, og på mange måter er denne typen usikkerhet bare knyttet til selve ”innovasjonsprosessen”.

Den andre usikkerhetsdimensjonen er knyttet til kunnskapen og hvilken profesjonelle ekspertise som er egnet til å håndtere disse oppgavene på en forsvarlig måte. I denne oppgaven fokuserer jeg på usikkerheten rundt det å bruke skjønn i usikre situasjoner, der usikkerheten er vedvarende og til stede i større eller mindre grad. Det er viktig for forståelsen av oppgaven at disse to usikkerhetsdimensjonene holdes separat og ikke overlapper, ettersom de er ulike. Samtidig kan de på noen områder være avhengige av hverandre. Det vil ikke være det samme om en sykepleier eller en Securitas-ansatt tar imot henvendelsene fra brukerne, ei heller det samme om det vil være snakk om en robot, istedenfor et menneske. For å kunne imøtegå denne problematikken, ønsker jeg å utforske profesjonelt skjønn.

Men for å kunne ta stilling til hvilke evner og kunnskaper som er aktuelle å sikre må vi også vite hvilke oppgaver responscenteret skal inneholde. Det er også viktig å vite om dette fordrer en diskusjon om fjernomsorg og pleie.

Med utgangspunkt i overnevnte tematikk har jeg formulert denne problemstillingen:

Tema:

”Sykepleierprofesjonen i endring”

Problemstilling:

Hvilke oppgaver skal et responscenter håndtere? På hvilke måter må profesjonell ekspertise være sikret inne på responscenteret for å forsvarlig utøve disse oppgavene? Dette vil jeg forsøke å besvare gjennom en kvalitativ studie som spesifikt utforsker hvordan sykepleierprofesjonen kan sikre forsvarlig utøvelse av responscenteroppgavene.

Problemstillingen skal besvares ved å inndele i to underspørsmål:

1. Hva er et responscenter og hvilke oppgaver skal responscenteret håndtere?
Responscenter er et tvetydig begrep og har flytende kjennetegn. Hva er reelle og ikke reelle henvendelser? Skal det være et reaktivt eller proaktivt alarmmottak?
2. Hvilken type profesjonell ekspertise er nødvendig i responscenteret for å kunne sikre en tilstrekkelig utførelse av de oppgavene som skal håndteres?

For å besvare de overnevnte spørsmålene har jeg tatt utgangspunkt i sykepleierutdanningen som aktuell profesjonell ekspertise. Ut ifra hva datamaterialet forteller, vil jeg diskutere hvorvidt sykepleierprofesjonen gir grunnlag for å kunne håndtere de ulike situasjonene som arbeidet fordrer. På den måten utfordres også tradisjonelle ideer om profesjonskvalifisering. Hvor mye kan sikres i utdanningen, og hvor mye må være forankret i praktisk erfaring i yrkesfeltet? Ved å sette utdanning og erfaring opp som et operativt motsetningsforhold vil jeg søke nærmere å plassere og nyansere disse dimensjonene. Dette vil jeg igjen knytte til normativ profesjonsteori, for så å utforske og diskutere egenskapene som kreves av de som skal håndtere alarmene. Målet mitt er å komme nærmere hva god sykepleieutførelse må være når nye oppgaver og arbeidsmåter blir introdusert.

1.1 Oppgavens oppbygging

Denne studien inneholder 9 kapitler. Kapittel 1 inneholder en omfattende aktualisering og resonnering vedørende problemstillingen, og en redegjørelse av de mest sentrale begrepene. I kapittel 2 utforsker jeg hvem sykepleieren er og hvilken kunnskap, utdanningsform og aktuelle sosiohistoriske faktorer som har formet sykepleieprofesjonen, slik vi forstår den i dag. Dette kapittelet inneholder også en begrenset redegjørelse av aktuell faglitteratur innenfor Science and Technology Studies (STS) og helseforskningens eklektiske natur, der det fremgår at teknologi er sosialt forankret. I kapittel 3 presenterer og aktualiseres profesjonelt skjønn som teoretisk konsept og dens problematiske, men likevel essensielle rolle i sykepleierprofesjonen i møte med nye oppgaver og arbeidsmåter. Ut ifra disse forutsetningene utforsker jeg problemstillingens to underspørsmål. Responssenter blir definert og behandlet i eget kapittel (4), mens hvilke oppgaver et responssenter skal ha og hvilken egnet ekspertise som er egnet analyseres i hvert sitt delkapittel i kapittel 7. Kapitlene 5 og 6 er metode og avgrensning av case. Drøftingskapittel 8 følger tre delkapitler med de tre mest sentrale diskusjonsmomentene før oppgaven konkluderes med kapittel 9.

1.2 Helsesosiologien slik den er i dag

Tjora (2008, s 18) hevder at medisinsk sosiologi er et fagområde i Norge med jevn, men beskjeden fremgang, og forfekter behovet for mer sosiologi-rettete blikk på helsetilbudene i Norge. Hva som defineres som ”syk”, ”frisk”, ”lidelse” og ”sykdom” er ”sosialt konstruert og i konstant reforhandling, det vil si at den profesjonelle medisinen er like mye konstruert som den folkelige forståelsen av sykdom” (Tjora, 2008, s. 17). I sin antologi *Den moderne pasienten* utforsker Tjora hva som kjennetegner pasienten i dag, og konkluderer med at dagens pasient både er mer kunnskapsrik enn i de foregående generasjonene og har større tilgang på kunnskap via for eksempel internett. Dette vil ha konsekvenser på hvordan pasienten forholder seg til helsepersonell, og videre hvordan rollene, institusjonene og helse-Norge i sin helhet endrer seg i takt med disse forandringene (*ibid*).

Denne oppgaven fokuserer på utøveren og ikke brukeren av helsetjenestene. Det vil likevel være relevant å si noe om brukerne, fordi sykepleie er et relasjons der utøveren og mottakeren er i konstant samspill (Hansen & Schierup, 2008). Det vil også komme frem i analysen at sykepleierens refleksjoner er forankret i ønsket om bedre pleie *for* brukeren. Jeg har utforsket et prosjekt som omhandler etablering av responssenter i hjemmetjenesten i en

mellomstor kommune i Norge, og har analysert datamateriale som utforsker sykepleiernes refleksjoner og erfaringer med teknologi i hverdagen. På tross av at tematikken omhandler innovasjon og endring på arbeidsplassen har jeg ikke valgt å fokusere på innovasjon og endringsaspektet i min problemstilling. Mitt fokus er på profesjonell ekspertise på arbeidsplassen når en ny arbeidsoppgave blir introdusert. Fokuset vil dermed omfatte den individuelle arbeidsutøvers profesjon og profesjonelle-selv. Likevel vil jeg før vi går videre tydeliggjøre noen av de mest sentrale utfordringene i innovasjonsprosjekter i helsesektoren i dag. Dette er fordi IKT-tiltak i helsesektoren har en tendens til å bli værende på enkeltprosjekt-nivået, med liten eller ingen langtidsvirkninger med overføringsverdi for de involvertes helsetjenester (Andreassen, Kjekshus & Tjora. 2015). Fordi implementeringsprosessene forblir på prosjektnivået, blir de ikke vellykkede eller effektive. Moser og Thygesen (2014) kritiserer det de kaller ”pilotismen” i sin case studie av KOLS-kofferten. I sin studie argumenterer de for at det er mangel på langtidsvirkninger og integrering av IKT-baserte løsninger som en del av hverdagsrutinene på arbeidsplassen generelt, og i helsesektoren spesielt. Slik blir implementeringen noe på siden, og blir aldri normalisert og inkorporert i hverdagspraksisen.

Studien baserer seg på helsearbeidere i hjemmesykepleien. Helsearbeidere er både med og uten sykepleierutdanning, og varierte stillinger på arbeidsplassen. Det er også variasjon i arbeidsansvar, erfaring og fagforydypninger, noe som er tenkt til å gi fylldige, og variert informasjon om responscenterets ønsket ekspertise. Erfaringene og tankene informantene har om responscenteret, som er i etableringsfasen, gir innsikt i problematikken og tvetydigheten i hva utdanning fungerer som og sikrer utførsel av. Er sykepleierutdanningen viktig fordi det garanterer effektiv og kvalitetsmessig tilfredsstillende respons til brukerne som ringer inn? Arbeidsoppgaver endrer seg, og på tross av at profesjonene har (og strever etter) monopol på visse oppgaver, vil det være tvetydighet og usikkerhet knyttet til nye arbeidsoppgaver eller måter å gjøre oppgaver på i moderne tid (Nerland; 2012 Smeby, 2012).

1.3 Begrepsavklaring

De mest sentrale begrepene vil bli redegjort for, i den hensikt at det skal gi en økt og mer presis forståelse av de mest sentrale begrepene for problemstillingen som er profesjon, utdanning og kunnskap.

1.3.1 Profesjon og utdanningens rolle

Profesjonalitet har endret seg de siste tiårene, fra å være en kollektiv enhet med felles kunnskap og verdier knyttet til en gitt profesjon til å være rettet mot individets profesjonelle selv der autonomi og innovasjon er sentralt. Den "nye profesjonelle" produserer ny kunnskap og relasjoner mellom kunnskapen de tilegner seg (Nerland & Jensen, 2007, s 339). Derfor er delegering, re-lokalisering og det å koble riktig profesjon med egnede oppgaver et generelt fenomen som kjennetegner profesjonalitet i moderne tid.

Utdanningens rolle i dette har blitt mer rettet mot å være en "inngangsbillett" til en spesifikk profesjon og en måte å legitimere monopol på visse kunnskapsområder og oppgaver. Her ser vi en endring av utdanningens rolle i profesjoner. Utdanning har gått fra å være forberedelse til arbeid gjennom læring av kognitive og instrumentelle ferdigheter til å være en verdi- og holdningsbasert forberedelse til arbeidslivet (Smeby, 2008). Dette gjelder profesjoner generelt, der sykepleien har en litt annen posisjonering, på grunn av sine kollektivistiske kjennetegn som fagforeningsdeltakelse, og en utdanning bundet i like mye praksis (90stp) som teori (90stp) (Høyskolen i Oslo og Akershus, 2016, 01:05). Derfor hevder jeg at på tross av at Smebys (2008) overnevnte argument kan gi oss innsikt i utdanningens betydning for profesjonene i dagens samfunn på generelt plan, har argumentet hans begrensninger når det kommer til sykepleierutdanningen spesielt, fordi det er en utdanning sterkt forankret i praksis. Sykepleierutdanningen er forankret i en forståelse om at praksis og teori er i et forenelig og komplementært forhold, og ikke i et motsetningsforhold. På den måten kan teori og praksis operasjonalisere samsvaret mellom tanker, resonnering og refleksjoner, med handling og utøvelse (Hansen & Schierup, 2008).

1.3.2 Profesjon som epistemiske kulturer

Profesjoner organiserer og manifesterer spesifikk kunnskap. Profesjoner kan bli sett som en menneskeligjøring av en viss type kunnskap. Kunnskap blir derfor arrangert og tydeliggjort i en epistemisk kultur og beskrives som: "those amalgams of arrangements and mechanisms, bounded through affinities, necessity, and historical coincidents which in a given field make

up how we know what we know” (Knorr Cetina & Reichmann, 2015, s 873; Nerland 2012, s 28) Dette fremhever det formative ved kunnskap, og at kunnskap er forankret i konteksten den blir realisert i. Med *formativ* menes hvordan kunnskap realiseres ut ifra hvem som er aktørene og hvordan disse aktørene vet hva de vet: altså kunnskapens ”know-how” (*ibid*). Sykepleieren operasjonaliserer en viss type kunnskap som har kjennetegn i den verden vi lever i, noe som iverksetter visse normer, kotypmer og sedvaner, og gjør at den spesifikke kunnskapen også kan få status som en form for viten. Det er dette sosiologen Knorr Cetina kaller epistemiske kulturer. Det er epistemiske kulturer som arrangerer de mekanismene som brukes for at en viss kunnskap får visse kulturelle- eller kollektive kjennetegn. Det som kjennetegner sykepleiens vitenskap er at det ikke enda er en vitenskap med egne demarkasjonsmarkører (Hansen & Schierup, 2008). Epistemiske kulturer slik Knorr Cetina presenterer er i utgangspunktet ment til å omhandle vitenskaper og hvordan deres ”spill over” fra utdanningsinstitusjonen og ut i arbeidslivet former kunnskapens hvordan. Men ifølge Jensen (ref Knorr Cetina & Reichmann, 2015) er ikke dette like fremtredende i ikke-akademiske disipliner sammenlignet med akademiske. Likevel vil jeg argumentere for at sykepleierprofesjonen er i endring og beveger seg mot å bli en mer vitenskapelig profesjon. På denne måten er profesjon som epistemisk kultur en adekvat definisjon for denne studien.

2.0 Sykepleierprofesjonen

I dette kapitlet utforsker jeg sykepleien som profesjon og dens unike kjennetegn og samfunnsposisjon. Sykepleien har en utdanningsutvikling som er dypt forankret i norsk kvinnehistorie. Kunnskapen som har formet sykepleierprofesjonen slik vi kjenner den i dag er unik, fordi bachelorutdanningen er like mye teoretisk som den er praktisk. Denne oppbyggingen fordrer derfor en diskusjon om overføringsverdien til arbeidslivet. Jeg vil nå gjøre rede for sykepleierens utdanningsutvikling, og aktualisere hvordan sykepleierprofesjonen har endret seg opp gjennom årene.

2.1 Sykepleieren som fokus

Sykepleieren er en omsorgsutøver og profesjonen er preget av flere grensesnitt. Sykepleien er en gammel profesjon, men det er ikke lenge siden sykepleien, sammen med lærereyrket og ingeniøryrket var formelt sett en semi-profesjon. Standardisering av utdanningen, og høyere og lengre utdanning har bidratt til å gjøre sykepleien til å bli en formell profesjon (Smeby, 2008).

Sykepleien er en relasjonsprofesjon som utvikles i spenning mellom andre profesjoner på arbeidsplassen, spesielt leger/medisinere (Hansen & Schierup 2008). Sykepleierprofesjon er også et interessant studieobjekt fordi sykepleiere som helsepersonell på kommunenivå er en profesjon med mangfoldige ”grenser” (Smeby, 2008). De må forholde seg til mange ulike spesialiseringer og fagforypninger på tvers av profesjoner, og også innad i sykepleierprofesjon. Dette gir mange mulige innfallsvinkler til mitt studium, som her spesifikt vil knyttes til arbeid på et responscenter. Velferdsteknologien treffer sykepleierens arbeidsplass direkte som profesjonsutøver på et responscenter, og er således med å prege deres profesjonelle virksomhet og rolleforståelse. Sykepleierens direkte kontakt med pasienter har lenge vært en av de mest sentrale komponentene i sykepleie. Ruth Malone definerer sykepleie som ”human practice to which relationship is considered essential” (Malone ref. i Oudshoorn, 2009, s 392). Dette blir utfordret når denne direkte nærheten blir mediert av teknologi fordi det separerer sykepleieren fra pasienten (*ibid*).

2.2 Sykepleiens profesjonshistorie

Sykepleie er en av de eldste profesjonene vi har (Jensen & Lahn, 2005, s 309), og ble først etablert med eget utdanningsprogram i 1868. Statlig regulering ble først innført i sykepleierutdanningen i 1948, og i 1977 fikk sykepleie status som godkjent høyere utdanning. Siden 1987 har Kunnskapsdepartementet regulert retningslinjene for utdanningsprogrammet (Nerland & Jensen, 2007, s 342-343). Spennet i tidsrommet forteller oss at sykepleierens samfunnsrolle har eksistert mye lengre enn den statlige institusjonelle reguleringen, noe som også indikerer sykepleiens mangel på anerkjennelse fra patriarkalske institusjoner (Witz, 1990). Dette indikerer også at sykepleie som høyskolefag med egen vitenskapelig forskningsområde ikke har samme status og særegenhet som de mer klassiske profesjonene som jus og medisin (Smeby, 2008). Sykepleie er ikke det Knorr Cetina refererer til som en epistemisk kultur sammenlignet med andre, mer akademiske profesjoner (Knorr Cetina, 2015) ettersom sykepleiens relevans til teori og vitenskap er relativt nytt (Jensen og Lahn, 2005, s 309). På tross av at mye har skjedd med sykepleieprofesjonen og utdanningen, er det fortsatt et lavstatusyrke, med høy andel deltidsansatte og over 80 prosent kvinnelige søkere (Samordna Opptak, 2017, 01.05).

Sykepleieren er tilknyttet ulike troper og stereotyper. Hansen og Schierup (2008) omtaler sykepleierens rolle som ”alt det man ikke får av andre på sykehuset, det skal sykepleieren gi”. Stereotypen kan skyldes at sykepleien ikke har blitt gitt en stemme i samfunnet til å selv definere profesjonen (*ibid*). Essensielt for sykepleierprofesjonen er omsorgsdimensjonen. Derfor vil omsorgsaspektet være sentralt når jeg utforsker hva som utgjør ”god sykepleie”. Historisk sett har sykepleierutdanningen utviklet seg fra å være et håndverk der man gikk i lære, eller ble omtalt som sykepleier ved å være bygdas ”kloke kone” eller jordmor, til å nå være et standardisert høyskoleprogram med tittelen ”Bachelors of Nursing” med muligheten for master-og doktorgradsprogrammer.

2.3 Sykepleiere og e-helsepolitikk

Det norske sykepleierforbund (NSF) har utviklet mål for forsvarlig og egnet arbeid med e-helse, der e-helse og generell bruk av velferdsteknologi skal brukes som verktøy og hjelpemiddel både i kunnskaps og kompetanseutvikling og klinisk praksis (NSF, 2017). E-helse skal benyttes som innovasjon i sykepleietjenesten, og benyttes for å gi sykepleiere bedre mulighet for å utøve bedre og mer avansert pasientbehandling, oppfølging og omsorg (NSF, 2017, s 19)

2.4 Sykepleie og utdanning

Hovedmålet med sykepleierutdanningen er ifølge rammeplanen:

å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose (Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanning, 2008)

Sykepleierens samfunnsmandat er forankret i en etisk, medisinsk og profesjonell omsorgsutøvelse for ”den syke”. Dette vi si at fundamentalt for sykepleieren er evnen til å observere den syke, skape gode relasjoner og ut i fra et flerfaseterte sykdomsbilde kunne bidra til helhetlig pleie (Oudshoorn, 2012). Sykepleierens formelle utdanning er relevant fordi den sertifiserer og formaliserer vurderingsevnen til de som har denne utdanningen og gir denne studien et profesjonsmessig utgangspunkt. Det som er unikt med sykepleierutdanningen er dens nærhet til praksis, og dens tverrfaglighet med forankring i både samfunnsorienterte emner og medisinske/fysiologiske emner (Kyrkjebø, Mekki, Hanestad, 2002; Hansen og Schierup, 2008). Overføringsverdien som sykepleiestudenten overfører til sin hverdag som ferdig utdannet viser moderat rekontekstualisering, når studentene går fra studier til sertifisert arbeid. Det tverrfaglige elementet kan bidra til en grunnleggende forståelse for mange problemstillinger de møter i arbeidslivet og legger solide føringer på sykepleierstudenten som reflektiv. Å være trent i rekontekstualisering i løpet av studietiden gjorde seg spesielt gjeldene når det gikk fra teoretiske læringsmål som medikamentregning og læring i forelesninger og bøker til praktisk utførelse og anvendelse (Smeby & Vågan, 2008, s 170). Overføringen begrenses av tid og press når nyansatte ikke har tid til å reflektere og saumfare beslutninger med hverandre (*ibid*). Å være bundet av begrensninger i tid begynner allerede i studietiden. Sykepleiestudentener vil derfor ha gode forutsetninger for å hanske med tidsbegrensninger når de blir autoriserte sykepleiere, ettersom de allerede i studietidens praksis har erfart at begrensninger i tid er av betydning.

2.5 Teknologi og samfunn

Hvordan sykepleieryrket blir utfordret i det moderne samfunn må avgrensnes for hvilken type endring det faktisk er snakk om, nemlig velferdsteknologi. Som tidligere nevnt har NSF en tydelig e-helse profil. Denne profilen har ambisjoner om å bruke teknologi til å løse utfordringer knyttet til dagens sykdomsbilde generelt, og spesielt hjemmesykepleiens bruk av velferdsteknologi som for eksempel trygghetsalarmer. Her vil jeg utforske de groveste inndelingene i faglitteraturen i *Science and Technology Studies (STS)*, og gi et kort innblikk i hvordan teknologi kan skape mening i samfunnet. Hvorvidt teknologi er deterministisk eller sosialkonstruktivistisk er et mye omtalt og diskutert spørsmål i STS, der troper som teknologi som kald og umenneskelig har fått sitt fotfeste. Dette er en verden der teknologi er det motsatte av mennesket, og som innbyr til diskusjon om roboter og cyborger. I denne konteksten vil teknologi komme og ta vekk sykepleierens varme hender. Sykepleierens varme hender vil da forsvinne og erstattes når teknologi. Hovedutfordringen er ideen om at å få se pasienten er selve gullstandarden for god omsorg (Pols, 2012. s 25). Det som inngår i denne dikotomien er at omsorg omtales som ”det varme” og innbyr til lovord som kjærlighet, pleie, og anerkjennelse, mens teknologi er ”neutral at best” (*ibid*). Teknologi vil derfor være hakket mer kaldt enn operasjonen, og langt unna de varme hendene.

Denne tabellen illustrerer de ulike dikotomiene som Pols redegjør for, og hvordan omsorgsdimensjonen og ”operasjonen” er satt opp mot hverandre. Der sykepleierens omsorg og varme hender er satt opp mot legens eller operasjonens invadering av pasientens kropp.

The Blanket	Varme hender	Omsorg	God
Operasjonen	Kald medisin	Rasjonell, invaderende	Dårlig (bad)

Tabell 1: *Oversikt over Pols´dikotomier, inspirert av ”Care at a distance” (2012)*

I sin radikale tilnærming forfekter Bruno Latour (2002) at grensen mellom mennesket og teknologi er så løs og så flytende at teknologiens verdighet skal likestilles med de som besitter evne til moral, altså mennesket (s 248). Latour hevder at de regjerende STS-vinklingene der teknologi enten har fått autonomi og dominans, eller er nøytralt så den eneste muligheten vi har er å gjøre ”det beste ut av det”, er et skalkeskjul for hva potensiale

relasjoner mellom mennesket og teknologi, eller ikke-menneskelige aktører faktisk inneholder. Latour søker derfor et nytt paradigme der mennesket ei heller teknologien er sjefen:

Behind the tired repetition of the theme of the neutrality of ‘technologies-that-are-neither-good-nor-bad-but-will-be-what-man-makes-of-them’, or the theme, identical in its foundation, of ‘technology-that-becomes-crazy-because-it-has-become-autonomous-and-no-longer-has-any-other-end-except-its-goalless-development’, hides the fear of discovering this reality so new to modern man who has acquired the habit to dominate: there no masters anymore– not even crazed technologies. (Latour, 2002, s 255)

På tross av at denne studien inneholder en mer nøytral, konvensjonell tilnærming, er det viktig å anerkjenne faglitteraturens bredde og nyteknung, slik som Latours argument. Fagbredden i studien om teknologi og mennesket/ samfunn dekkes også av Disability Studies, Feminist Studies, samfunnsgeografi, og sosialantropologi, for å nevne noen. Noe som også fremhever bredden av litteratur brukt i denne studien. Robotenes inntog i eldreomsorgen er kontroversiell, men også høyst reell. Forskning viser at roboter i form av dyr, som selen PARO og hunden Aibo bidrar til å skape gode følelser og velvære for demenspasienten (Pols & Moser, 2009). I en reportasje gjort for Norsk Rikskringkasting (NRK) presenteres velferdsteknologi som et onde mot samfunnet, og eldre som en stakkarslig gruppe i befolkningen (Lieungh & Martinsen, 2016, 30.04). Det å være bruker av velferdsteknologi, spesielt trygghetsalarm på grunn av aldersrelaterte sykdommer som demens og Parkinson og det å være gammel per se, blir ofte fremstilt på en lite nyansert måte. Det er også viktig å merke seg at ensomhet og sosial isolasjon bare gjelder ca. 25 prosent av eldre i befolkningen (Daatland & Solem, 2000, s 193).

Oppgavens ståsted er knyttet til en moderat sosialkonstruktivistisk tilnærming: teknologi fungerer ikke uten menneskelig “bruk”, men eksisterer som verktøy, dypt forankret i sin gitte kontekst. Samtidig ”gir” eller forutsetter teknologibruk en viss settinger, viss kunnskap og en viss sosial interaksjon. Dette vil neste delkapittel forklare nærmere.

2.5.1 Konvensjonell tilnærming som premiss

Jeanette Pols postulerer at velferdsstatens bruk av teknologi i omsorgsutførelse er et omstridt, men samtidig eklektisk fagområde. Derfor er det viktig å fremheve nyansene, og presentere velferdsteknologiens inntog i omsorgsutøvelse som ”neither a promise nor a nightmare” (Pols, 2012, s 12). Det er ifølge Pols (2012) mye støy i den fagdiskursen som gjør seg relevant i telehelse (s 14). Det vil si at det er uklart hva velferdsteknologi faktisk kan utføre for de involverte. Med disse begrepene fremhever Pols (2012) hvordan telehelse og telemediert omsorg lover at velferdsteknologi bedrer hverdagen for de involverte. Dette prosjektet er forankret i et slikt bilde av velferdsteknologi og dens bruk i hjemmetjenesten i Norge. Som et grunnleggende premiss ønsker jeg derfor å anerkjenne at implementering av velferdsteknologi endrer praksis for de involverte på en dramatisk måte, men det er viktig å nyansere dette premisset ved å spørre. Telemediert behandling har betydning for hvordan mening skapes og vedlikeholdes, men hvordan, med hvilke konsekvenser og for hvem? (Pols, 2012; Moser og Thygesen, 2014). I 2011 ble det utarbeidet en offentlig utredning, *Innovasjon i omsorg* (NOU, 2011:11), Utredningen slo fast at teknologi kommer til å være et viktig virkemiddel for å løse de mange utfordringene som velferdsstaten står overfor, blant annet aldrende befolkning og økning av kronisk syke med langvarige lidelser (Moser & Thygesen, 2014. s 59).

Årsaken til hjemmetjenestetilbudet i Norges kommuner har blitt utvidet, er at befolkningen har et økende og mer komplekst sykdomsbilde, og den omfattende helsereformen samhandlingsreformen som skjøt fart i 2012. Samhandlingsreformen har gjort at flere utskrivningsklare pasienter bor hjemme og ikke på rehabiliteringsinstans. Reformens mål er å effektivisere den enkeltes behandling, ved å blant annet øke kommunikasjonen mellom kommune og sykehus, få ulike ledd i helsetjenesten til å samarbeide bedre, og å ha et mer pasientsentrert fokus (Helsedirektoratet, 2015, 10.05). Dette har ført til økt press i hjemmetjenesten, ettersom det er flere som når bor hjemme og mottar tjenester i sitt eget hjem.

3.0 Profesjonelt skjønn som teoretisk konsept

Profesjonelt skjønn er spesielt aktuelt som konsept fordi en responscenteransatts hverdag krever å tilpasse seg brukerens unike problemstilling på kort tid. Lipskys (1980) forklaring av hva bakkebyråkrater har til felles er deres interaksjon med innbyggerne i velferdsstaten og hvordan de må bruke skjønn for å ta beslutninger i en hektisk hverdag. Sykepleierne som bakkebyråkrater må ty til skjønnsutøvelse er på grunn av tids- og informasjonsrelaterte begrensninger i arbeidshverdagen. Derfor har de ikke muligheten til å ta vurderinger på basis av det de selv anser som profesjonens høyeste standard. De utvikler derfor rutiner og praksis som psykologisk forenkler klientene og miljøet de er en del av. På den måten kan skjønn (discretion) være en forklaring på hvordan sykepleierne og aktuelle ansatte på responsentre utvikler vurderingsevne.

Skjønn er det operatøren står fritt til å selv utøve i møte med oppgaver. Denne studien fokuserer på ulike måter å fremheve uavhengigheten enhver operatør må besitte for å kunne ta det valget som er i tråd med god sykepleierutførelse. Jeg ønsker å utforske hvordan sykepleieren ser sitt profesjonelle seg på et responscenter, og hvorvidt argumentene til sykepleieren er forankret i en evne eller vilje til å bevare denne autonomien slik at hun kan bruke skjønn. Skjønn er relevant fordi hver individuelle bruker som ringer inn vil kreve tilpasning for problemet de ringer inn for. Sykepleieren må vite at prosedyre og protokoll aldri går foran autonomien til å ta valg overfor brukeren. Det er spesielt viktig at sykepleieren blir gitt såpass mye tillit ovenfra (Grimen, 2008b) at ikke skjønn-prinsippet og skjønnbruken ikke svekkes. Protokollfølging vil ikke være noe problem så fremt det ikke krenker sykepleierens kliniske eller profesjonelle autonomi. Protokollfølging hentyder til administrasjonens behov for kontroll og faren ved at administrasjonen ønsker å standardisere oppgavene inne på responscenteret. Dette kan være grunnlag for konflikt fordi den individuelle sykepleier vil bevare sin profesjonelle autonomi, samtidig som administrasjonen ønsker kontroll over og tydeliggjøring av arbeidet. Denne problematikken vil jeg videre drøfte i drøftingskapittelet (8.3). Skjønn være en katalysator for til å fortelle oss på hvilke måter sykepleieren endrer eller ikke endrer sitt profesjonelle selv i møte med arbeid på et responscenter. Blir skjønn, altså evnen til å få kunne utøve det man selv anser som god sykepleie, endret eller utfordret når en ny oppgave blir introdusert?

Hoyle (2013) utforsker hvordan sykepleiere bruker profesjonelt skjønn (discretion) når nye forskrifter (policy) blir innført på sykepleierens arbeidsplass og konstaterer at sykepleiere øker bruken av skjønn når de blir møtt med nye administrative forskrifter for å beskytte seg selv og relasjonen med brukeren.

3.1 Dworkins konsept: ringen i smultringen

Profesjonelt skjønn kan forstås som evnen til å ta det riktige valget gitt en spesifikk situasjon, der valgmulighetene ikke er enten riktig eller feil. Slik blir skjønn et relativt begrep der gitte situasjoner eller kontekster legger føringer for skjønnsutøvelsens kvalitet. Rettsfilosofen Ronald Dworkin (sitert ref. i Grimen & Molander, 2008, s 181) illustrerer profesjonell skjønnsutøvelse med en smultring der selve hullet er skjønnets rom for utførelse og selve smultringen restriksjonene, eller premissene som omringer skjønnet. Skjønn er derfor "an area left open by a belt of restrictions" (*ibid*). Skjønn er som et hull, eller et rom for frihet bundet av visse begrensninger. Dworkin hevder at det er selve ringen (restriksjonene) og ikke hullet (skjønn) som er interessant fordi det gir en indikator på kvaliteten til skjønnsutøvelsen. Dette fordrer en utforskning av autoritetene fordi det legger premissene for hva som er innenfor og utenfor tillat skjønnsutøvelse. Derfor er det viktig å utforske forutsetningene for at skjønnsutøvelse blir aktuelt. Hva som er "the belt of restrictions" skal gi innsikt i hvilke premisser som må være tilstede for at operatøren på responsenteret skal ta i bruk skjønn.

Psykolog og informatiker Geir Kirkebøen (2013) utforsker ulike fagfolks skjønnsutøvelse og hvilke restriksjoner eller vilkår som må være tilstede for at skjønnsutøvelsen skal være i tråd med profesjonen. Kirkebøen utforsker intuitiv skjønn, der det må finnes gyldige tegn vi kan bygge skjønn på, noe som i mer argumentasjonsorienterte definisjoner på skjønn knyttes opp mot begreper som ansvarliggjøring og evne til eksplisitt resonnement. I hvilken grad ulike fagfolk er sikre på sin egen bruk av skjønn har lenge vært et forskningsområde for Kirkebøen der han har kartlagt ulike klinikers vurderingsevne og skjønnsutøvelse. Ut ifra en studie som involverte psykologer, forteller Kirkebøen at mer informasjon om pasient X økte individuelle psykologs sikkerhet i egen vurderingsevne, men gjorde ikke vurderingene mer korrekte. I kontrast til dette henviser Kirkebøen til en kjent studie der Pliske og Klein (2003, s 560) finner ut at sykepleiere er gode på å utøve intuitiv skjønn i "high-stake" situasjoner. Denne casestudien baserer seg på en case studie der en sykepleier fant ut at et

ekstremprematurt spedbarn hadde alvorlige krampeanfoll uten at det hadde særlige eksterne symptomer. Dette eksemplet blir ofte brukt i naturalistiske perspektiver på beslutningstaking, og fremhever sykepleieren som god på skjønnsutøvelse sammenlignet med andre fagfolk som psykologer, psykiatere, og de som jobber med prediksjon av aksjeverdier (Shanteau ref. Kirkebøen, 2013).

Enkelte fagfolk er dyktigere enn andre og treffer bedre. Utdanning, intelligens og erfaring er ikke garantier for god skjønnsutøvelse (Kirkebøen, 2013). Det er heller ikke fagpersonens egen forfektelse om god skjønnsutøvelse, det vil si at ”det er god skjønnsutøvelse når jeg selv sier at det er det” øker heller ikke sannsynligheten for at skjønnsutøvelsen treffer. Ifølge Kirkebøen er sykepleieren en av de faggruppene med eksepsjonell god intuitiv skjønnsutøvelse, uten at de selv kan forklare eller redegjøre for seg (s 34). Vi kan derfor forvente at sykepleiere vil ha god evne til å bruke skjønn og lære av tidligere skjønnsbruk. Ved å lære av den tidligere skjønnsbruken, og det å være utsatt for situasjoner som krever skjønnsutøvelse, vil sykepleierne kunne besitte et repertoar av erfaringer der de har utøvd skjønn. De vil på den måten kunne anvende det de har lært av tidligere skjønnsutøvelse som operatør i responscenteret.

Forbehold ved bruk av Dworkin

Dworkins smultringsteori er rettsfilosofisk diskurs og er ikke utviklet i den hensikt å omtale profesjonelt skjønnsbruk i helsefag direkte. Dette hevder Grimen (2009) er en markant ulikhet: juridisk skjønn kan etterprøves ved bruk av argumentasjon, mens hele poenget til klinisk skjønn er at det nettopp ikke kan etterprøves. Den som tar i bruk skjønn gjør det fordi en selv ikke kan forklare hvorfor hun gjør det hun gjør (*ibid*). Videre hevder Grimen at selv om Dworkins sterke og svake inndelinger av skjønn alluderer til resonnering, er det ikke hovedsakelig det Dworkins smultring representerer. På tross av disse forbeholdene anser jeg Dworkins smultring som et egnet teoretisk konsept for oppgavens problemstilling.

3.2 Hvorfor er det aktuelt?

For å hjelpe oss å forstå hvorfor det er så komplekst og vanskelig å kunne sikre egnet profesjonell ekspertise på responscenteret, har jeg valgt å utforske profesjonelt skjønn. Jeg argumenterer for at innsikt i og forståelse for operatørens skjønnsutøvelse på responscenteret vil være helt sentralt for å kunne besvare problemstillingen. Operatørene må

kunne ta stilling til og velge hvorvidt de enten skal si henvendelsen fra brukeren (alarmen), eller om de skal velge å rykke ut og tilkalle relevant helsepersonell. For å ha evnen til å gjøre dette, må operatøren besitte en solid vurderingsevne. Det er hvordan man sikrer denne vurderingsevnen som er kjernen i problemstillingen. Hvordan sikre egnet profesjonell ekspertise inne på responscenter? Og også, hvorfor er dette så viktig?

I litteraturen blir skjønn ofte omtalt som det motsatte av logisk argumentasjon og fremstilt som holistisk og representativt for det sanselige, det verdslige, og intuisjon. Men en diskusjon om hva skjønn er og framstilles som i litteraturen er sjelden uten et skille mellom vitenskapen og praktisk utøvelse av gitte profesjon (Grimen & Molander, 2008). Det vil si at skjønn er en fundamentalt subjektiv tolkning av gitte forskrifter eller eksplisitt vitenskapelig kunnskap. Men denne subjektiviteten som profesjonsutøveren tolker på grunnlag av en gitt kontekst skjer i et handlingsrom som kan gjøre vurderingen mer eller mindre forutsigbar.

Hvis vi følger denne definisjonen av skjønn, vil det være uunngåelig for en profesjonsutøver å praktisere skjønn i arbeidshverdagen. Hvis vi følger denne dikotomiske logikken vil skjønn definisjonen skli helt ut og bli en drakamp mellom følelse og rasjonalitet, subjekt og objekt, forskrifter og tolkning og så videre. Det er nettopp dette Molander, Grimen og Eriksen (2012, s 218) omtaler som "the black hole of democracy": spenningen mellom velferdsstatens behov for kontroll og bakkebyråkratets skjønnutøvelse som det siste leddet i velferdsstatens distribusjon av goder. Derfor vil det være helt sentralt å avdekke denne usikkerheten og diskutere hva som er premisene for at sykepleieren kan og vil utøve skjønn i en responscenter setting. Skjønn kan fremstå som omgjengelig der skjønn skal "lukke" ulike kilder til ubestemthet (Grimen & Molander, 2008, s. 185) og ved å anvende "hvis-så" kausalitet kan skjønn anvendes som garantist i praktiske resonnementer (*ibid*). Hvorvidt dette gjøres bevisst og kan tilbakevises argumentativt, eller skjer ubevisst for utøveren og opptrer mer som "magefølelse", er utenfor denne oppgavens omfang. Skjønnutøvelse på et responscenter i hjemmeomsorgen må både kunne holde skjønnutøveren ansvarlig for de vurderingene som blir tatt, og samtidig forutsette nok tillit og handlingsrom fra administrasjonen/myndighetene til å utøve skjønn uten at graden av tilbakevisning skal være på nivå med universelle lover.

3.3 Sykepleieren som velferdsstatens bakkebyråkrat

Å få utøve skjønn, forutsetter profesjonell autonomi. I denne sammenhengen er det hensiktsmessig å skille mellom autonomi qua profesjon, og autonomi i forhold til selve profesjonsutøvelsen som er forankret i forholdet mellom sykepleieren og pasienten (Ekeland, 2015, s 110). En klinisk autonomi er alltid relativ, og er bundet og begrenset av lovverk, forskrifter, økonomiske og institusjonelle rammer, faglige og etiske forskrifter som sanksjonerer av profesjonen selv. Hva som er grensen mellom det generelle og det spesielle kan diskuteres, men svekkes det spesielle, altså autonomien til å utøve skjønn, svekkes grunnlaget for profesjonslogikken (*ibid*). Denne studien utforsker elementer fra begge de nevnte autonomi-typene.

Sykepleieres evne til å danne et bilde av pasientens flerfaseterte behov kan være bunnet i evnen sykepleiere har til å se det partikulære og unike på grunnlag av allmenne fakta. Eller så kan denne evnen ha med bakgrunn i et felles rammeverk, som for eksempel formell utdanning. Sykepleieren nyttiggjør da spesiell kunnskap på grunnlag av generell kunnskap (Ekeland, 2015, s 91). Årsaken til at datamateriale omhandler skjønn, er fordi at skjønnsutøvelse har ganske signifikant betydning i relasjonsprofesjoner, der sykepleie gjør seg spesielt gjeldende. For sykepleieren, og andre omsorgsrelaterte profesjoner er utøvelse på grunnlag av kunnskap og forskning også tilpasset brukerens situasjon og andre lokale forutsetninger (*ibid*).

Sykepleieren må forholde seg til flere dimensjoner før hun tar et valg på pasienten vegne, som for eksempel å ta stilling til pasientens sykdomsbilde og stille en eventuell diagnose i samråd med lege. Oudshoorn (2009) fremhever at overgangen til å se pasienten ansikt-til-ansikt kontra via en telefon eller ved hjelp av teknologi ikke nødvendigvis trenger å være problematisk, fordi en sykepleier evner å se og vurdere flere perspektiv før de bestemmer seg, eller tar en beslutning. Dette fremhever også hvor sentralt det er for sykepleiere å se og betrakte det spesielle i en gitt situasjon, men på grunnlag av et mer generelt rammeverk.

Profesjonene i offentlig sektor fungerer som garantister for at gode valg blir tatt og for at de valgene er i tråd med standard for god yrkesutøvelse (Willumsen, Sirnes & Ødegaard, 2015, s 36). Profesjonene kan også fungere som portvoktere for velferdsstaten fordi de berettiger hvem som har tilgang på velferdsgoder. Sykepleierprofesjonen har den fordel av at den er i konstant kommunikasjon med brukerne. Satt i et innovasjonsperspektiv har sykepleierne

”street level insight” i hvordan byråkratiet ”trickles down” til de som samhandler direkte med brukerne eller mottakerne av tjenestene. Sykepleiere er derfor spesielt verdifulle i sosial innovasjon (Willumsen et al., 2015; Hoyle, 2013). Forskning viser at profesjonene presenterer barrierer for innovasjon. På tross av dette har profesjonene og deres individuelle ekspertise representere et stort potensiale, på grunn av autonomien og den selvstyrende rollen profesjoner har i offentlige organisasjoner (Hartley sitert i Willumsen et. al, 2015, s 37).

3.3.1 Skjønn som Fingerspitzengefühl (okay/ ikke okay)

Pols (2012, s 50-51) supplerer dette ved å hevde at sykepleieren opparbeider seg en ”teknologisk sjette sans”, *Fingerspitzengefühl* ved å jobbe med fjernomsorg og behandling via telefon. Slik trenger ikke teknologiens inntog i omsorgsutøvelse nødvendigvis fjerne evnen til å tilpasse seg pasientens unike behov, men heller være supplerende til sykepleierens repertoar av profesjonell ekspertise. Dette viser at teknologiske verktøy har en medierende rolle for aktørene og endrer arbeidshverdagen. Men teknologiske verktøy hindrer ikke nødvendigvis god sykepleiepraksis.

Sykepleierens ”magefølelse” om noe er okay/ikke okay er viktig i denne sammenhengen fordi den er nært knyttet skjønnsbegrepet. Smultringen er et rom av usikkerhet (skjønn) gitt en ramme av betingelser (selve ringen til smultringen). Dette kan overføres direkte til responscenteret og til den autonomien operatøren har til å bestemme selv hva som er egnet til å gjøre når en bruker ringer inn. Hvordan denne friheten kobles opp mot skjønnsutøvelse og deretter god sykepleie vil være fremtredende i analysedelen. Individualisering henger sammen med evnen til å utføre arbeidsoppgavene på responscenteret på en forsvarlig og kvalitetsmessig god måte.

3.4 Sykepleieren og administrasjonen

Sykepleierledelse og administrasjon kan ses på som en egen unik gruppe som søker å kontrollere praksis og begrense skjønn (discretion) (Hoyle, 2013, s 199). Dette kan være fordi ledelse og administrasjon ønsker å standardisere utøvelse og gjøre det mest mulig forutsigbart. Dette er basert på administrasjonens behov for å beskytte seg selv og mottakere av tjenesten fra mistillit og uetisk praksis. Når sykepleiere utøver profesjonelt skjønn, altså friheten til å gjøre hva de selv anser som egnet, vil de som har overordnet ansvar, som for

eksempel administrasjonen, kjenne på en viss usikkerhet. Denne usikkerheten vil de forsøke å redusere ved å sikre sykepleiere som operatører. For administrasjonen kan skjønnsbruk være en potensiell fare. Dette er fordi de må ha såpass tillit til responsansattes egnet profesjonalitet at deres skjønnsutøvelse ikke kan tilbakevises. En skjønnsutøver har heller ikke plikt til å oppgi resonneringen som ledet frem til å måtte bruke skjønn, noe som kan gjøre administrasjonen sårbar.

Administrasjonen vil ønske å ha transparens og mest mulig standardisering av kunnskapen operatørene mobiliserer på responscenteret. Samtidig ønsker de også flyt og individualisering overfor hver brukers unike problemstilling. Grunnen til at dette kan være et mulig konfliktområde, er fordi standardiseringen eller reproduserbarheten vil kunne være i konflikt med individualiseringen. Dette betegner Grimen og Molander (2008) betegner som ”blandede kontekster” som involverer tre prinsipper: reproduserbarhet, likebehandling, og individualisering. Reproduserbarhet vil aldri være relevant i klinisk skjønn, ettersom enhver klinisk bedømmelse er fundamentalt unik. Evnen til å både individualisere og likebehandle overfor pasienten er derimot diskutabel, og vil kunne skape en spenning som mer eller mindre alltid vil være tilstede i relasjonen mellom pasient og sykepleier, uavhengig om det er ansikt til ansikt eller via teknologi.

3.5 Utdanningen, erfaringen og vurderingsevnen:

For å kunne tilnærme oss problemstillingen, ønsker jeg å analysere hvorvidt skjønn spiller en rolle i resonnementet til informantene, spesielt når de reflekterer over hvilken ekspertise de anser som relevant. Om vurderingsevnen til sykepleieren er et resultat av utdanningen eller erfaringen er også høyst relevant.

Skjønn kan ha to ulike dimensjoner ifølge Molander et al (2012): epistemisk og strukturelt skjønn. Epistemisk skjønn er knyttet til handlingsrommet enhver agent har til å vurdere, beslutte og handle ut ifra hva som er forenlig med sin egen dømmekraft. Den andre dimensjonen er strukturell skjønn, og den er knyttet til hva agenten gjør under betingelser av ”nærhet” og er betinget i utøvelse (Molander et al, 2012, s 214). Disse to dimensjonene tydeliggjør hvilke dimensjoner man må kunne diskutere skjønn ut ifra (*ibid*, s 215)

Skjønnsutøvelsens kvalitet vil være avhengig av operatørens individuelle erfaring med vurderingstaking i hverdagen, og hvordan denne erfaringen gjør seg gjeldende å sikre i responscenterarbeid. Hvorvidt denne erfaringen er sikret i arbeid med brukergruppen direkte som hjelpepleier i hjemmeomsorgen, eller fra praksisemnene under sykepleierutdanningen, er interessant. Dette sier noe om hvilken type erfaring som er viktig å sikre inne på responscenteret, og hvilken type spesifikke erfaring som sannsynligvis vil kunne sikre forsvarlig respons. Visse erfaringer med vurderingstaking i hverdagen vil derfor være mer relevante og viktigere og sikre enn andre. Derfor vil skjønnsutøvelse ikke handle om egenskaper som ”beslutsom” og ”handlekraftig”, men heller være forankret i repertoaret sykepleieren har til å skille på erfaringene sine og hvilke erfaringer som muliggjøres i Dworkins ”the belt of restrictions”.

Først vil jeg reflektere over det performative og possessive ved profesjonsteoretiske inndelinger for å bedre forstå tematikken. Når det kommer til kategorisering og dikotomier innenfor profesjonsstudier, er en adekvat inndeling å enten vurdere profesjon som noe man *har* eller noe man *gjør*. Det man *gjør* innebærer utførelse, hendelse, og praksis, og det man *har* kan være for eksempel en sertifisering eller en formell utdanning. På den måten kan vi grovt dele inn profesjon som enten performativt (det man *gjør*) eller possessivt (det man *har*) (Molander & Terum, 2008). Ofte opptrer denne inndelingen som et dikotomisk forhold, der profesjonelt skjønn vil være performativt og sykepleierutdanningen vil være possessiv. I denne sammenhengen konkluderer jeg med at sykepleierutdanningen kan fungere som et grunnlag og en form for garanti. En sykepleierutdanning vil da være altså noe man må ha for å få gyldighet til å gjøre, altså profesjonelt skjønn.

3.6 Sykepleier i front: responscenter som verdiverksted

Denne oppgavens hovedfokus er sykepleieren, men det vil allikevel være viktig å få frem det organisatoriske aspektet ved sykepleierens arbeidsplass og etablering av et responscenter. Derfor vil dette delkapittelet gjøre rede for hjemmetjenestens responscenter som verdiverksted (Stabell & Fjeldstad, 1998), i motsetning til verdikjede. Den fundamentale forskjellen mellom et verdiverksted og en verdikjede er standardiseringen. Der en verdikjede vil være standardisert og konsekvent, vil verdiverkstedet ikke ha muligheten til dette. Et verdiverksted vil derfor være organisert på en annen måte. Et responscenter skal være organisert slik at den møter problemløsning på mest mulig

kunnskapsrik måte. Det vil si at organisasjonen må være sammensatt på den måten at den har tilgang på egnet kompetanse for klienten de skal løse problemet for. Et verdiverksted (Stabell & Fjeldstad, 1998) er teknologi- og kunnskapsintensivt. Ettersom det av design er klientsentrert, vil det være en vedvarende usikkerhet til når kundens problem faktisk er løst. Kontrasten til dette, altså verdikjeden, har likheter med hvordan fabrikker er organisert. En verdikjede preges av standardisering og forutsigbarhet, og har et tydelig problem- og løsningsforhold. Et typisk eksempel er fastlegekontoret som organiseres som et verdiverksted. Selv om arbeidsoppgavene kan oppleves rutinepreget og klientenes problemer kan ha visse likhetstrekk, er det de unike aspektene ved samhandlingen og tilgangen på egnet kunnskap som kjennetegner verdiverkstedet. Hele premisset til allmennlegen er å kunne litt om alt innenfor legevitenskapen og legekunsten, noe som danner et solid grunnlag til å henvise til aktuelle spesialiseringer som best kan videre håndtere pasientens sykdomsbilde. Det er allmennlegens oppgave å vurdere hvorvidt pasienten trenger spesialisert behandling, og hvis så: hvilken spesialisering pasienten trenger for å få løst sykdommen (problemet). Dette fremhever det sykliske aspektet ved verdiverkstedets organisering og behovet for et vedvarende godt samspill mellom tjenestegiver og tjenestemottaker generelt. Dette er spesielt aktuelt i denne oppgaven ettersom det involverer en kliniker-pasient-relasjon.

Dette kapitlet har gjort rede for problemstillingens teoretiske konsept som har til hensikt å forklare sykepleierens unike vurderingsevne. Kapitlet har også forklart hvordan forståelse for profesjonell skjønnsutøvelse kan bidra til økt innsikt i sykepleierprofesjonen når en ny arbeidsform blir introdusert. "The belt of restrictions" eller ringen i smultringen, danner selve grunnlaget for skjønnsutøvelsen. Responssentre er organisert som verdiverksteder som håndterer og tar imot henvendelser fra brukerne i hjemmetjenesten via ulike velferdsteknologiske verktøy. Dette skal vi nå se nærmere på.

4.0 Hva er et responscenter?

Dette kapitlet vil ta for seg hva et responscenter er, ettersom det kan være så mye for så mange. På kommunenivå har slike responscenter ulike navn og inneholder ulike tjenester for hjemmetjenesten. Å tydeliggjøre hva et responscenter er i denne sammenhengen er sentralt, før vi går videre med egnet profesjonell ekspertise. Dette klargjør premissene for oppgavene som ekspertise skal dekke.

Et responscenter er, ifølge anbefalinger fra Helsedirektoratet, en form for velferdsteknologi som har den hensikt å gi et mer mestringsfremmede, brukersentrert og trygghetsorientert behandlingstilbud på kommunenivå (Helsedirektoratet, 2016). Målet med et responscenter er å gi egnet og effektiv tilbakemelding på alarmorienterte velferdsteknologier, som for eksempel trygghetsalarmer og døralarmer. Trygghetsalarmer er ikke en lovpålagt tjeneste. Bestemmer kommunen seg for å implementere og bruke trygghetsalarmer, må det være tiltak som tar imot disse alarmene på en systematisk og forsvarlig måte. Det finnes også stor variasjon i hvordan trygghetsalarmer håndteres og brukes, og hvem som kvalifiseres til bruk av trygghetsalarmer. Noen kommuner tilbyr trygghetsalarm til alle innbyggere over en viss alder, mens andre kommuner ønsker en mer individuell kartlegging og prosedyre før man blir tildelt og får installert alarmer hjemme (Svågård et.al, 2016)

Responstjeneste kan fungere som et "mellomledd" mellom bruker og relevant helsefagpersonell, og er organisert som "call center". Intensjonen bak opprettelsen av et responscenter kan være for eksempel at brukerne har enkel tilgang på helsefagpersonell når det er ønskelig for brukerne selv, og å tilby fjernsykepleie i ulik grad. Dette vil være forankret i å motta pleie ved hjelp av teknologi. Derfor er brukerorientert fokus noe av det mest sentrale i etablering av responscenter. Et brukerorientert fokus har brukerens behov og ønsker i sentrum, og skal gi et trygt og helhetlig helsetilbud til alle brukere.

4.1 Hva skal responscenter inneholde?

Helsedirektoratet vil komme med nasjonale anbefalinger til bruk og gjennomføring som planlegges å starte i 2017. Dette tilsier at hver kommune har eget handlingsrom til å tilpasse responscenter etter behovene i befolkningen, slik at oppgavene og hensikten med etablering

av responscenter skal speile tjenestens brukere og sykdomsbilde på best mulig måte. Utformingen av responscenter er flerfoldige. Handlingsrommet enhver kommune har til å tilpasse sin egen befolkning kan også virke mot sin hensikt, ettersom det forminsker sannsynligheten for at kommunene kan dele erfaringer og kunnskap med hverandre.

Hovedsakelig er det hjemmetjenesten og omsorgs-og sykehjemsboliger som tar i mot og bruker trygghetsalarmer. Responstjenester knyttet til trygghetsalarmer er den mest konkurransutsatte tjenesten i kommunale helse-og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2016, s21).

Denne anbefalingen fra Helsedirektoratet sier også at et responscenter burde inneholde dekning av tre ulike velferdsteknologier. Denne anbefalingen er besluttet med erfaring fra gevinstanalyser (Helsedirektoratet, 2016 side 9). Disse velferdsteknologiene er:

- Varslings og lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisindosering (for eksempel Pilly)
- Elektronisk dørlås (e-lås)

Alle disse tre teknologiområdene i hjemmesykepleien er aktuelle for denne studien, ettersom det er, ifølge informantene, disse tre overnevnte velferdsteknologiene de faktisk bruker i hverdagen. Dette gjelder både i hjemmesykepleien og på sykehjemmet.

Etablering av responscenter er en del av en større satsing om digitalisering av helserelevante tjenester i Norge. I 2014 ble det gitt en anbefaling om digitalisering av trygghetsalarmer fra Helsedirektoratet. Trygghetsalarmer anvendes i hele Norge og i nesten alle av de 439 kommunene. I følge en undersøkelse gjort av PA Consulting på oppdrag fra Helsedirektoratet, som 201 kommuner svarte på, er det hjemmetjenestene og omsorgsboligene som mottar og gir respons på trygghetsalarmer. Noen ganger besvares henvendelsene også av private aktører. De som faktisk rykker ut og drar hjem til brukerne er hjemmetjenesten. Det vil si at det kan være eksterne, private aktører som tar i mot alarmen, men ansatte i hjemmetjenesten som rykker ut. På den måten kan responscenteroperatørene være ukjente for brukerne, men sende ut fagpersonellet som blir sendt ut kan kjenne

brukerne før. Dette kan være fordelaktig fordi brukerne da forholder seg til bestemte og faste personer når de er i sårbare situasjoner.

Før vi går videre til responsentertyper, er det viktig å klargjøre hva et responsenters hovedoppgaver er, ”En responstjeneste tar imot, vurderer, dokumenterer og responderer på varsler fra velferdsteknologiske løsninger hos tjenestemottakere. En responstjeneste i kommunal regi håndterer varsler fra velferdsteknologiske løsninger hos kommunens innbyggere” (Helsedirektoratet, 2016, s 14). Det vil si at responsentre tar i mot, avklarer og effektivt henviser til aktuelt helsepersonell.

4.2 Proaktiv eller reaktiv responsenter?

Et responsenter kan opptre på ulike måter. Det kan for eksempel være en silingsinstans eller et samlokalisert senter for et mer proaktivt helsetilbud. Det samlokaliserte senteret kan inkludere både rehabilitering og terapeutisk pleie. Silingsinstanser og samlokaliserte sentre er de to hovedtypene denne studien forholder seg til.

4.2.1 Silingsinstans/ alarmmottak

En silingsinstans kjennetegnes ved at det har et alarmmottak, som hovedsakelig vil ta imot og respondere på ulike alarmer som er utløst av brukere som har trygghetsalarmer, GPSer eller elektronisk medisineringsdosetter som for eksempel Pilly. Denne typen responsenter vil kreve ansatte som har evnen til å ta valg på begrenset tid og kanskje i stressende situasjoner, der operatørene også må ta stilling til ulike alvorlighetsgrader.

”Kompetanse og egnethet til operatør er ekstremt viktig for å få gode resultater. Noen er mye flinkere enn andre til å danne riktig situasjonsbilde” (Svagård, Boysen, Fensli et al, 2016, s 21) hevder en informant i en SINTEF rapport utført for å kartlegge behovene til responsentre i Norge i dag. Rapporten fremhever aktualiteten av den profesjonelle ekspertisen som må sikres for å kunne utføre respons på en forsvarlig og kvalitetsbevisst måte. Nivå av siling, altså de henvendelsene som ikke blir videreformidlet til aktuelt fagpersonell, vil variere. Silingen vil være avhengig av operatørens kompetanse og kapasitet, men også hvordan utrykningen er organisert (*ibid*). Men hva menes egentlig med siling? Å kunne sile bort ikke-reelle henvendelser krever kunnskap om brukeren, og kan implisere fjernomsorg.

Aktuell ekspertise vil da være å sikre vedkommende en solid vurderingsevne slik at han/hun kan ta selvstendige valg, og enten henvise videre til aktuelt helsepersonell, som for eksempel ambulanse eller lege, eller kunne vurdere at brukeren ikke har behov for hjemmeassistanse. Brukeren kan da heller ønske en telefonsamtale der brukeren får trygging og anerkjennelse.

Det vil være begrenset med kommunikasjon mellom bruker og operatør ved et responscenter som hovedsakelig brukes som alarmmottak, ettersom det vil da ikke være tid eller kapasitet til å kunne gi fjernomsorg eller pleie over telefon. Det er ikke relevant å diskutere fjernomsorg og "care-at-a-distance" (Pols, 2012) gitt disse premissene om hva et responscenter skal gjøre og utføre. Alarmmottakets hovedhensikt er å sile ut eller henvise alarmer videre til egnet personell, slik at brukeren vil få egnet respons. Derfor er spørsmålet: hva er egentlig siling? Hvis siling krever sykepleierens unike skjønnsutøvelse og vurderingsevne til å differensiere mellom reelle og ikke-reelle alarmer vil arbeid på responscenter være betydelig mer intensivt. Dette vil også kreve mer kunnskap om brukeren. Dette vil analyseres i kapittel 7.

4.2.2 Responscenter som rehabiliteringsinstans

En rehabiliteringsinstans har andre kjennetegn enn en silingsinstans. Dette vil likevel ikke tilsi at disse to ulike responscenter er i et motsetningsforhold til hverandre. Et responscenter er ikke derfor enten en proaktiv (rehabiliteringsorientert) eller en reaktiv tjeneste (alarmmottak/ siling). Det kan for eksempel være en silingsinstans til å begynne med, og så utvikle seg til å bli mer orientert mot tjenester som samlokaliserte tilbud i hjemmetjenesten. Disse tjenestene kan være for eksempel fysioterapi og veiledning om ulike tema relatert til livsstilssykdommer. Erfaring med fungerende alarmmottak kan gi indikasjoner på en mer omfattende responscenter med utvidet tilbud. Et responscenter må også kunne være fleksibelt for fremtidens behov og utvikling og implementering av andre eller former for respons-orientert velferdsteknologi (Svagård, m. fl 2016).

5.0 Metode

Dette kapittelet omfatter en gjennomgang av hvilke metodiske valg jeg har tatt og hvordan disse valgene former datamaterialet. Først vil jeg si noe generelt om metodestrategien og mitt vitenskapsteoretiske ståsted, for så å gå mer spesifikt til verks og redegjøre for mine valg rundt utvalg og gjennomføring av intervjusettingen. Det er flere grunner til at kvalitativ metodikk egner seg spesielt for denne studien. Hovedsakelig ønsker jeg å finne rik og fylldig informasjon på et kunnskapsområde som jeg har lite innsikt i, og ønsker *kunnskap* fra de som er nære tematikken.

5.1 Metode- og analysestrategi

Datainnsamlingen er foregått induktivt, der datainnsamlingen ble fullført og transkribert før jeg besluttet meg for egnet teoretisk ramme. Jeg gjorde meg kjent med relevant tema innenfor helsesosiologi i Norge før intervjuene, slik at jeg var forberedt og hadde en tematisk intervjuguide. Det var samtidig viktig for meg å ikke ta videre valg i forkant, fordi jeg var åpen for at empirien selv skulle forme hvilket teoretisk rammeverk som egnet seg best, og ikke motsatt. Sosiologen Aksel Tjora (2010, s. 31) fremhever noen generelle betraktninger som er implisitt i all kvalitativ forskning ettersom den måten å generere datainnsamling på fordrer tillit, konfidensialitet og respekt overfor intervjuobjektene. Etter intervjuene har jeg transkribert dem individuelt ved å bruke dataprogrammet Express-scribe og printet dem ut før analyse og tematisert koding.

5.2 Vitenskapsteoretiske inspirasjoner

Det er en gitt sannhet i samfunnsvitenskapelig forskning at vi ikke er på utkikk etter å avdekke allmenne sannheter, men heller utforske tendenser, aspekter, eller kjennetegn ved visse fenomener som er meningsskapende i det samfunnet vi lever i (Tjora, 2008; Thagaard, 2009). Det som kjennetegner kvalitativ forskning er dens egnethet til å gå i dybden på fenomener som ikke kan måles i frekvens eller tall, i motsetning til kvantitativ forskning (Thagaard, 2009). En egnet vitenskapeteoretisk inspirasjonskilde for denne studien er måten Grounded Theory viser intersubjektivitet og tillit til objektet som "the only expert on their own experience" (Foley & Timonen, s. 1197). Det vil si at jeg forsøker i beste evne å vise tillit til intervjuobjektet ettersom det er de som har privilegiet av direkte innsikt i tematikken jeg ønsker å utforske. Hvorvidt denne tilliten er direkte opplevd av informantene selv er en

annen sak. Donna Haraway (1988) omtaler dette som "the privilege of the partial perspective" og fremhever at objektets kunnskapsmessige posisjonering ikke nødvendigvis er så sårbar som andre teoretikere som Tjora (2010) og Thagaard (2009) postulerer. De omtaler intervjusettingen som mer eller mindre en invasjon for intervjuobjektet. Det er gitt at informantene er eksperter på sitt eget perspektiv, noe som har bidratt til at jeg har vist ydmykhet som intervjuer og forsker, og samtidig ikke vært redd for å stille dem relevante spørsmål. Derfor har jeg også tatt avstand fra den rigide dikotomien subjekt/ objekt, der forskeren er subjekt og informanten objekt. Dette vitenskapelige synet dypt forankret i det postmoderne (Alvesson & Skjoldberg, 2009, s 23). Studien er inspirert av et sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn, som fremhever at forskningen er forankret i den spesifikke situasjonen og den sosiale interaksjonen som foregår (ibid, s 23-24). Med bakgrunn i Roy Bhaskars *epistemological phallacy* har jeg vært kritisk til mine egne tanker om hva som er kunnskap og hva som er viten, og hva som bare *er*. Bhaskar kritiserer slutningen *being = knowledge* og hevder at det er dødfødt å redusere påstander om "being" til påstander om kunnskap, fordi begge eksisterer helt og holdent i tankene (Alvesson & Skjoldberg, 2009, s 40; Groff, 2008, s 18). For noen er det kritikkverdigg og kanskje uforenlig, å koble sosialkonstruktivisme med Bhaskars *epistemological fallacy* ettersom Bhaskar er grunnleggeren av Critical Realism (CR). Dette er en metodologi som har vokst frem som protest mot de mest radikale sosialkonstruktivistiske skolene. Jeg anerkjenner at det kan på noen måter være problematisk å både la seg inspirere av sosialkonstruktivisme og CR. Men på dette overordnede nivået som denne oppgaven lener seg på er det ikke videre problematisk å la seg inspirere av begge formene for vitenskapelig filosofi. Alvesson, som selv er marxist, hevder at CRs sosiale konstruksjoner er innrammet på en objektivistisk måte og har en begrenset rolle i vitenskapen, mens for sosialkonstruktivister er sosiale fenomen og konstruksjoner forankret i subjektet og relativiteten som oppstår i den gitte konteksten (Alvesson & Skjoldberg, 2009, s 41).

5.3 Det kvalitative intervju

Jeg har valgt en kvalitativ forskningsmetode, med den hensikt at den skal gi best mulig innsikt i et sosialt forankret fenomen. En form for kvalitativ datainnsamlingsmetode er intervjumetoden som er en måte å samle inn empiri på som er forankret i samsillet mellom forsker og "den som blir forsket på". Det er flere grunner til at intervjumetoden er valgt. Den mest sentrale årsaken er at intervjumetoden åpner for utforskning av holdninger,

meninger og erfaringer (Tjora, 2010, s 91). Det er det som er selve essensen i problemstillingen, hva mener sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmetjenesten i Norge om endringer i arbeidshverdagen der de selv er involvert? Det er også av pragmatiske årsaker at intervjumetoden er valgt, ettersom rekruttering av villige informanter viste seg å være uproblematisk (ibid) og mindre tidskrevende enn for eksempel observasjon. Årsakene til at intervjumetoden ble ansett som mer gjennomførbar enn observasjon er på grunn av begrensninger med hensyn til tid og omfang. Observasjonsmetoden hadde også vært mer invaderende, ettersom feltet jeg utforsket var brukere og pasienter i sårbare situasjoner.

Intervjuene minner tidvis også om dybdeintervju, på grunn av intervjuobjektets frihet til å reflektere fritt over spørsmålene som blir stilt, med ytterst lite kontroll og avbrytning fra intervjuerne. Jeg har valgt å utarbeide en dekkende tematisk inndelt intervjuguide for å sikre sannsynligheten for fylldige svar (Thaagard, 2009, s 88).

Det er også viktig å fremheve at datainnsamlingen er tenkt å være konstruktivistisk på den måten at fokuset er rettet til relasjonen mellom informant og intervjuer og hvordan kunnskapen utfolder seg i intervjusituasjonen (Rapley ref. i Thagaard, 2009, s 87). For å begrense sårbarheten er intervjuene holdt i lokaler intervjuobjektene er kjent med og føler seg trygge i. Dette er særdeles viktig i helserelatert forskning fordi det fordrer sikring av sårbar informasjon (Gagnon, Jacob & McCabe 2014). Intervjuene er holdt på avlukkede møterom i kjente omgivelser for informantene, uten innblanding eller mulighet for distraksjon fra andre (Tjora 2010, s105)

Informantenes nærhet til det faktiske prosjektet er veldig varierende, noe som også kom fram i datamaterialet. Informanter koblet direkte opp mot arbeidsgruppen til dette prosjektet hadde mer å fortelle og flere erfaringer enn de som bare hadde fått et rundskriv eller lest om det faktiske prosjektet i avisen. Dette kom ikke frem før underveis i intervjuet. Det var da viktig for meg å vise at det å ikke vite mye, eller ikke være direkte koblet opp mot det faktiske prosjektet, ikke gjorde at deres refleksjoner eller tanker var mindre verdifulle.

Å tilpasse seg intervjuobjektet som person gjorde seg spesielt gjeldende da jeg introduserte nye temaer og brukte tvetydige begreper der det var behov for oppklaring. Et godt eksempel på dette er begrepet *velferdsteknologi*. For noen av informantene inkluderer dette også

generell teknologibruk i hverdagen som bruk av iPad og plattformer som Profil og turnusprogrammet GAT, mens for andre er velferdsteknologi bare de verktøyene som er i bruk av hjemmetjenestens brukere som Pilly og trygghetsalarm. Å sikre at informanten forstod hva begrepene innebar opplevdes ikke problematisk, ettersom de selv spurte automatisk for klargjøring: ”Mener du dette?” ”eller dette?” ”Jeg er ikke sikker på om det er det du mener, men jeg mener...” og lignende oppklaringsfraser.

5.4 Operasjonalisering av intervju

Intervjuguiden er tredelt etter tema: velferdsteknologi, responscenter og egnet ekspertise/sykepleierutdanningen (se vedlegg 3). Innledningen er ment som en oppvarming, der jeg er på utkikk etter biografiske elementer ved informanten som er knyttet til arbeidslivet deres. Temaene er også kronologisk inndelt og går fra det mer generelle til det spesifikke. Dette er fordi jeg antar at det vil bidra til å skape stringens og et forholdsmessig forutsigbart intervju. Rekkefølgen i tematikken er også forankret i Thagaards (2009, s 99) dramaturgiske anbefalinger: først starte med nøytrale emner, så inn på mer emosjonelt ladede emner, for så å avslutte med nøytrale emner. På tross av at emnene i min intervjuguide ikke er særlig emosjonelt ladet, var denne tredelingen fordelaktig. Tematikkens overordnede tema er hvordan informantene jobber med teknologi i hverdagen og hvilken rolle de har på i arbeidshverdagen deres. For så å stille jeg spørsmål om mer subjektive erfaringer og refleksjoner vedrørende spesifikke typer velferdsteknologi i hverdagen. Så presenterte jeg responscenter som tema, og spurte om hvilken ekspertise de kunne tenke seg at responscenteret sikrer. Avslutningen hadde til hensikt å åpne opp for refleksjoner de selv føler de ikke har fått med tidligere i intervjuet, og videre tanker om tematikken generelt.

Intervjuene er operasjonalisert med en forskningspartner som var tilstede på alle intervjuene, slik at den fysiske intervjusettingen blir konsekvent og så stringent så mulig. Fordelene med en intervjupartner er spontanitet og supplering av spørsmål. En utfordring i slike settinger er skjevheten i rollene og sårbarheten som synliggjøres for intervjuobjektet. På tross av dette er det bevisst forsøkt å få intervjuobjektet til å føle seg trygg. Det var viktig for begge intervjuere at det var informantene selv som styrte innholdet i intervjuet, altså at informantene var ”privileged in their partial perspective” (Haraway, 1988) fordi det var de som hadde innsikt i hjemmesykepleien. Å ha en intervjupartner med solid intervjuerfaring

bidro også til at jeg ikke opplevde å være overdrevet nervøs når det kom til å stille spørsmål som ble spontant aktuelle i intervjusettingen.

Hovedsakelig fungerte intervjuguiden som et symbol på at det er et intervju og ikke en samtale mellom likemenn. Intervjuguiden fungerer derfor som en trygghet fordi det bevarer en viss formalitet i situasjonen. Dette kan informanten også selv kan oppleve som fordelaktig (Tjora, 2010). Faren med bruk av intervjuguide er at den kan brukes som manus og skape en rigid setting, slik at øyenkontakt og rom for spontanitet hindres. Dette var jeg bevisst på og forsøkte etter beste evne å unngå å være bundet av intervjuguiden. Jeg konsulterte den utelukkende når jeg tolket at informanten selv ville gå videre til neste spørsmål.

Intervjuguiden inneholder ca. 5-6 spørsmål innenfor hver av de tre overnevnte temaene, og fungerer som veiledende, ettersom den primært inneholder av åpne spørsmål. På grunn av at intervjuene var semistrukturerte, var det gjennomgående overlapping i innholdet i hvert individuelle intervju. Svarene til informantene var altså såpass fyldige at oppfølgingsspørsmål ikke alltid var nødvendig, men kunne anvendes når behovet meldte seg. Jeg utarbeidet to ulike intervjuguider (se vedlegg 3) en til sykepleiere og en til de som ikke er/var sykepleiere. Ulempen ved dette er at det skulle vise seg at leder/ ikke leder var et langt mer tydelig skille mellom informantene. Å tilpasse seg informanten, sammen med intervjupartneren min, gjorde ikke dette videre problematisk i settingen. Intervjuguidene er utarbeidet med mest mulig eksplisitt språk. Hovedårsaken til dette er at om jeg skulle bli nervøs, kunne jeg støtte meg til intervjuguiden uten at tonen i språket opplevdes kunstig eller opplesende.

Intervjuene har foregått individuelt i puljer på 2-3. Det har tatt noen ukers mellomrom, slik at det har vært mulig å rekruttere informanter på basis av innholdet i de foregående intervjuene. Dette er i tråd med GTs ”tandem-prinsipp” (Foley & Timonen, 2015), der innholdet informasjon (data) som samles inn gir en indikasjon på neste intervjuobjekt. Å sikre informanter med sykepleierutdanning er relevant ettersom de første informantene fremhever aktualiteten av treårig sykepleierutdanning og vernepleierutdanning som krav til å jobbe på responscenter. Det er viktig å få frem at tandemprinsippet kan minne om, men ikke er det samme som snøball-prinsippet (Thagaard, 2009, s. 56). Grounded Theorys

tandem-prinsippet er dypt forankret i hvordan man går induktivt frem, der forskeren selv skal finne ut hva og hvem som er egnet for ”neste intervju”, mens snøballprinsippet legger ansvaret over på informantene til å foreslå nestemann ut. Det er tydelig etiske problemer knyttet til snøballprinsippet, ettersom det foreslår informanter som ikke har gitt sitt samtykke til å være informant og kanskje ikke vet hvorfor akkurat de er valgt (*ibid*). Disse etiske problemene har jeg unngått ved å bruke tandem-prinsippet.

5.5 Informasjon om intervjuobjektene

Utvalget er valgt strategisk ut i fra kvalifiserende aspekter som sykepleierutdanning og interesse for responscenter-prosjektet. Dette er en ofte brukt metodisk tilnærming når intervju brukes, fordi det sikrer en nærhet til problemstillingen, og informanter med direkte erfaring med problemstillingens helserelaterede tematikk (Timonen & Foley, 2015). For å ha mest mulig nærhet til problemstillingen ønsket jeg sykepleiere og informanter som både hadde det overordnede administrative perspektivet og lederansvar i hjemmetjenestens hverdag, og også de som ikke hadde det. Jeg ønsket også både nyutdannede og informanter med lang erfaring, både som sykepleiere og/ eller ansatte i hjemmetjenesten.

Det er lederen for velferdsteknologiske prosjekter i kommunen som har rekruttert informantene på bakgrunn av ønskede kvalifikasjoner som sykepleierutdanning og spredning i erfaring og arbeidsoppgaver. Dette opplevde jeg som fordelaktig fordi lederen har overordnet kontroll på hvem og hvilke aktuelle ansatte som har tid og kapasitet til å stille opp på intervju- ettersom hjemmetjenesten generelt er en arbeidsplass med høyt koordineringsomfang. Jeg fikk begrenset informasjon om informantene før hvert intervju og på den måten har jeg forsøkt å tilpasse intervjuguide etter parametere som sykepleierutdanning, lederansvar, rolle og hvorvidt de har alarmansvar eller annet velferdsteknologisk ansvar i arbeidshverdagen. Ettersom det er rekruttert internt er informantene kjent med hvorfor og hva intervjumateriale skal brukes til. Informantene er kvinner, noe som gjenspeiler den fortsatt skjeve kjønnsfordelingen i sykepleien og kommuneansatte i hjemmetjenester i Norge.

Utvalget har 9 informanter hvorav 7 er sykepleiere med ulike roller, ansvar og arbeidsoppgaver i hjemmetjenesten. 1 er helsefagmedarbeider, og 1 er lederen på tjenestekontoret og har en annen profesjonell bakgrunn enn sykepleie. Det er en tendens til

at innholdet i intervjuene preges noe av egen profesjon eller fagekspertise når det kommer til ønsket egnet ekspertise inne på responscenteret. Det er også en tendens til ulike perspektiv basert på hvorvidt informantene hadde formelle lederstillinger eller ikke. Dette er forventet, og på tross av at jeg ikke skal trekke noen slutninger ut i fra informantenes egen bakgrunn, er det informasjon som er relevant og viktig for metodisk transparens.

	Profesjon	Stilling	Stillingsspesifisering	Ansvar	Tilleggsutdanning
Informant A	Sykepleier	Avdelingsleder	dag	Lederansvar	Uklart
Informant B	Sykepleier	Avdelingsleder	natt	Lederansvar	Jordmor og anestesi
Informant C	Sykepleier	Nyutdannet			
Informant D	Sykepleier	Avdelingsleder	dag		Org.& ledelse BA
Informant E	Ergoterapeut	Tjenestekontor	leder		
Informant F	Sykepleier	Fagansvarlig, demens		Demens	
Informant G	Sykepleier	Uformelt lederansvar		Ansvar for velferdsteknologi	30 stp, GVK*
Informant H	Helsefagmedarbeider			Alarmsvar	
Informant*	Sykepleier	Ansatt på etablert responscenter		RS*: 3 år	

Tabell 2: Overordnet opplysninger om informantenes stillinger. GVK*: geriatrik vurderingskompetanse, RS*: responscenter, informant I: se 5.8

5.6 Etiske refleksjoner

Samtykke og tilstrekkelig med informasjon om hva intervjuobjektene “blir med på” er derfor essensielt for god forskningsetisk praksis. Intervjuet er et velkjent format for meg fra, men for intervjuobjektet er det uvant, og noe jeg må ta bevisst hensyn til (Tjora, 2010, s 93). Grepene jeg har foretatt for å sikre transparens, er å følge NSDs føringer (for etisk

samfunnsfaglig forskning. Jeg har forsikret meg om at informanten visste hva de var med på før intervju-delen startet.

Et generelt forbehold vil være problematikk tilknyttet intervjuobjektets behov for å svare det de tror er “riktig”, ettersom de vet at de de sier i intervjuet er tilknyttet prosjektet om etablering av responscenter på deres egen arbeidsplass og utføres av administrasjonen på arbeidsplassen (Tjora, 2010, s. 102). Før hvert intervju ble det klargjort hvem jeg var og hvorfor jeg var her. En annen faktor som kanskje fungerte som betryggende for informantene var at de fikk vite at min intervju-partner er tilknyttet kommunens forskningspartner. Intervjupartneren min hadde også møtt noen av informantene ved tidligere anledning. Dette var i settinger knyttet til velferdsteknologi og de ulike workshopene og/ eller møtene de hadde hatt med den aktuelle kommunen. En viktig faktor for å trygge informantene i intervjuet og samtidig bevare den profesjonelle stemningen, var at jeg gjorde det klart at jeg var på utkikk etter hva de *personlig* mente om hendelser, teknologibruk og profesjonell ekspertise på arbeidsplassen deres. Samtidig understreket jeg også at jeg var på utkikk etter erfaringer som var tydelig forankret i deres profesjonelle selv.

Å være spesielt bevisst og påpasselig når det kommer til å verne informanter knyttet til forskningsprosjekter, er generelt svært viktig, men denne sikringen kan anses å være særdeles viktig i sammenhenger der tematikken impliserer konfidensiell informasjon relatert til helse. Jeg intervjuet sykepleiere med god kunnskap om hva som er brudd på taushetsplikt og ikke, anses ikke dette å være noe problem ved håndtering av datamaterialet. Hensikten til informert samtykke og hva datamateriale skal brukes til, er å sikre at informantene skal vite at det de sier i løpet av intervjuet er behandlet i tråd med etiske forskrifter. Å bevare formaliteten i intervjuet er sikret i den profesjonelle settingen, med gjenstander som intervjuguide og båndopptaker (Iphone) godt synlig slik at de kan fungere som påminnelse om at dette er et intervju og ikke en samtale mellom likemenn.

Den norske kommunen som caset utforsker holdes anonym ettersom velferdsteknologisk innovasjon er et generelt offentlig tiltak i norske kommuner selv om hver individuelle kommune står fri til å velge måte og mengde selv. Fokuset i oppgaven er heller ikke å sammenligne kommuners velferdsteknologi-ordninger, anonymiteten er et bevisst valg ettersom intervjuetoden fordrer personvern og etiske retningslinjer.

5.7 Overføringsproblematikk

5.7.1 Intern reliabilitet

Som allerede nevnt har jeg forsøkt å lene meg på sosialkonstruktivistisk forskningsmetodikk. På den måten er forsker og den som blir forsket på i en relasjon der de ikke blir sett på som uavhengige av hverandre. På denne måten bruker jeg ikke reliabilitet som knyttet til en positivistisk forskningslogikk, men heller *intern reliabilitet* slik Seale presenterer reliabilitet i kvalitativ forskning (Seale ref. Thagaard, 2009, s 198). På den måten har jeg strevet etter transparens i framgangsmåten min, i hvert ledd av studien, både i innhenting og i behandling av materialet. Å kunne diskutere og reflektere over intervjuene kontinuerlig med intervjupartneren har styrket min indre reliabilitet, ettersom jeg har konferert med henne i hvert ledd av operasjonaliseringen av datamaterialet og analysen. Informantenes hverdag gir direkte innsikt i erfaringer som knyttes opp mot velferdsteknologi i hjemmetjenestene. Deres erfaringer, og hvordan de reflekterer rundt dem er sentral for problemstillingen ettersom deres opplevelser med alarmorganisering og velferdsteknologi skal fortelle oss om hvordan de koordinerer og samhandler med velferdsteknologien og avdekke utfordringer som kan løses ved å etablere et responscenter. Ved å analysere tematisk og kodifisere intervjuene har jeg hele tiden tatt stilling til innholdet i empirien. Sentralt for å sikre transparens og på den måten også indre reliabilitet, var å være bevisst hvordan jeg tilnærmet meg intervjusettingen og datamaterialet. De sentrale trekkene var å bevisstgjøre for informantene hvem jeg var og hvordan jeg kom til å behandle datamaterialet varsomt og i refleksivitet med andre som var tilknyttet prosjektet.

5.7.2 Transparens, eller ”gjennomsiktighet”

Studiens transparens eller gjennomsiktighet (Silverman ref Thagaard, 2009, s 201) er forankret i min måte å tydeliggjøre fortolkningene i studien. Dette har jeg forsøkt å oppnå ved å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for konklusjonene i denne studien (*ibid*). Studien er operasjonalisert med induktive kjennetegn noe som har ført til at jeg har fullført intervjuene før jeg besluttet meg for skjønns-teori som egnet teoretisk konsept, altså Dworkins smultring. Ved å ha empirien i sentrum før jeg gikk videre har jeg opparbeidet gjennomsiktighet fordi jeg hele tiden har vært bevisst på omstendighetene rundt og betingelsene for tolkningene jeg har kommet frem til.

5.8 Generelle forbehold

Responscenteret informantene ble spurt om å reflektere over var ikke i drift ved intervjuetidspunktet, men i en etableringsfase. Å forske på fremtiden kan være problematisk, men ved å inkorporere et intervju fra et allerede etablert og fungerende responscenter i Norge vil problematikken i datamaterialets framtidsperspektiv bearbeides. Jeg har fått tilgang på dette intervjuet i form av et transkribert dokument gjennom Centre for Connected Care. Dette intervjuet har bidratt til økt forståelse for den fundamentale usikkerheten etablering av responscenter fordrer både når det kommer til innovasjonsprosjektet, men også når det kommer til responscenteransattes skjønnsutøvelse i form av vurderingsarbeid. Intervjuet gir fylldig empiri på et responscenter i drift, og dette er inkorporert i analysen. For å styrke den overnevnte interne reliabiliteten og gjennomsiktigheten har jeg vært bevisst på hvordan dette intervjuet skal inkorporeres i analysen. Jeg har valgt å inkorporere det separat, og jeg bemerker gjennomgående og eksplisitt intervjuets natur hver gang jeg omtaler dette intervjuet (Seale ref Thagaard, 2009, s 198-203). Intervjuet er fra en informant som er sykepleier i et responscenter i en større by i Norge. Informanten henvises til som informant I i informantskjemaet og i sitatbruken i kapittel 7.

6.0 Case: hjemmetjenesten i en by-kommune i Norge

Det er til en viss grad tilfeldig at jeg ble knyttet opp mot dette prosjektet. At det var en kommune i en omfattende etableringsprosess var umiddelbart interessant for meg ettersom det tillater meg å utforske temaene profesjonalitet, utdanning og kunnskap i en helserelatert kontekst. Sykepleierprofesjonen er en relasjonsprofesjon, med sterke røtter i kvinnens samfunnsrolle og en dobbel ekskludering fra de patriarkalske institusjonene (Witz, 1990). Dette kommer ikke nødvendigvis frem i caset, men det gjør likevel ulike kontraster interessante. Eksempler på disse kontrastene er helsetjenester på kommunenivå kontra sykehuset på fylkesnivå, sykepleieren kontra andre ansatte i hjemmetjenesten, og omsorgsledelse kontra omsorgsutøver.

Dette caset er egnet for denne studien fordi: 1) den fremhever sykepleierens utfordringer i hjemmesykepleien i dag. 2) den illustrerer aktørene med ulike interesser involvert i en endringsprosess der sykepleieren er hovedaktør 3) den forteller oss om sykepleierprofesjonen i endring, og utdanningens rolle for riktig profesjonsutøvelse når teknologi-orienterte oppgaver blir introdusert og videre hvordan dette kan ha konsekvenser for hvordan sykepleieren forstår sitt profesjonelle jeg, 4) det kan si noe om et område i offentlig styring som preges av høy differensiering med hensyn til koordinering og administrasjon av velferdsteknologiske løsninger.

Med utgangspunkt i mitt case forsøker jeg å kartlegge argumentene til de som er direkte berørt av etablering av et responscenter i hjemmesykepleien i en gitt kommune i Norge. Hjemmesykepleie er et kommunetilbud med konkrete og satte behandlinger, men der sykepleieren daglig må ta stilling til ulike aktører som pasient og pårørende, samt også administrasjon og ledelse. Caset illustrerer omfanget av koordinering, administrering og kommunikasjon mellom helsepersonell på kommunenivå, og også hvordan hjemmesykepleieren er profesjonsutøver i relasjon til pasienten, det Lipsky (ref. Hoyle, 2015) omtaler som bakkebyråkrater. Caset vil derfor hjelpe oss å forstå hvordan sykepleierens "profesjonelle-selv" endres når nye arbeidsoppgaver blir introdusert.

Oppgaven er skrevet for Centre for Connected Care på Ullevål sykehus i Oslo. Dette senteret fokuserer på brukersentrert behandling og ønsker å fremme brukerens medvirkning, selvstyring og selvbestemming når det kommer til medisinsk behandling og pleie.

7.0 Analysedel

I dette kapitlet knytter jeg sammen datamaterialet med profesjonell ekspertise og skjønn. Kapitlet følger underspørsmålene i problemstillingen for mest mulig kongruens. Derfor vil jeg i første runde utforske hva datamaterialet forteller oss om et responscenter og hvilke oppgaver et responscenter skal inneholde. I andre analysedel diskuterer jeg hvilken profesjonell ekspertise som burde være sikret for forsvarlig utførelse av disse oppgavene.

7.1 Første analysedel: Responscenterets gitte oppgaver

Å forsøke å kartlegge oppgavene i et responscenter fordrer en generell usikkerhet. Dette kom fram i min redegjørelse for hva et responscenter er i kapittel 4, der Helse Norge fortsatt er i en utviklingsfase spesielt med hensyn til å definere og standardisere drift av responscentre i hjemmetjenesten i Norges kommuner. Hovedsakelig er det to inndelinger: proaktive og reaktive responscentre. Mitt case er bundet i at responscenteret ikke er i drift ennå, og at informantene har bred nærhet til det faktiske prosjektet. Visse informanter er koblet direkte opp mot arbeidsgruppa til responscenteret og har direkte innsikt i etableringsprosessen, mens andre ikke har denne tilknytningen.

7.1.1 Argumenter for reaktivt responscenter

Et reaktivt responscenter skal hovedsakelig håndtere alarmer når uhellet er ute. Men her trengs en demarkasjonsforståelse for hva som faktisk er en reell og hva som ikke er en reell henvendelse. Informantene forteller om henvendelser der brukere har utløst alarmen når det ikke er snakk om fall, fysiske farer, og lignende, men at de enten har ”kommet borti” trygghetsalarmknappen, eller at de søker trygging fordi de er engstelig, ensomme eller deprimerte. De aller fleste brukerne av hjemmesykepleie er eldre, og derfor møter hjemmesykepleien et eldre-relatert sykdomsbilde. Hjemmesykepleiens alarmtelefoner som nå er plassert ”på” helsepersonell skal bli sentraliserte. Dette vil ideelt sett gjøre at helsepersonell slipper å ta henvendelsen, mens de er hjemme hos en bruker og muligens står i en behandling. Hjemmesykepleiens oppgaver forklares i denne listen:

Hjemmesykepleien skal bidra til at du får ivaretatt dine grunnleggende helse- og pleiebehov. Dette kan for eksempel være (hentet fra nettsidene til den aktuelle kommune, og som holdes anonym):

- hjelp til personlig hygiene og naturlige funksjoner
- av- og påkledning
- tilrettelegging av måltider og kostveiledning
- assistanse til legemiddelhåndtering
- sårbehandling, kateterisering
- informasjon, råd, hjelp og veiledning som bidrar til aktivitet og slik at du klarer mer selv
- psykiatrisk sykepleie

Det er ikke tydelig hva som er reelle og ikke-reelle alarmer, noe som viser seg i resonneringen til informantene om hvorvidt de skal rykke ut eller ikke når de mottar en alarmtelefon fra brukerne. Hva som tilsier omstendigheter der de skal eller ikke skal rykke ut avhenger av mange faktorer, også praktiske muligheter til å besvare henvendelsen og sende egnet personell. Når sykepleierne rykker ut forteller de anekdoter som er preget både av klinisk autonomi og autonomi knyttet til det å være sykepleier, altså evnen til å ville gi omsorg, empati og anser det i tråd med etiske forskrifter som sykepleier. Det vil si at det kan oppleves som god sykepleie å rykke ut på alarmer som egentlig ikke er reelle, og som er utenfor listen over hva hjemmetjenesten er pålagt å gjøre.

Det kommer an på, hvis pasienten ringer igjen og igjen og igjen så kan det hende vi rykker ut for å få fred, det vil jeg kanskje tro, men i og med at vi har så begrenset ressurser både på natta og dagen, så føler jeg det blir helt feil og da må pasienten vente til pleieren kommer på ordinært besøk

Informant B

I sitatet over reflekterer informant B over grenser for hva de noen ganger rykker ut for, og at de gjør det på tross av at de "føler at det blir helt feil". De rykker ut fordi pasienten ringer igjen og igjen. Ordleggingen i sitatet forteller også at det føles feil å rykke ut på henvendelser "bare for å få fred", og på grunn av begrensede ressurser burde pasienten vente på ordinært besøk. Dette fremhever at hjemmetjenesten forsøker etter beste evne å tilrettelegge for pasientens behov, men på grunn av reelle begrensninger føles det feil å rykke ut på henvendelser bare fordi det er en bruker som oppleves masete. Resonneringen til informanten fremhever hvor grensen for uttrykning går, og at det er forankret i ressurser

heller enn å avskrive pasientens behov for besøk. Som kontrast til dette forteller sitatet under at de ikke rykker ut, på tross av at brukere er ensomme og trenger nærhet. Sitatene forteller oss om bevisstgjøring med hensyn til å komme på besøk som ikke er direkte relevant til hjemmetjenestens oppgaver og at det er viktig å ”prøve å trekke seg ut” slik at brukeren ikke får inntrykk av hjemmetjenesten rykker ut på behov som er utenfor de tjenestene de tilbyr.

Eller som egentlig ikke har behov for at vi kommer for vi prøver å trekke oss ut så vi ikke har masse tilsyn som egentlig ikke er noe og bare er for den psykiske helsa på en måte, det er veldig mange ensomme, men man kan jo ikke være besøksvenn heller. **Informant C**

Dette sitatet forteller oss hvordan informanten resonnerer og argumenterer for grensene til hva som er en reell henvendelse og ikke, det informanten mener med psykisk helse er det som inngår i trygging, mestring, omsorg for brukeren og anerkjennelse, og at kapasiteten begrenser dem til å ikke rykke ut når ensomme ringer inn. ”vi kan jo ikke være besøksvenn heller” forteller oss at informanten er profesjonell sykepleier som har gitte oppgaver, der det å ”komme på besøk fordi en bruker er ensom” ikke inngår i informantens profesjonelle selv. Det er interessant hvordan informanten ikke avskriver brukerens behov i en ensom situasjon, men heller forklarer at det ikke inngår i sin egen arbeidsbeskrivelse som sykepleier i hjemmetjenesten. På den andre siden vil ensomme brukere ringe inn for å prate om en bekymring uavhengig om sykepleieren anser det som en reell henvendelse eller ikke, og på den måten kan responscenteret avlaste de henvendelsene:

men det kan bare være en som er ensom som ønsker å snakke med noen, så er den saken ute av verden, mens de som jobber ute i tjenesten de får fred og ro uten alle disse avbrytelsene. **Informant D**

Informant D fremhever at henvendelser som ikke er direkte kriserelaterte alltid vil oppstå ettersom brukerne ofte utløser alarmen ved uhell eller fordi de selv ikke forstår at trygghetsalarmen bare skal utløses hvis det er behov for akutt pleie eller hjelp. Derfor vil responscenteret kunne ta hånd om disse alarmene og ”sile” dem ut etter en omsorgsfull samtale med en responscenteransatt, istedenfor en ansatt ute ”på lister” i hjemmesykepleien

som trenger fred og ro. Likevel er det en tydelig grense for hva som er forståelige henvendelser for brukergruppen og hva som er langt utenfor hva en hjemmetjeneste skal bistå med. Dette er uavhengig om de henvendelsene blir mottatt i felt eller på et responsenter:

Som ringer...med ikke helt reelle problemstillinger, eller ringer om igjen flere ganger om samme problem, så de har kanskje fått akkurat hjelp til og det fanger vi jo veldig fort opp når det er en samme person som varsler og noen ganger så begrenser vi jo antall besøk (..) for det er mye rart som kommer som for eksempel om de kan komme og hente en potetgullpose som ligger oppe i skapet det er litt sånne ting som det er jo klart vi rykker ikke ut på sånne ting **Informant B**

Dette sitatet fremhever kompleksiteten i det å måtte ta valg i hverdagen i hjemmesykepleien om hvorvidt de skal rykke ut eller ikke. I likhet med det foregående sitatet forteller dette sitatet oss at de må begrense antall besøk, fordi de ikke har kapasitet til å rykke ut på slike alarmer. Eksempelbruken i sitatet forteller om noe som ikke er relatert til medisinsk eller klinisk bistand på noen helst måte. En mulig tolkning av sitatets eksempelbruk er at informanten forsøker å understreke sitt profesjonelle selv ved å vise grenser for hva som tydelig er utenfor hennes sykepleierprofesjon, og noe enhver pårørende eller nabo kan utføre for brukeren.

De overnevnte avsnittene fremhever at det er tydelige grenser for hva som er sykepleierens jobb og på hvilken måte deres argumentasjon for å ikke rykke ut er forankret i hvorvidt brukeren har et reelt behov for klinisk hjelp. Dette kan muligens fortelle oss om hvordan de ønsker at et responsenter skal være. Å kunne si ut og ikke rykke ut når det kommer alarmer som ikke er reelle, bestemmes av helsepersonell der de har "sett an" situasjonen og hvorvidt den har behov for skjønn.

Med utgangspunkt i en allerede etablert organisering av alarmer argumenterer sitatet under for et responsenter som skal fungere som en alarmsentral med fagutdanna personell som siler ut det som ikke er reelle henvendelser, og som henviser reelle henvisninger videre til egnet profesjonell ekspertise. Sitatene under viser hvordan samme informant kan resonere

seg frem til ulike kjennetegn ved et responscenter. Dette fremhever den fundamentale usikkerheten som preger etableringsprosesser responscentre generelt, og spesielt ettersom dette er et responscenter som ikke enda er i drift.

Ja, en sentral for alarmer tenker jeg da, det er jo diskutert, at det skal være fagutdanna personell som sitter der som en vaktentral og henviser da, som kommer inn med trygghetsalarm for eksempel så skal vi henviser dem videre og natttjenesten per i dag har på en måte sånn oppbygging her **informant F**

Jeg tenker egentlig det med alarmer da, også kanskje tjenestekontor da, en del av de som skal vurdere tjenestene som skal gi respons tilbake til de som trenger tjenesten, det er det jeg tenker om et responscenter også vet jeg ikke om lege skal være tilknyttet, sånne detaljer da **Informant F**

Her kommer det tydelig frem at Informant F ønsker et responscenter som ikke bare mottar alarmer, men også samlokaliserte tjenestene som tjenestekontoret bistår med. Dette kan bidra med å gjøre informasjon om brukeren lettere tilgjengelig for responscenteransatte. På den måten vil de ansatte kunne ta vurderinger som er mer presise, fordi det har mer informasjon å basere vurderingen på og derfor mindre usikkerhet. Slik blir de som tar vurderinger og arbeider med koordinering av helse- og omsorgsavdelingen også en del av responscenteret. Informant F forteller videre om andre profesjoner, og hvorvidt legen skal være tilknyttet. Informant F beskriver legeinnvolvering som "sånne detaljer da", noe som kan fremheve at det som er viktigst er at responscenteret skal kobles opp mot tjenestekontorets oppgaver. Legekunnskapen er ikke mer enn en detalj for informant F, mens andre informanter omtaler et direkte behov for legekunnskapen fordi det de "har" i dagens organisering er fastlegene og legevakta utenfor normal arbeidstid.

nå er dette kanskje litt feil for jeg vet jo hva vi ønsker å ha med men det jo klart at for meg som da prøver å jobbe litt mer med alarmmottak med varselmottak, litt parallelt med det vi har på natta, eller kanskje ganske likt, vi har jo feila det siste året når det gjelder koordinator vi ser at det **mest effektive er å ha sykepleiere eller vernepleiere** altså treåringer inn der, vi har jo prøvd med hjelpepleiere, men det er ikke like

tidseffektive, fordi det krevde da **videreformidling til sykepleiere** og konferering der så jeg ser absolutt at det må være treåringer jeg ser ikke noe annet mulighet og det er jo også av erfaring da som vi har gjort oss, og så igjen da så jeg tenker at dette her må være folk som er ganske **oppegående** (..) jeg tenker, tør å påstå at **mine koordinatører er ganske drilllet** på det nå hvis de kjenner at en situasjon er kritisk så tar de kontakt med AMK (red: nødmeldingstjenesten/ambulanse)

Informant B

Dette sitatet forteller oss at informantene ønsker at responscenteret som er i etablering både skal være et alarm -og varselmottak. Ut ifra dette, argumenterer informanten seg til egnet profesjonell ekspertise som er bundet i sykepleien. Resonneringen til hvorfor det må være ”treåringer” på responscenteret er at hjelpepleiere bruker lengre tid ettersom de må konferere med sykepleier før de beslutter hvorvidt henvisningen skal siles ut eller om de skal sende egnet ekspertise til brukeren. Her ser vi et resonnement som er bundet i den faktiske prosessen og hvorfor sykepleier som egnet ekspertise er ønsket på basis av evnen til å ta vurderinger i pressede situasjoner. Informanten forteller oss også om hvor ekspertisen må være plassert- nettopp i front. Men informanten omtaler også egenskaper som ”oppegående” og ”ganske drilllet” som viktige, noe som ansatte uten sykepleierutdanning kan besitte. Profesjonelt skjønn er aktuelt fordi den ansatte skal bli tildelt nok autonomi til å kunne selv tilpasse henvendelsen i henhold til sitt eget profesjonelle repertoar. Dette er bunnet i både sykepleien som profesjon og den kliniske autonomien mellom sykepleieren og brukeren. Informant B er, som diagrammet i metodekapittelet viser, avdelingsleder natt og er direkte koblet opp mot arbeidsgruppa til responscenteret. Denne informanten har også reorganisert alarmsystemet de bruker i hjemmetjenesten i kommunen på natt. Dette fremhever erfaringen hun besitter når det kommer til samlokalisering og koordinering av alarmer på tvers av hjemmesykepleiens soner i kommunen.

Proaktivt responscenter: en videreutvikling av reaktiv alarmsentral

Etttersom de fleste informantene vet at responscenteret vil være et sentralisert alarmmottak og være mer reaktivt enn proaktivt, er datamaterialet som helhet preget av dette. Men det er allikevel noen informanter som skiller seg ut når det kommer til mer visjonære ønsker om et proaktivt responscenter:

jeg tenker at vi bør ha noe annet, et responscenter som kan svare på alt innenfor helse da håper jeg vi kan samlokalisere for eksempel alarm eller responscenter med type mestringscenter hvor friluftsentralen, pily sitter kanskje, tjenestekontoret skulle vært en del av det, så man har alt på et hus [...] også vil jeg at det skal hete noe annet enn responscenter, hva tenker brukerne: hva er det liksom? Jeg har lyst til å ta frem forventninger og lage ett helt nytt ord.

Informant A

Dette forteller oss at responscenteret vil være et alarmmottak til å begynne med, men at det også er rom for endring etterhvert. Årsaken til at det må være et alarmmottak til å begynne med er at det *først* må være et veletablert og fungerende responscenter der hovedoppgaven er å kunne sile bort ikke reelle henvendelser og koble opp reelle henvendelser på riktig profesjonell ekspertise. Det informant A formidler er et proaktivt responscenter som koordinerer og samlokaliserer hjemmetjenestene i kommunen. Dette vil være til fordel for brukeren ettersom alle de ulike elementene som går inn under avdeling for helse og omsorg vil være under samme tak.

men det er klart nå snakker jeg bare om hjemmetjenester det det er jo hele helse og omsorg her, og flere andre virksomheter som helt sikkert kan hekte seg på dette her (red: responscenteret) uten så mye forstyrrelser ute i tjenesten som vi gjør så etterhvert blir det et blir jo sånn lite AMK-senter på en måte der du kan ta imot små og store henvendelser jeg kunne også tenke meg å få på det senteret gode på å programmere alarmer og reist ut og satt opp trygghetsalarmer det lå der istedenfor, nå har vi jo en alarmkontakt ute i de hver 14 hjemmetjenestegruppene. **Informant D**

Sitatet ovenfor viser et resonnement som er tydelig forankret i en allerede etablert organisering, og at stresset som ansatte opplever knyttet til nåværende organisering av alarmtelefonene vil reduseres når alarmene blir sentralisert. Informanten resonnerer seg frem til et "lite AMK-senter som skal ta store og små henvendelser" og hentyder også til et behov for ekspertise knyttet til teknologi ("gode på å programmere") slik at de som jobber i

hjemmetjenesten og/eller på sykehjem ikke distraheres av alarmtelefonene når de står midt i en arbeidsoppgave. Dette kan for eksempel være sårstell, eller andre situasjoner der personvernsplikten kan være utsatt.

Å sikre et velfungerende alarmmottak i drift før responscenteret tilegner seg oppgaver som er mer proaktive, bekrefter usikkerheten i det å etablere et responscenter generelt. Det sier også noe om hvordan holdninger til endringer på arbeidsplassen spiller en rolle i utviklingen av responscenter- prosjektet.

Det er litt vanskelig å se for seg i dag det kommer an på hvordan senteret utvikler seg og hvordan man tenker om det som er i vinden da jeg liker å tenke at i fremtiden er det mye spennende det har å by på og vil se om det er tjenester eller roller som vi forvalter som passer inn i den i responscenteret vi har liksom ikke landet noen tanker om det per nå **Informant E**

7.3 Argumenter mot responscenteret som sentralisert mottak

Gjennomgående i hva informantene forteller oss er enten et ønske om et sentralisert alarmmottak, eller at informantene vet at det responscenteret som faktisk er i etablering skal være et sentralisert alarmmottak. Likevel er det en tendens i datamaterialet som forteller om bekymringer knyttet til etablering av responscentre generelt: nettopp når responscentrene blir en meningsløs tredjepart mellom helsepersonell og brukeren. Hvis det er de selv som må rykke ut uansett, vil responscentret fungere som en sinke i prosessen mellom alarmutløsning og til egnet personell er på plass.

Ja det er det vi må jo kjøre ut uansett i tilfelle så da vil det jo nesten ta lengre tid, responsen vil jo da bli lengre, når det kommer en tredjepart inn. **Informant C**

Jeg håper jo ikke det blir lengre responstid da, på en måte at det lang tid før de ringer på alarmer til de får hjelp, hvis det er det de trenger da, de merker jo de veldig fort hvis det tar lang tid. **Informant G**

Her kommer usikkerheten fram i å etablere et sentralisert alarmmottak og at dette ikke innebærer en positiv reorganisering. Informant G viser tydelig bekymring for at

responstiden faktisk kan bli lengre av å sentralisere mottaket på tvers av bydeler og bysoner som denne bykommunen er inndelt i. Og på den måten ikke forbedre, men heller forverre ordningen. Sitatet hentyder til at brukeren merker at det tar lang tid å få hjelp, og er bekymringsverdig fordi lengre responstid kan i verste fall være et spørsmål om liv og død. Ved å inkorporere brukeren i argumentasjonen mot et sentralisert mottak, fremheves det at det er bekymring rundt det å utsette brukeren for dårlig tjenesteutøvelse.

7.3.1 utfordringer ved responscenteret: gråsoner mellom reaktivt og proaktivt responscenter

Det er alltid risiko knyttet til å etablere et responscenter som sentralisert alarmmottak i hjemmesykepleien. Men i et allerede etablert og fungerende responscenter forteller operatøren at det som skulle være et proaktivt responscenter har utydelige oppgaver og manglende rolleavklaring:

(..) Men det har vært ganske frustrerende, for det har jo på en måte- det er ikke noen roller. Altså, skjønner du? Jeg har slukket varslinger, det er det jeg har drevet med, føler jeg. Så jeg har vært ganske irritert over en lang periode, for jeg tenkte, ”dette er jo meningsløst”. (..) Det er jo ingen som skjønner det, det er ingen som vet hva et responscenter skal være. Og det vet de fortsatt ikke fordi de klarer ikke å bli enige. **Informant I.**

Dette sitatet forteller om frustrasjonen en operatør opplever på grunn av mangel på klargjøring av arbeidsoppgaver og impliserer at mangel på rolleavklaring har gjort at operatøren selv tar på seg og gjennomfører oppgaver som hun egentlig ikke identifiserer seg med, eller som er utenfor hennes profesjonelle identitet som sykepleier.

7.4 Andre analysedel: egnet profesjonell ekspertise

Denne analysedelen skal utforske egnet ekspertise på responscenteret og hvorvidt innsikt i profesjonelt skjønn kan hjelpe oss med å forstå bredden i hva informantene tenker er egnet ekspertise. Det er viktig igjen å klargjøre at det er variasjon i nærhet til det faktiske prosjektet og svarene til informantene preges noe av dette.

Før vi går videre ønsker jeg å forklare nærmere hva som skal stå som et operativt motsetningsforhold til sykepleierutdanningen og formalisert kunnskap. Skjønnsutøvelse er ikke forankret i enten formalisert utdanning som sykepleien, eller noe som helt og holdent kommer fra erfaringen og som ethvert individ kan besitte. Kompleksiteten i å avdekke ”hvor skjønnet kommer ifra” blir overdrevent forenklet hvis det omtales som en restkategori for alt som *ikke* kan knyttes opp mot den formaliserte sykepleierutdanningen. Derfor er klinisk vurderingsevne, som både forankret i utdanning og erfaring et dekkende utgangspunkt for å avdekke hvorvidt operatøren på responscenteret må mestre dette for å utføre arbeidsoppgavene responscenteret krever. Dette skillet skal fortelle noe om hvem som er egnet til å kunne jobbe på et reaktivt responscenter og videre fortelle oss hvordan forslagene til egnet profesjonell ekspertise kan si noe om hvilken profesjonell ekspertise som *bør* sikres inne på responscenteret.

7.4.1 Sykepleierutdanningsrettede svar

Det er en moderat tendens i datamaterialet til å kreve ansatte med sykepleierutdanning til å utføre arbeidsoppgavene på responscenteret. Sykepleierprofesjonen blir av flere omtalt som bedre egnet, sammenlignet med hjelpepleieren eller andre helsefagarbeidere uten formell sykepleieutdanning.

[..] for eksempel når en pasient har falt og sykepleier da, og hjelpepleieren og sier har du vondt Hansen? Nei, jeg har ikke vondt, så godtar hjelpepleier det men sykepleier sier ja, men vi bør sjekke litt nærmere, la oss sjekke har du fått brudd eller så? Nei ikke noe av det nei okay, blodtrykk hjerne slag det kan være så mangt da så det er de faglige vurderingene som kan være mangelfulle da. [...] **Informant A**

Det er gjennomgående at de som argumenterer for sykepleierutdanningen er sykepleiere selv, og mener at sykepleiere har en annen vurderingsevne enn de som ikke har sykepleierutdanning. De setter både hjelpepleieren og ergoterapeuter som sammenligningsgrunnlag. Sykepleierens profesjonelle selv er bundet i evnen til å ikke godta hva brukeren sier på telefon, fordi magefølelsen til sykepleieren tilsier at ”Hansen” egentlig har behov for hjelp. Her vil sykepleieren bruke skjønn for å kunne individualisere

og tilpasse seg behovet til brukeren. Sykepleierutdanningen er også sentralt å sikre i det allerede etablerte responscenteret der informanten selv er sykepleier:

Jeg er sykepleier i bønn, og det skal være sykepleiere i responscenteret. Og det sier jeg: det må det være. Det er på en måte-vi har prøvd med ergoterapeuter, andre-men vet du hva? Det er sykepleiere som må sitte her (..) Det har vi i hvert fall funnet ut. **Informant I**

Det er et behov for sykepleiere fordi det er så uklart hva et responscenter egentlig er og hvilke oppgaver som skal håndteres og hvilke som ikke inngår i responscenterets oppgaver. Sitatet forteller oss at sykepleierrollen kan redusere usikkerheten som er knyttet til mangel på oppgaveavklaring. ”Det har vi i hvert fall funnet ut” fremhever usikkerheten i etableringsprosessen og hvordan opplevd kaos og mangel på grenser kan reduseres ved å sikre sykepleierutdanningen.

Sykepleierutdanningen er et gjennomgående tema for informantene, ettersom mange av dem vet at det er utlyst stilling der administrasjonen har satt treårig utdanning som krav. Den aktuelle utdannelsen er vernepleie eller sykepleie. Årsaken til dette er, slik informant B forteller, at de ønsker å sikre en klinisk vurderingskompetanse som kan utøves på kort tid inne på responscenteret. Sitatet under forteller at det ikke holder med sykepleierutdanning:

Jeg tenker at det sikra i utdanning også kan det være hensiktsmessig å se for responscenteret så kan det være hensiktsmessig å se: ok du kan være nyutdanna, men ikke at alle er nyutdanna for da har man ikke den erfaringa, og erfaring fra kommunen ikke sant og kjenner hjemmetjenesten **Informant A**

Selv om sykepleierutdanning er et krav, forteller sitatet over at på tross av at sykepleierutdanningen er kvalifiserende, har ønsket profesjonell ekspertise en erfaringskomponent. Erfaring fra kommunen og å kjenne hjemmetjenesten er faktorer som er uavhengig av hvorvidt man har sykepleierutdanninga eller ikke. Det vil si at sykepleierutdanningen skal fungere mer som en profesjonell garantist for at brukeren får egnet hjelp, og er et grunnlag for andre egenskaper. Allikevel er disse egenskapene som

informant A nevner sannsynlig at en sykepleier har: erfaring fra kommunen eller kjennskap til hjemmetjenesten.

Argumentasjonen som tydelig fremmer sykepleierutdanningen som egnet profesjonell ekspertise er også preget av en aktualisering av andre profesjoner, kunnskapstyper og/ eller egenskaper for å statuere at enhver operatør vil kunne ha potensiale til å utøve forsvarlig respons. Ifølge denne argumentasjonen vil sykepleiere, sammenlignet med ufaglærte, garanterer nok kunnskap til å utøve mer effektiv og konsekvent *god* respons, slik dette sitatet forteller oss:

se med ørene, ja det er jo klart tre år på høyskole som en fagarbeider ikke har. Så de (hjelpepleiere) sitter også på innmari mye kompetanse altså og kan gjøre mange gode vurderinger men det må alltid være en sykepleier der som alltid kan spørre en til råds det ser vi jo fagarbeiderne nå er jeg litt usikker, så man kan rådføre hverandre litt og det gjør vi sykepleiere og, vi rådfører oss med hverandre vi sitter jo ikke alltid med svara vi heller. og det er klart er de dårlige, men har vanskelig for å gi uttrykk for hva det egentlig er så er det uansett vanskelig via en telefon **Informant D**

Ved å konsekvent bruke sykepleierutdanningen som utgangspunkt, resonnerer informantene selv frem til at sykepleierutdanningen ikke nødvendigvis garanterer god fjernomsorg eller adekvat vurdering av brukernes henvendelser. Å utøve fjernomsorg og bare kunne høre og ikke se brukeren er utfordrende uansett hvilken profesjonell ekspertise som skal ta stilling til henvendelsene. Overnevnte sitat forteller at sykepleiere må rådføre seg med hverandre i hverdagen, og at de ufaglærte også besitter verdifull kunnskap og ”kan gjøre mange gode vurderinger”. Det sikreste blir likevel vurdert å være at brukerne blir møtt med sykepleierens vurderingsevne aller først. Å sette sykepleieren i front vil være fordelaktig fordi da unngår responsansatte å konferere med andre før egnet beslutning tas. På den måten vil de spare tid og ressurser.

Sykepleierutdanningen blir også sammenlignet med ergoterapeuters måte å utføre profesjonen sin på, der sykepleierens styrke er å ta medisinske vurderinger og beslutninger, mens ergoterapeuter er trent på pasientsentrert mestring. Informant E, som er leder ved

tjenestekontoret forteller nettopp om styrkene til sykepleieren som dypt forankret i å ta medisinske beslutninger og være gode i dialog med sykehuset. Terapeuter også er viktige å sikre ifølge informanten, fordi de er gode på utførelsen av aktuelle tiltak.

der ser jeg at sykepleierkompetansen er kjempe viktig i dialog med sykehuset og vurderer de medisinske opplysningene, vurderer funksjonen til brukeren og planlegge hva slags tilbud de skal ha når de skrives ut til kommunen så da ser jeg at DEN kompetansen er kjempeviktig. Også har jeg psykiatrisk sykepleier, sant med tiltak rundt psykisk helse kjempeviktig kompetanse rus kompetanse ja det er **ja sykepleiere er ekstra god på vurdering og medisinske med pasientene** , terapeutene er spesielt ergoterapeuter de er opptatt av funksjon og mestring. Hva kan faktisk pasienten mestre selv mens **sykepleieren har mer tradisjonelt blikk på problemet** eller utfordringene med deg og har det fokuset mens ergoterapeuter ser på behovet og egne drivkrefter til den enkelte **Informant E**

Det vil si at sykepleierens styrke nettopp er å ta vurderinger på medisinsk grunnlag, mens terapeuter er gode på utførelsen. Sykepleieren synes å være mer egnet enn andre lignende omsorgsprofesjoner til å jobbe på responscenter der sikring av vurderingsevne er så sentral. Likevel er informantens resonnement preget av en sammenligning mellom to aktuelle ekspertiser som ikke ekskluderer hverandre, men er komplementære i en hverdag med ulike oppgaver. ”Sykepleieren har et mer tradisjonelt blikk” er interessant fordi det fremhever sykepleieren som omsorgsutøver der hun tar beslutninger *for* brukeren, og ikke nødvendigvis *med* brukeren.

7.4.2 Klinisk vurderingsevne som nødvendig kunnskap

Klinisk vurderingsevne er både erfaringsbasert og utdanningsbasert. Derfor er ikke klinisk vurderingsevne noe bare sykepleiere besitter i kraft av sin formelle utdanning, men også noe andre utdanninger og profesjoner har. Å bruke klinisk vurderingsevne eller vurderingskompetanse krever en redegjørelse for hva som menes med *klinisk* og som skiller kliniske vurderingsevner fra ufaglærtes vurderinger.

ja, og medisinsk kompetanse, det å kunne sile ut henvendelsene, er det lov å si personlig egnethet? [...] det er viktig at jeg skulle se meg selv som bruker av tjenesten da at du, at du føler deg trygg på de svarene du får at det er en person som vekker min tillit i den andre enden, tenker jeg er veldig viktig eller så tenker jeg å ringe igjen eller søke andre løsninger som bruker vil jeg tro **Informant E**

Dette sitatet fremhever sykepleierens profesjonsintegritet som tydelig forankret i interaksjon med pleietrengende og hvordan argumentene, eller resonnementet til informantene formes ut ifra hva de ønsker at et responscenter skal inneholde av oppgaver og hvorvidt responscenteret skal utøve fjernomsorg eller ikke. På den andre siden fremhever sitatene under at et responscenter som sentralisert alarmmottak ikke fordrer en fjernomsorgutøvelse mellom operatør og bruker, og på den måten ikke har behov for helsepersonell heller.

Noe helsefaglig bakgrunn kanskje i forhold til å vite hva de skal spørre om kanskje

Informant C

Det som er viktigst er at den som møter opp hos brukeren er helsepersonell, gjerne noen de har møtt før. Å vite hvordan man stiller de riktige spørsmålene er viktig overfor brukeren, men bruken av ordet "bakgrunn" til å forklare erfaring som potensielt både kan være sikret i erfaringen og/eller utdannelsen fremhever den fundamentale usikkerheten etablering av responscenter fordrer.

Men utover det så kan jeg ikke si at jeg har problemer med hvem som tar den telefonen i andre enden, jeg regner med at de henviser videre til hjemmesykepleien hvis de ser eller hører noe **Informant G**

Geriatrisk vurderingskompetanse

Å kjenne brukerne i hjemmetjenesten og ha erfaring med brukerne er sentralt for noen informanter. Brukerne av hjemmetjenesten er ofte eldre og derfor er både formell og uformell fagfordypning i eldrerelaterte sykdommer aktuelt å sikre ekspertise av. Slik vi ser i informanttabellen er både informant F og G eksperter på eldre relaterte sykdommer

forankret i formell og uformell utdanning. Informant G understreker selv at geriatrisk vurderingskompetanse (GVK) kan være ”bra å ha”, men hvis brukernes sykdomsbilde er relatert til rus og psykiatri må operatøren på responscenteret selv ha, eller ha tilgang til relevant ekspertise. Slik de foregående argumentene tilsier ser vi en tydelig brukerorientering:

Jeg tenker at den GVK den geriatrisk vurderingskompetanse-utdanningen er bra at i hvert fall en har tenker jeg da, litt sånn **spisskompetanse** på eldre som regel de som er eller det er de som har trygghetsalarm det kan selvfølgelig være unntak men, det er jo selvfølgelig **mange typer utdanninger som hadde vært kjekt å ha** men hvis, det er mange innen **rus og psykiatri** som har trygghetsalarm så kanskje det hadde vært lurt med noe med den type erfaring og kunnskap da som kunne sittet der hvordan de skal løse de som ringer da” **Informant G**

hvis du ser på vurderingskompetanse hvis vi ser på hvem som har alarmer og hvem er brukergruppen så er det jo mange eldre så det å ha geriatrisk vurderingskompetanse **Informant E**

Disse sitatene forteller oss hvordan ønsket kunnskap på responscenteret må være tilpasset brukernes behov og sykdomsbilde og hevder at kunnskap om eldreomsorg er viktig å sikre inne på responscenteret.

Andre profesjoner: teknisk support, lege, tjenestekontoret

Egnethet til å jobbe med teknologi er også et gjennomgående tema i datamaterialet. Å kjenne brukerne og besitte et repertoar av metoder når det kommer til å kartlegge hva henvendelsen handler om og kunne ta stilling til den spesifikke brukeren bak teknologien er gjennomgående, men det er også flere som fremhever behovet for kunnskap som går direkte ut på å mestre teknologien. I tillegg til dette er tilgangen på annen ekspertise utenfor sykepleierprofesjonen også sentral, spesielt legen. Det er gjennomgående i datamaterialet at responscenteret skal ha tilgang på lege etter behov.

absolutt det sitter en trygghet i å vite at de kan hjelpe dem, men også andre yrkesgrupper også, jeg tenker det men i hvert fall at det kan være en lege tilknyttet det **Informant F**

Sitatet under ønsker en egen lege som er tilknyttet responscenteret, som skal lette presset fastlegene og legevakta etter fastlegenes arbeidstid, noe som kan være begrensende for behovet de har for å konsultere og ha nærhet til lege som profesjonell ekspertise. Trolig er det altfor ressurskrevende og ha en lege sittende på responscenteret, og det er tydelig ut i fra sitatene at informantene er bevisste profesjonshierarkiet og legen som en utilgjengelig, men ønsket profesjonell ekspertise.

det skulle vært sånn, absolutt, altså sånn fast lege som bare hadde ansvar for et sånt senter som vi kunne hatt en lege som kunne henvende seg til oss da, vi bruker bare fastlegene nå og da og legevakta etter ordinær arbeidstid

Informant G

Oppsummering og avslutning av analysen:

Slik vi nå har sett tendenser til har oppgavene i et responscenter og hvilke henvendelser som er reelle og ikke-reelle stor innflytelse på hvilken profesjonell ekspertise informantene nevner som responscenteret trenger for sikring av forsvarlig drift. Det som er et sentralt skille i datamaterialet som helhet er hvorvidt det er lagt opp til fjernomsorg eller ikke: skal operatøren kommunisere med brukeren er det tydelig behov og ønske om ansatte som er sykepleiere eller besitter annen klinisk erfaring som for eksempel ”å kjenne brukerne” og ”hjemmeomsorgen i kommunen” . Det er også en overveldende tendens til at det skal være helsepersonell på responscenteret. Det er ikke tendenser til å diskutere hvorvidt det kan være ufaglærte uten erfaring fra hjemmesykepleie som ansatt på responscenteret, som for eksempel en securitas-vakt eller noen med erfaring fra kundeservice eller sentralbord. Dette er svært interessant fordi uansett hvilken form eller oppgaver responscenteret skal inneholde, hevdes det at det skal være personell med helsefaglig erfaring som minstekrav. Sykepleierprofesjonen argumenteres for å være den sikreste kunnskapen inne på responscenteret fordi sannsynligheten for at denne kunnskapen både har sykepleiersertifisering i form av en bachelorutdanning og riktig, verdifull erfaring er høy, og i alle fall høyere enn med enn uten fagrelevant utdanning. Det er også andre spesialiseringer

som omtales som ønsket ekspertise som demenskunnskap og geriatrisk vurderingskompetanse (GVK), men disse er ønsket av de som har det selv og begrunnet i at denne spesifikke fagkunnskapen sikrer brukerens behov. Dette forutsetter at brukeren er eldre (geriatri) og/ eller har et demensrelatert sykdomsbilde.

8.0 Diskusjon og drøfting

Det er i dette kapittelet jeg diskuterer konsekvensene av de to formene for fundamental usikkerhet som ble redegjort i innledningen. Jeg skal diskutere konsekvensene av usikkerhet spesielt knyttet til profesjonell ekspertise og hvordan et repertoar av erfaringer kan håndtere denne usikkerheten.

Mitt argument er å redusere denne vedvarende usikkerheten knyttet til profesjonell ekspertise ved å sikre en ansatt som har ”den riktige erfaringen”. Denne erfaringen bør være forankret i ulike vurderingserfaringer som kan anvendes i responscenteret. Dette repertoaret av vurderinger skal også sikre forsvarlig skjønnsutøvelse i møte med brukerne i en setting som er mediert av teknologi. Løsningen bør være forankret i en økt forståelse og innsikt i hva profesjonelt skjønn faktisk er og hvorfor sykepleieren er en aktuell profesjon å sikre i en responscentersetting. En utførelse som både er i tråd med den individuelle utførers profesjonelle selv som sykepleier og tar hensyn til ”the belt of restrictions”, altså myndigheten som muliggjør skjønn. Brukernes henvendelser er ulike, sammensatte og komplekse, dette legger føringer for hvilken profesjonell ekspertise som har mest sannsynlighet for å møte disse ulike behovene med det riktige repertoaret av vurderingserfaring.

Det er i dette kapittelet mine funn blir satt opp mot profesjonsteori og skjønnsutøvelsens betydning for operatørarbeid på et responscenter i hjemmetjenesten i Norge, og hvorfor sykepleierprofesjonen *bør* være sikret inne på responscenteret.

Som nevnt tidligere inneholder problemstillingen to forskningsspørsmål:

- 1) Hva er et responscenter og hvilke oppgaver skal responscenteret håndtere?
- 2) Hvordan sikre egnet profesjonell ekspertise til å håndtere henvendelsene?

I denne diskusjonen får problemstillingen en normativ dimensjon ettersom jeg skal diskutere hvorvidt sykepleie som profesjonell ekspertise *bør* sikres inne på responscenteret og hvorfor sykepleierekspertisen kan bidra med solid vurderingsevne som andre eksperter nødvendigvis ikke har eller forvalter.

Jeg vil argumentere for at det er sykepleierens vurderingsevne som må sikres for god skjønnsutøvelse og dermed kan ta adekvate valg og beslutninger inne på responscenteret. Sykepleierens vurderingsrepertoar er sikret både i den helsefaglige erfaringen og den treårige sykepleierutdanningen sykepleiere potensielt har en eller begge av. Ved å argumentere for sykepleie som egnet ekspertise på responscenteret vil jeg avdekke mulige utfordringer når det kommer til sykepleierprofesjonen i endring og hvorvidt det er en utvikling som samsvarer med sykepleierens profesjonelle- selv. Jeg skal diskutere den generelle usikkerheten etablering av responscenter fordrer og på hvilke måter dette påvirker sykepleierens profesjonelle-selv. Dette vil hovedsakelig drøftes i lys av hva som bør rykkes ut på og hvilke henvendelser som må siles. Siling betyr at henvendelsen avsluttes med samtalen, og at det ikke går videre til utrykningspersonell. Men hvorfor kan sykepleierens profesjonelle ekspertise sikre at samtalen er forsvarlig håndtert? Deretter vil sykepleierens refleksivitet drøftes ved å utforske hvordan sykepleieren ser seg selv blant andre profesjoner på arbeidsplassen for så å diskutere spenningsforholdet mellom den individuelle sykepleier og administrasjonen. Hvilke utfordringer møter sykepleiere når administrasjonen ønsker å standardisere prosedyren i responscenteret?

8.1 Sykepleieren og brukerrelasjonen

Relasjonen mellom sykepleier og bruker er fundamentalt asymmetrisk der brukeren ofte ikke har noe annet valg enn å vise tillit/stole på hva sykepleieren sier (Grimen, 2008, s 200). Pasienten har en dobbel sårbarhet i møte med relevante profesjoner som lege og sykepleiere: ikke bare trenger pasienten hjelp til noe han ikke kan selv, men pasienten vet heller ikke hva som trengs eller hvordan det skal utføres (Parson ref. Grimen, 2008, s 200). Ansatte i hjemmetjenesten rykker ut på henvendelser som ikke er eksplisitt helserelevante av flere årsaker. Den som har tydeligst relevans for sykepleierens profesjonelle selv er henvendelser som på en eller annen måte omhandler omsorg, der brukerne er ensomme, eller der ingen andre kan stille opp for brukeren så de ordner opp for vedkommende, uten at det egentlig er en helserelevant henvendelse. På den måten viser sykepleiere at det er brukers behov som er i sentrum og at de forsøker etter beste evne å tilpasse seg behovene til brukeren, men at begrensninger i tid og kapasitet spiller en betydelig rolle i hvorvidt de kan rykke ut på en ikke-helserelevant henvendelse. Hjemmetjenesten rykker ut på henvendelser som ikke er direkte helserelevante, mens det kommer frem i refleksjonene og legitimeringen at slike henvendelser er godt utenfor grensen for sykepleierens profesjonelle selv.

En av årsakene til dette kan være at sykepleiernes magefølelse kanskje forteller dem at ”noe ikke stemmer, uten at de kan sette fingeren på det” og vil forsikre seg om at det går bra med brukeren. Pols (2012) hevder at fjernomsorg ikke hindrer god sykepleieutøvelse fordi sykepleierne selv finner måter å utøve sykepleie på som bevarer den gode magefølelsen, eller Fingerspitzengefuhl. På den andre siden forfekter Oudshoorn (2009) at det fysiske aspektet ved sykepleie som tillater ”varme hender” er selve fundamentet til god sykepleieutøvelse, og noe som forandres dramatisk når situasjonen er mediert av teknologi, men hvorvidt dette er i samsvar med god sykepleieutøvelse eller ikke, nevnes ikke eksplisitt. Standardisering kan utfordre sykepleierens autonomi og øke sårbarheten for at sykepleierens autonomi blir redefinert eller redusert (s 402). Det vil si at responscenterarbeid endrer premissene, slik som i Dworkins smultring, for hvordan sykepleiere kan utøve skjønn. Dette er fordi sykepleierens skjønnutøvelse tillates bare når det er avvik fra prosedyrene. Det kan tenkes at sykepleieren ikke vil se sitt profesjonelle selv i responscenterarbeid fordi premissene går fra å få lov til å utøve skjønn overfor hver individuelle bruker/pasient, til å må forholde seg mer til eksplisitt prosedyre og standarder. Ettersom skjønn er dypt forankret i dens gitte kontekst vil skjønnutøvelsen være mer eller mindre fremtredende avhengig av hvilket type responscenter det er. Et proaktivt responscenter med oppfølging og ukentlige møter med brukeren fordrer enn annen type (fjern)omsorg enn reaktive responscentre der sykepleieren skal ta stilling til brukerens alarmhenvendelse på kortest mulig tid. Empirien fra Oudshoorn (2009) og Pols (2012) sine studier er preget av arbeid på et langt mer proaktivt responscenter, der empirien er basert på oppfølging av post-operativ pleie etter hjerteoperasjon. De bes ta forbehold til dette ettersom denne studien argumenterer for en mer reaktiv responscenterstilling.

Hvis standardiseringen av arbeid på responscenter blir så omfattende at sykepleierens ekspertise ikke er like nødvendig lenger vil det gå utover deres syn og tanker på hva som er deres profesjonelle selv. Dette er i tråd med profesjonslogikken: hvorvidt sykepleieren skal utøve skjønn er avhengig av å bli gitt situasjoner som muliggjør fortolkning av brukerens sykdomsbilde (Molander, et. al 2012, s 214). Jeg tar utgangspunkt i Hansen-eksemplet som nevnt i analysen. Hansen hevder at han har kommet borti alarmen, men det er egentlig hans måte å fortelle om angst eller ensomhet på. Hvordan vet egentlig sykepleieren på responscenteret det hvis hun bare får snakke med Hansen på telefon? Her holder det ikke å

referere til magefølelsen. Sykepleieren må ha tilstrekkelig med informasjon om Hansen og hans pasienthistorikk som bruker av for eksempel trygghetsalarm eller medisineringsdosett, men informasjon om Hansens personlige oppfatninger om egen sykdom og årsakene til hvorfor han velger å utløse alarmen er også fordelaktig. Det er her kjernen i problematikken blir fremhevet ytterligere: å kartlegge hvorfor Hansen utløste alarmen sin kan være at han kom borti, eller at han glemte å ta medisinen sin til riktig tidspunkt, eller at han falt på grunn av et alvorlig hjerneslag. Å klargjøre for brukeren hva som er riktig bruk av trygghetsalarm er også viktig ettersom uttrykningsstid fra responscenteret, til ambulansesentral istedenfor til nødnummeret direkte, vil forlenge responstiden til Hansen i nødstilfeller. Derfor er operatørens relasjon og kunnskap om brukerne viktig å sikre. På den andre siden kan det være fordelaktig å fjerne sykepleieren fra brukerens hjem fordi da slipper sykepleieren å bli distraheret av faktorer som ikke direkte handler om pleien som skal utføres (Pols & Moser, 2009). Fjernomsorg involverer at sykepleieren (responscenteransatte) og brukeren ”møtes” på en helt ny, eller ulik måte enn før. Ansatte i hjemmetjenesten vil derfor ta stilling til hvordan premissene for utøvelse endres.

Fjernomsorgen endrer premissene for behandling radikalt og hvis et responscenter bare skal ha stemmen som tilgjengelig tolkningsfaktor for å vurdere hvorvidt henvendelsen skal siles eller henvises til aktuelle fagfolk, holder det ikke med magefølelsen. Den magefølelsen som Pols (2012, s 46) omtaler derimot, involverer sykepleiere som utvikler en ny magefølelse etter arbeid med fjernomsorg. Dermed reduserer ikke fjernomsorg sykepleierens evne til å bruke intuitiv skjønn, men det skapes en ny form kunnskap, en ny magefølelse. Dette fremhever sykepleierens egen evne til tilpasning og til å finne løsninger som ikke går på bekostning av deres tanker og refleksjoner om hva som tilsvarer ”god sykepleie”. På tross av at premissene for vurdering endres fra å være i direkte kontakt med brukeren og får observert brukeren i fysisk forstand, til å være mediert av teknologi trenger det ikke gå utover sykepleierens evne til å utøve god sykepleie på. Hvorvidt skjønnsutøvelsen kommer fra en ”magefølelse” eller et resonnement som de kan holdes ansvarlig for, er ikke sentralt for problemstillingen, men fremhever sykepleierens profesjonelle selv dypt forankret i evnen og muligheten til å utøve skjønn tilpasset brukerens unike behov i hverdagen, om det er på et responscenter eller ansikt til ansikt.

Denne typen skjønn er i tråd med individualiseringsprinsippet: der ulike personer krever ulik tilpasning, men at likeverdighetsprinsippet må også være tilstede. På den andre siden vil skjønnsutøvelse også implisere at samme hvis-så premisser gitt til to ulike sykepleiere kan innebære vidt forskjellige konklusjoner, ettersom disse to individene har to ulike virkelighetsverdener som de trekker kausale slutninger fra (Lipsky ref. Hoyle, 2013; Kirkebøen, 2013). Derfor vil ”Hansen” risikere å få to ulike løsningsforslag til henvendelsen, men det vil ikke nødvendigvis tilsi at den ene er riktig og den andre er feil, fordi de begge er innenfor ”smultringen” (Molander & Grimen, 2008)

Erfaringen med lignende medierte samtaler før de begynner i responscenteret, vil trene sykepleiere til å utvikle et erfaringsrepertoar som kan brukes i responscenteret selv om de ikke har vært i identisk situasjon før. Derfor vil det være sannsynlig å anta at arbeid med velferdsteknologi i hverdagen og hvordan velferdsteknologi generelt brukes og vedlikeholdes har implikasjoner på hvordan arbeidsutførelsen blir inne på responscenteret.

En av grunnene til at sykepleiere er gode på å sette seg inn i situasjoner og danne kausale hvis-så beslutninger ut i fra en begrenset mengde med informasjon er fordi arbeidshverdagen krever dette og at de blir utsatt for situasjoner der skjønn kreves allerede i praksistiden i sykepleierutdanningen (Smeby & Vågan, 2008). En arbeidshverdag der de ikke har kapasitet eller mulighet til å ta valg som samsvarer med profesjonens høyeste standarder, men at de tar vurderinger ved hjelp av en forenkling av virkeligheten og den informasjonen som er tilgjengelig (Lipsky, 1980, Hoyle; 2013; Kirkebøen, 2013). Dette har sykepleierne til felles med andre bakkebyråkrater (Lipsky, 1980) som er garantister for velferdsstaten og kan garantere velferdsstaten god skjønnsutøvelse når hvis-så betingelsene er vage (Molander et. al, 2012; Willumsen et. al, 2015).

Graden av standardisering og prosedyrefølgning av henvendelsene på responscenteret kunne gå på bekostning av sykepleierens profesjonelle autonomi og derfor ha direkte konsekvenser på muligheten for skjønnsutøvelse. Dette tas opp i 8.3. I neste delkapittel vil sykepleierens profesjonelle selv bli drøftet opp mot de andre på arbeidsplassen.

8.2 Sykepleieren og de andre

I dette delkapittelet skal jeg argumentere for hvilke måter sykepleierens reflekssive evne med andre på arbeidsplassen vil være fordelaktig for utøvelse av respons. Det som menes med "de andre" i denne sammenhengen er de som er aktuelle som responspersonale-det være leger, andre sykepleiere, helsefagarbeidere som har jobbet med demensproblematikk før, eller annen verdifull erfaring. Sykepleieren vil muligens ha erfaring med ulike ekspertise før hun begynner å jobbe på responscenter og på den måten er denne erfaringen en del av repertoaret som sykepleieren "tar med seg" inne på responscenteret. Skjønnsutøvelse gjelder derfor ikke bare overfor brukerne, men er også særdeles aktuelt når det kommer til hvilke andre profesjonelle eksperter som skal få handle ut ifra sykepleierens vurdering av informasjonen. Et godt eksempel på dette er hvordan sykepleieren vet hvem hun skal konferere med når det oppstår en henvendelse som hun selv er usikker på: skal hun snakke med ergoterapeuten? Lege? Ambulansepersonell? Sykepleier med demenskunnskap? Det å vite hvem hun skal snakke med i responsituasjoner som er preget av begrensninger i tid og informasjon er forankret i vurderingsrepertoaret til sykepleieren.

Sykepleiere er som nevnt en portvakt for velferdsstaten som forvalter og "sitter på" fortrolig informasjon. Å gi en portvakt informasjon er å overlate informasjonen i viten om at andre får vite om hva informasjonen innebærer, men med et ønske om at den ikke skal spres til alle (Grimen, 2008a, s 201). På den måten har sykepleieren en rolle som mellommann, som får tillit av brukeren og kommunen til å forvalte den kunnskapen/informasjonen på en måte som er på akkord med profesjonens etiske og lovmessige forskrifter. Det blir derfor gitt såpass mye tillit til responscenteransatte at den informasjonen som gjøres tilgjengelig blir forvaltet i den hensikt at den øker sannsynligheten for mest mulig presis respons for brukeren. Å spørre andre om hjelp til å danne en mer presis respons vil derfor være forsvarlig, så lenge det bidrar til raskere respons for brukerens unike situasjon. Skjønnsutøvelse gjelder derfor ikke bare overfor brukerne, men er også særdeles aktuelt når det kommer til hvilke andre profesjonelle eksperter som skal få handle ut ifra sykepleierens vurdering av informasjonen. Et godt eksempel på dette er hvordan sykepleieren vet hvem hun skal konferere med når det oppstår en henvendelse som hun selv er usikker på: skal hun snakke med ergoterapeuten? Lege? Ambulansepersonell? Sykepleier med demenskunnskap?

Sykepleieres hverdag preges generelt av å konferere med flere profesjonelle grupper, om det er i koordinering med administrasjon, fastlegen, eller ulike spesialiseringer innad i omsorg- og sykepleieprofesjonen for å koble brukeren opp mot mest mulig presis profesjonell ekspertise. Denne evnen vil sykepleieren kunne overføre til responscenteret dersom hun har erfaring med å konferere med andre profesjonelle grupper på arbeidsplassen. Sykepleierens posisjon i makthierarkiet er preget av grensen med legen historisk sett (Smeby, 2008; Hansen & Schierup, 2008), og denne grensen er til en viss grad relevant i denne sammenhengen også, ettersom tilgang på fast lege (sic.) er ønsket inne på responscenteret. Det er mer sentralt å diskutere sykepleierens grenser i forhold til andre omsorgsutøvere i hjemmetjenesten som terapeuter eller hjelpepleiere. Som tidligere nevnt er sykepleiere ansett som noe mer tradisjonelle i sin omsorgsutøvelse enn ergoterapeuter. Det som menes med ”tradisjonell” i denne sammenhengen er sykepleierens autonomi og evne til å ta beslutninger på vegne av en bruker. Slik gjør sykepleieren noe for brukeren, istedenfor å inkorporere brukeren selv i sin egen rehabiliteringsprosess eller handlingsforløp. Likevel er ikke dette relevant i et responscenter fordi essensen i å arbeide på et reaktivt repossenter er å fatte beslutninger som angår pasienten på kortest mulig tid. Og på den måten er ”tradisjonell” sykepleie en fordel for arbeid i responssettinger som er reaktive, men behovet kan endres når responscenteret utvider tilbudet til å inkludere for eksempel oppfølging av kronisk syke og rusrelatert problematikk. Å vite hvem og hvilke andre profesjonelle eksperter som egner seg for å håndtere respons avhenger av tid, bruker og kunnskap som er tilgjengelig akkurat der og da i den gitte situasjonen. Derfor krever responscenterarbeid rolleavklaringer og bevissthet rundt hvilke roller som skal håndtere hvilke typer alarmer.

Roller som sykepleieren vil ha med de andre profesjonelle ekspertisegruppene i responscenteret er preget av å både stå individuelt ansvarlig for de beslutningene som blir tatt og konferere med relevant ekspertise om responsen krever det. Vurderingsrepertoaret til sykepleieren vil muligens bidra til å redusere denne usikkerheten som kan komme av nye årsaker til alarmutløsning. Vurderingsevnen må derfor bli sikret *i front*. Dermed er de andre arrangert og koordinert rundt sykepleieren fordi det er hun som er i frontlinjen som skal ta imot brukerens problem. Sykepleiere bruker kortere tid på respons enn ergoterapeuter og hjelpepleiere hevder informant E på side 48, ettersom de har en godt opptrent vurderingsevne som har sin utspring både fra vurderingserfaring med aktuelle brukere i hjemmetjenesten, men også sikret i den treårige sykepleierutdanningen.

Sykepleieren i responsentersettingen som mottaker av alarmene, vil ikke bare måtte se seg selv i lys av de andre aktuelle ekspertisene, men også bli sett på av de andre. Dette danner grunnlaget for profesjonsmoralen ifølge Grimen (2008a, s. 147). Hvis vi følger verdiverksted-organiseringen, vil sykepleieren være den som både har ansvaret og tilliten til å forvalte denne informasjonen og å avklare med de andre hvem som er relevant til å håndtere problemet informasjonen hentyder til. En måte å se dette på er at ”de andre” på responsentert er der for at sykepleieren skal ha enkel tilgang til ekspertise som hun selv mener passer til å løse det spesifikke problemet. Rolleavklaringen er som nevnt i analysen vanskelig og fortsatt diffus i det allerede etablerte responsentert, men det er trygghet i å vite at det er i alle fall en sykepleier som tar imot henvendelsene. Dette kan også være en trygghet for de andre som jobber med sykepleieren, og ikke bare for brukeren.

8.3 Sykepleieren og administrasjonen

I dette delkapittelet skal jeg belyse hvordan administrasjonens tilrettelegging for skjønnsutøvelse kan ha betydning for hvordan sykepleieren opplever sin egen autonomi i responsentersituasjoner. Jeg argumenterer for at administrasjonens ønske om kontroll kan skape utfordringer i responsentersituasjoner.

Sykepleierens individuelle behov for å beskytte sitt profesjonelle selv ved å bevare mulighet for skjønnsutøvelse i responsentersarbeid, kan være i konflikt med administrasjonens interesser og behov for standardisering. Ikke bare vil administrasjonens behov for standardisering og økt kartlegging, samt differensiering av pasientens behov, være i konflikt med den individuelle sykepleieres behov for autonomi, men det er også et paradoks. Dette paradokset er: hvis administrasjonen trenger standardisering av oppgavene i responsentert, hvorfor ansetter de da sykepleiere? Å ha tillit til sykepleieren ovenfra (Grimen, 2008b) slik at de ikke trenger økt grad av kontroll overfor responsentersansatte vil også være fordelaktig for velferdsstaten. Molander et. al forteller løsningen til ”det demokratiske problem” slik:

(..) the democratic problem is rooted in the fact that welfare state arrangements often require the professionals to fill in the loopholes in vague ”if-then” clauses (Molander, et al 2012, s 218)

I hvilken grad administrasjonen må vise *tillit* når det kommer til sykepleierens vurderingsevne inne på responscenteret, er et omfattende diskusjonsmoment i profesjonslitteraturen. Det vi kan si sikkert om tillits relasjon til skjønn er at en tillitsgiver gir fra seg noe til den andre (Grimen, 2008b, s 199). Dette tilsier at å vise, eller ”gjøre” tillit, er å gi den andre skjønnbasert beslutningsmakt over et gode. Hvis administrasjonen ikke gir fra seg denne skjønnbaserte beslutningsmakten til sykepleieren inne på responscenteret vil de heller ikke ha tillit til sykepleieren (*ibid*) og på den måten vil det ikke være så viktig å sikre sykepleierekspertisen. Profesjonslogikken tilsier at svekkes det spesielle til den grad at det generelle tar over, vil ikke det partikulære ved sykepleierprofesjonen være relevant (Ekeland, 2015). På den måten er skjønnutøvelse mye mer enn et den individuelle arbeidstakers behov for autonomi på arbeidsplassen, og administrasjonen, eller arbeidsgivers, behov for kontroll. Istedenfor å vise motstand øker sykepleiere skjønnutøvelse som taktikk for å påvirke administrasjonens kontrollbehov i settinger der nye forskrifter blir introdusert (Hoyle, 2015). Skjønnutøvelse kan bli sykepleierens måte å takle overordnede forskrifter og administrative krav generelt. Skjønn kan være en måte for bakkebyråkratiet, som i denne sammenheng er sykepleierne, å unngå og vise direkte motstand på, men samtidig inkorporere overordnede forskrifter på arbeidsplassen (*ibid*). Administrasjonen og bakkebyråkratens skjønnutøvelse er dermed ikke et motsetningsforhold, men skjønnutøvelse er sykepleierens måte å forenkle forskrifter på. Utstrakt bruk av skjønn, sett ut ifra at det er å ”gi” skjønnutøver for mye autonomi, kan øke faren for mistillit og manipulasjon. Det kan også føre til tilfeldigheter/vilkårlighet ettersom skjønnutøver ikke har plikt til å grunngi avgjørelser. Og den mest sentrale faren med utstrakt skjønnbruk i denne konteksten er at brukerrelasjonen blir uprofesjonell fordi det ikke finnes grenser for hvor skjønnbruken bør stoppe (Grimen, 2012b).

8.5 Kapitteloppsummering

Dette kapitlet har drøftet problemstillingen ved å argumentere for at reaktive responscentre kan ha behov for sykepleiere fordi de har et unikt erfaringsrepertoar når det kommer til å ta beslutninger og vurderinger. Denne evnen til å ta beslutninger og vurderinger er kompleks og sammensatt ettersom den både er tilknyttet brukerne på den ene siden og de andre profesjonelle ekspertisene på den andre. Det tredje drøftingsmomentet er preget av

administrasjonens ønske om kontroll og er relevant fordi det legger føringer for konteksten vurderingstakingen skal være en del av.

9.0 Konklusjon med forslag til videre forskning

Studien viser at sykepleierens evne til å ta gode vurderinger er høyt ønsket som egnet profesjonell ekspertise inne på responscenteret. Jeg vil midlertidig ikke ekskludere andre profesjoner eller ekspertområder innenfor omsorgsyrkene, men heller aktualisere og problematisere at sykepleierprofesjonens repertoar av vurderingserfaringer bør sikres som ansatt i et reaktivt responscenter.

Sykepleiere som mottakere av alarmhenvendelser inne på responscenter kan ta gode medisinske beslutninger ut i fra begrenset informasjon. Ut ifra informasjonen kan de trekke kausale slutninger. De er gode på å utøve skjønn sammenlignet med andre fagfolk, slik forskningen til Kirkebøen (2013) fremhever og har en moderat overføringsverdi av kognitive og instrumentelle ferdigheter når det går fra endt bachelorutdanning og ut i arbeid. Dette kan øke overføringsverdien inne på responscenteret. Sykepleierrollen i velferdsstaten er preget av at de er mellommenn og portvoktere mellom velferdsstatens distribusjon av goder og mottakere av tjenesten. Det er de som har sertifisering til å utøve klinisk skjønn som kan vurdere hvorvidt aktuelle innbygger skal motta relevante velferdsgoder.

Hvis andre yrker, som hjelpepleiere eller ergoterapeuter skal håndtere henvendelser i en hektisk hverdag, kan tidsaspektet forverres. Dette kan ha negative konsekvenser for brukeren. For bakkebyråkrater vil skjønn være en kontinuerlig drakamp mellom realitet og ideal, der begrensinger i tid er sentralt (Lipsky ref. i Røhnebærk, 2016, s 298).

Derfor synes sykepleiere å være, på grunn av sin erfaring og treårig utdanning, best kvalifisert for jobben. Men jeg argumenterer for at det er *hvilken* erfaring vedkommende har med beslutningstaking i relevant arbeid som vil være av mer signifikans. Derfor konkluderer jeg at sykepleierens utdanning og erfaring kan sikre egnet vurderingsevne inne på responscenteret, men at dette er en spesifikk vurderingsevne som er sikret med direkte erfaring fra hjemmeomsorgens brukere. Sykepleierens kliniske erfaring i kombinasjon med utdanning og kjennskap til hjemmeomsorgens utfordringer med velferdsteknologi, vil være verdifullt.

Det kan også være ønskelig med sykepleiespesialiseringer som fagforypninger i geriatri og rus-og psykiatri. Dette kan øke sannsynligheten for at brukerens behov blir dekket, og er i tråd med brukerdemografien i hjemmetjenesten. Å sette bredest kunnskap i front samsvarer med Stabell & Fjeldstads (1998) verdiverksted som organisasjonsdesign. I dette verdiverkstedet blir mest mulig kunnskap satt i front, slik at kartlegging og vurdering av henvendelsen blir så nøye og korrekt som mulig før den henvises videre til mer spesialisert kunnskap.

9.1 Implikasjoner

Tjenesteinnovasjon som involverer velferdsteknologi i hjemmetjenesten er et hett tema for tiden (Willumsen et. al, 2015) og sykepleierens rolle i utvikling og forskning på fjernomsorg er viktig å kartlegge og gjøre mer eksplisitt. Likevel må ikke dette gå utover sykepleierens evne til å vedlikeholde og utøve omsorg på i arbeidshverdagen, om det er ansikt til ansikt eller betinget i fjernomsorg. Det er en utbredt formening om at digitalisering av velferdssamfunnet fordrer en generell økning av prosedyre og protokollfølging, noe som vil ha direkte konsekvenser på sykepleierens evne til individualisering og skjønnsutøvelse (Røhnebæk, 2016). Som vi har sett er dette i realiteten mer komplekst.

En annen aktuell implikasjon er hvordan erfaring får mer betydning i koblingen mellom utdanning og arbeid. Utdanning har mindre betydning for kognitive og instrumentelle ferdigheter i relevant arbeid enn før (Smeby, 2008). Presis erfaring med aktuelle arbeidsoppgaver direkte vil derfor kunne bidra med å redusere denne sårbarheten mellom utdanning og arbeid, også for sykepleiere som har betydelig praksiserfaring fra studietiden. Det vil heller ikke være nok med generell arbeidserfaring som sykepleier. Det er direkte erfaring med vurdering- og beslutningstaking i hjemmetjenesten som er ønsket av administrasjonen. Erfaringen må derfor være forankret i at aktuelle arbeidsutøvere har vært eksponert for vurderingssituasjoner der hun kan bruke skjønn før hun begynner som responscenteransatt.

Denne studien viser at det er behov for mer kunnskap om bruken av velferdsteknologi. Studien er også i tråd med konklusjonen fra Svågård et.al (2016) at det er behov for mer differensiering og kartlegging av henvendelsene som hjemmetjenesten mottar og årsakene til hvorfor brukere utløser alarmen. Studien viser også tendenser til tvetydighet og

usikkerhet som IKT- prosjekter i helsevesenet generelt lider av (Andreassen et.al 2015; Moser & Thygesen, 2014). Når det er sagt bidrar denne studien til økt innsikt i hvordan en reorganisering av teknologi i arbeidshverdagen kan muligens ha konsekvenser på sykepleierens refleksjoner om sitt profesjonelle-selv. Sykepleierens tanker om egen profesjon endres også i takt med teknologiens betydning i arbeidshverdagen, noe jeg har belyst ved å bruke responscenteretablering som eksempel. Studien bekrefter også Lipskys (1980) teori om bakkebyråkrater som tar vurderinger bundet av tid og informasjon. I denne sammenhengen tar dette form av Dworkins smultring og spesielt hvor stort (eller lite) hullet i smultringen kan være.

Sykepleieren er godt egnet til å bruke sin medisinske vurderingsevne i responscenterarbeid. Men dette vil ikke nødvendigvis tilsi at sykepleieren selv vil jobbe der. Denne studien bekrefter kommuneomsorgens økende press på grunn av samhandlingsreformen på en side, og sykepleierprofesjonens moderne utfordringer på den andre. En av sykepleierprofesjonens hovedutfordringer er utvanning av sin egen kunnskapskultur i møte med andre lignende helsepersonell i hverdagen, som helsemedarbeidere og hjelpepleiere. Dette impliserer en utvanning og erosjon av den sertifiserte sykepleiers rolle og en økende trang til å selv definere og synliggjøre sitt profesjonelle seg i en hverdag med andre helsefagmedarbeidere. Det kan være at de har omsorgsutøvelsen til felles med sykepleieren, men mangler den medisinske dimensjonen som sykepleieren har (Davey & Bredemeyer, 2011). Å jobbe på responscenter kan derfor også være en potensiell kontekst eller oppgave som sykepleierekspertisen strever etter monopol på. På den måten kan de sikre profesjonell autonomi over en viss praksis, eller et kunnskapsdomene (Nerland, 2012; Smeby, 2012).

Denne studien hentyder også til de generelle utfordringene hjemmetjenesten opplever i dag, som for eksempel når det kommer til bemanningsproblemer (Gautun & Bratt, 2014). Ved å sette sykepleierutdanningen, i tillegg til erfaring fra den spesifikke kommunen og hjemmetjenesten, som kvalifikasjon for å være ansatt i responscenteret kan hjemmetjenesten gå glipp av egnet profesjonell ekspertise. De som besitter denne ekspertisen har god vurderingserfaring, men har ikke sykepleierutdanning og/ eller erfaring fra den spesifikke kommunen. Å sikre en så spesifikk og sammensatt ekspertise kan også implisere at responscenteret vil utvikle seg videre etter alarmmottaket er i fungerende drift, og etter hvert inkorporere flere tjenester for brukerne i hjemmetjenesten. Disse kan for eksempel

være rehabilitering og personlig oppfølging av post operativ pleie. På denne måten slipper administrasjonen å reorganisere og rekruttere på nytt og brukerne slipper å forholde seg til nye portvakter som "sitter på" deres fortrolige informasjon.

9.2 Forslag til videre utforskning

Denne studien danner et grunnlag for videre forskning når det kommer til utfordringer som sykepleien møter i dagens individorienterte kunnskapssamfunn der profesjoner blir sett på som en forlengelse av selvet (Nerland, 2012). Ettersom responscenteretablering fortsatt er lite standardisert kan dette ha ulike implikasjoner på sykepleierprofesjonen som helhet og for sykepleiere som skjønnsutøvere i arbeidshverdagen, spesielt når velferdsteknologiske løsninger blir introdusert i hjemmetjenesten. Å vite hvorvidt robotene eller teknologien kommer og "tar over" for de varme hendene er et svært aktuelt og interessant utgangspunkt. På tross av at "sykepleierteknologen er polariserende og deterministisk, er "sykepleierteknologen" som både sykepleier og teknisk ekspert likevel et høyst aktuelt forslag for videre forskning.

Som det kan se ut til er ikke ufaglærtes inntog i responscenterarbeid urealistisk, men en realitet i en konkurranseutsatt bransje (Svågård et. al, 2016) Økt kunnskap om den moderne pasienten både på individnivå og slik Tjora (2008) kategoriserer den moderne pasienten ut i fra ulike demografier er sentralt å utforske videre. En eldre demenspasient og en kronisk syk tjuåring som er født og oppvokst med teknologi krever ulike tilnæringsmåter, og muligens også ulik respons.

Tidspressets betydning i skjønnsutøvelse som bakkebyråkrater opplever generelt, er egnet for dypere utforskning fordi sykepleieren spiller en sentral rolle som portvokter av velferdsstatens goder. Det vil være aktuelt å forske videre på om forenkling av kausale resonnementer er like prominent, eller gjeldende inne på responscenteret som i "front line nursing" som omtales i Hoyles (2016) studie.

9.3 Epilog

Responscenteret denne studien baserer seg på, er ikke i drift når denne oppgaven er levert til trykk. Administrasjonen planlegger nå et mer proaktivt responscenter enn tidligere og har endret navnet på responscenteret til noe som er lettere for brukerne av hjemmetjenesten å

forstå. Dette er i tråd med tankene til noen av informantene om et mer proaktivt tilbud, som også samlokaliserer andre tjenester i tillegg til alarmmottaket.

Litteraturliste

Alvesson, M. & Skoldberg, K. (2009) (Post-) Positivism, Social Constructionism, Critical Realism: Three reference points in the philosophy of science *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research* 2.ed (s. 15-51) UK: Sage Publications

Andreassen, H.K. Kjekshus, & L.E Tjora, A (2015). Survival of the Project: a Case Study of ICT Innovation in Health Care. *Social Science and Medicine* 132 (1) 62-70DOI:

[10.1016/j.socscimed.2015.03.016](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.016)

Daatland, S.O & Solem, P. E (2000) Sosial Forankring (red) *Aldring og Samfunn: en innføring i sosialgerontologi* (s.163-196) Oslo: Fagbokforlaget

Davey, J & Bredemeyer, S (2011) Becoming a Professional Nurse. Scanlon, L. (red) *"Becoming" a Professional* (s. 195-215) Sydney: Springer Series

Ekeland, T.J (2015) Innovasjon og styring- logikker som knirker E. Willumsen & A. Ødegård (red.) *Sosial innovasjon- fra politikk til tjenesteutvikling* (s.101- 114). Oslo: Fagbokforlaget

Foley, G & Timonen, V. (2015) Using Grounded Theory to capture and Analyse Health Care Experiences 50(4): 1195-210 *Health Services Research* doi: 10.1111/1475-6773.12275

Gagnon, M. Jacob J.D & McCabe J. (2014). Locating the qualitative interview: reflecting on space and place in nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 20(3) (203-215)

Gautun, H & Bratt, C (2014) Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem (NOVA rapport 14/ 2014) Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>

Grimen, H. Molander, A. (2008) Profesjon og Skjønn i A. Molander & L.I Terum (red.) *Profesjonsstudier* (s. 179-197) Oslo: Universitetsforlaget

Grimen, H. (2008a) Profesjon og profesjonsmoral. A. Molander & L.I Terum (red.) *Profesjonsstudier* (s.144-161) Oslo: Universitetsforlaget

Grimen, H (2008b) Profesjon og tillit. A. Molander & L.I Terum (red.) *Profesjonsstudier* (s 197-215) Oslo: Universitetsforlaget

Groff, R (2008) Introduction: relativism, anti-realism, causality I *Revitalizing Causality: realism about causality in philosophy and social science* London: Routledge 1-25

Hoyle, L (2014) "I mean obviously you're using your discretion": Nurses Use of Discretion. *Policy Implementation Social Policy & Society* 13(2) 189-202

Hansen, B. H. & Schierup, A.L (2008). Sygepleie-fra fag til profession. In L. K. Moos, Krejsler, J. Laursen P. F (Ed.), *Relationsprofesjoner- lærere, pædagoger, sygeplejersker, sunhedsplejere, socialrådgivere, mellomledere.* (s. 143-176) København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag

Helse-og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan2020* Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf

Helsedirektoratet (2015) *Status fra samhandlingsreformen* (2016) Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status%20for%20samhandlingsreformen%20F%C3%B8lge%20med%20rapporten%202015.pdf>

Helsedirektoratet (2016) Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier (11/2016). Hentet fra:
<https://ehelse.no/Documents/Velferdsteknologi/Rapport%20Anbefalinger%20responstjenester.pdf>

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege and Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14 (3), 575-599

Høgskolen i Oslo og Akershus (2016, 01:05) Programplan for Bachelorstudium i Sykepleie-
Pilestredet Hentet fra: [http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-
Pilestredet/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-Pilestredet-kull-2017#Innledning](http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Pilestredet/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-Pilestredet-kull-2017#Innledning)

Jensen, K & Lahn, L.C (2005) The Binding Role of Knowledge: An Analysis of Nursing
Students Knowledge ties. *Journal of Education and Work* 18 (3) 305-320

Kirkebøen, G. (2013) Kan vi stole på fagfolks skjønn? I A. Molander & L. I Terum.(red)
Profesjonsstudier 2 (s. 27-44) Oslo: Universitetsforlaget

Knorr-Cetina, K., & Reichman, R. (2015) Epistemic Cultures *International Encyclopedia
for Social and Behavioural Sciences* (873-880)

Kyrkjebø, J.M., Mekki T.E, & Hanestad B.R (2002) Nursing Education in Norway. *Journal
of Advanced Nursing* 38 (3) 296-302

Latour, B. (2002) Morality and Technology: the End of Means. *Journal of Theory, Culture,
Society* 19 (5) (246-260) DOI: 0263-2764(200210)19:5/6;247-260;028416]

Lieungh, E. & Martinsen, A.H (2017, 30.04) Ny ”tech” skal redde Norge fra eldrebølgen-
pasientombudet er skeptisk. Hentet fra: [https://www.nrk.no/finnmark/ny-
tech -skal-redde-
norge-fra-eldrebolgen- _pasientombudet-er-skeptisk-1.13487444](https://www.nrk.no/finnmark/ny-tech-skal-redde-norge-fra-eldrebolgen--pasientombudet-er-skeptisk-1.13487444)).

Lipsky, M. (1980) *Street-level Beurocracy: Dilemmas of the individual in public Services*
New York: Russell Sage Foundation

Mol, A. (2008) *The logic of care: health and the problem of patient choice* London:
Routledge

Molander, A. Grimen, H. & Eriksen E.O (2012) Professional Discretion and Accountability
in the Welfare State in *Journal of Applied Philosophy* 29 (3) 214-230

Moser, I & Thygesen, H. (2014) Prosjekteriets dilemma: Mellom avgrenset prosjekt og muligheter for læring i teleomsorg og velferdsinnovasjon *Tidsskrift for Forskning i sykdom og samfund* 21, 57-75

Nerland, M. & Jensen, K. (2007) The construction of a new professional self: A critical reading of the curricula for nurses and computer engineers in Norway in A. Brown, S. Kirpal, F. Rauner (red.) *Identities at Work* (s. 339-361) Netherlands: Springer

Nerland, M. (2012) Professions as Knowledge Cultures K. Jensen, LC Lahn, M. Nerland (red.) *Professional Learning in the Knowledge Society* (s. 27-48) Netherlands: SensePublishers

Newell, S. & Nicolini, D. (2016) Knowledge mobilization in Healthcare Networks Swan, J. Newell, S. Nicolini, D. (red.) *Mobilizing Knowledge in Healthcare: Challenges for Management and Organization* (s. 132-150) Oxford: Oxford University Press

Norsk Sykepleierforbund (2017) *Politisk plattform for e-helse*, Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/3339315/cache=20171804141942/Revidert%20plattform%20ehelse%202017-2020.pdf>

Oudshoorn, N. (2009) Physical and Digital Proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients *Sociology of Health and Fitness* 31(3) 390-405

Oudshoorn, N. (2012) How Places Matter: Telecare technologies and the Changing Spatial Dimensions of Healthcare *Social Studies of Science* 42(1), 121-142

Pliske, R. & Klein, G. (2003) The Naturalistic Decision- Making Perspective. Schneider, S.L & Shanteau, J. (red) *Emerging perspectives on judgment and decision research*. (s. 559-586) United Kingdom: Cambridge University Press

Pols, J. (2012) *Care at a distance: on the closeness of technology* Amsterdam: Amsterdam University Press

Pols, J. & Moser, I (2009) Cold Technologies versus Warm Care? On Affective and Social Relations with and through Care Technologies. *European Journal of Disability Research* 3 159-178

Røhnebæk, M (2016) *Fra bakkebyråkrati til skjermbyråkrati. Tidsskrift for velferdsforskning* (19) 4 288- 304

Samordna Opptak, (2017, 01.05) *Søkertall 2017* Hentet fra:
<https://www.samordnaopptak.no/info/om/sokertall/sokertall-2017/>

Smeby (2008) Profesjon og utdanning. A. Molander & L.I Terum (red.) *Profesjonsstudier* (s87-102) Oslo: Universitetsforlaget

Smeby, J.C & Vågan, A. (2008) Recontextualising professional knowledge- newly qualified nurses and physicians *Journal of Education and Work*, 21 (2), 159-173

Smeby, J.C (2012) The significance of Professional Education K. Jensen, L.C Lahn, M. Nerland (red.) *Professional Learning in the Knowledge Society* (s. 49-68) Netherlands: SensePublishers

Stabell, C.B & Fjeldstad Ø.D (1998) Configuring Value for Competitive Advantage: on Chains, Shops, and Networks *Strategic Management Journal* 19 (1), 413-437

Svågard, I. Boysen, E. Fensli, R & Vatnøy, T (2016) *Responssentertjenester i helse-og omsorgstjenesten: behov og fremtidsbilder* (SINTEF rapport 1/ 2016) Hentet fra:
<https://www.sintef.no/projectweb/velferdsteknologi/publikasjoner/rapporter/>

Thagaard, T. (2008) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* Oslo: Fagbokforlaget

Tjora, A. (2008) Helsesosiologi som Forskningsfelt I *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (red) A. Tjora (15-33) Oslo: Gyldendal Akademisk

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* Oslo: Gyldendal akademisk.

Willumsen, E. Sirnes, T. & Ødegård, A. (2015) Innovasjon innen helse og velferd- sosial innovasjon E. Willumsen & A. Ødegård (red.) *Sosial innovasjon- fra politikk til tjenesteutvikling* (s. 25-41). Oslo: Fagbokforlaget

Witz, A. (1990) Patriarchy and the Professions: The Gendered Politics of Occupational Discourse *Journal of Sociology* 24(4), 675-690

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Organisering for velferdsteknologi

Bakgrunn og formål

Studien er tilknyttet Senter for Fremtidig Helse (c3connectedcare.org). Senteret er støttet av Norges Forskningsråd som et Senter for Forskningsdrevet Innovasjon og bringer sammen partnere fra akademien, helsevesen og næringer med felles mål om å tilby pasient-sentrert innovasjon og tjenester. Studien her går ut på å utvikle kunnskap om tilpasset organisering og interaksjonsmønstre for å ta i bruk pasientsentrisk innovasjon.

Videre vil studien beskrive og analysere ulike praksis av pasientsentriske løsninger, og hvilke organiseringsmønstre velferdsteknologiske løsninger det krever og muliggjør. I forbindelse med dette ønsker vi å intervju og observere deltakere i velferdsteknologiprojekter og medarbeidere i responsentre.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer intervju med varighet på en time. I noen tilfeller vil vi også be om å få observere håndtering av alarmer i responsentre og den fysiske organiseringen av senteret. Spørsmål vil ikke knyttes til pasientopplysninger, men handle om gjennomføring av prosjekt, informasjons- og teknologihåndtering samt hvordan dette spiller inn på organisering i praksis. Data registreres med lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskere i prosjektet vil ha tilgang til personopplysningene dine, og de vil bli lagret separat fra informasjonen du gir prosjektet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.12.2019. På dette tidspunktet vil alle personopplysninger slettes, slik at dataene er anonyme.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Thomas Hoholm på 46410619.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om Organisering for velferdsteknologi, og er villig til å delta. Jeg samtykker i at jeg kan bli sitert (for eksempel når forskningen er publisert i forskningsartikler) så lenge navnet mitt ikke blir nevnt.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



Thomas Hoholm
Institutt for innovasjon og økonomisk organisering Handelshøyskolen BI

0442 OSLO

Vår dato: 03.01.2017

Vår ref: 51180 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51180</i>	<i>Organisering for velferdsteknologi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Handelshøyskolen BI, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Thomas Hoholm</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene 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/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2019, 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.



BAKGRUNN OG FORMÅL

Studien er tilknyttet Senter for Fremtidig Helse, som er et senter for forskningsdrevet innovasjon. Formålet med studien er å utvikle kunnskap om tilpasset organisering, nye interaksjonsmønstre og forretningsmodeller for å ta i bruk pasientsentrisk innovasjon, bl.a. velferdsteknologi.

UTVALG

Utvalget består av deltakere (ansatte og helsepersonell) i helseinnovasjonsprosjekter i flere kommuner og helseinstitusjoner. Dette innebærer prosjektarbeidere fra både offentlig sektor og private leverandører, IT-personell, helsepersonell, ansatte på responsentre for velferdsteknologi og innen sektoren generelt.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget skal informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det må legges til at BI er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet.

METODER OG DATAINNSAMLING

Studien innebærer interjuer med utvalget. I tillegg er det også ønskelig å få observere håndtering av alarmer i responsentre, interaksjon mellom helsepersonell og organiseringsaktiviteter.

Det skal ikke registreres og samles inn pasientopplysninger i prosjektet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Handelshøyskolen BI sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.12.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide til sykepleier i hjemmetjenesten

Innledning:

- 1) Kan du fortelle meg litt om arbeidserfaringen din evt utdanningsbakgrunn
- 2) Kan du fortelle meg litt om arbeidshverdagen din i hjemmetjenesten
- 3) Kan du fortelle oss litt om arbeidshverdagene dine,
- 4) har du noen ansvarsområder, hvis ja, hva er det?

Velferdsteknologi

- 1) Kan du fortelle oss litt om teknologien du bruker i arbeidshverdagen din? (eks pilly, mdd, trygghetsalarm, ipad)
- 2) Hvordan opplever du å jobbe med teknologi i hverdagen?
- 3) Er noen "ting" lettere å bruke og lære seg å bruke enn andre?
- 4) Kan du fortelle litt om opplæringen du får på jobben når dere skal ta i bruk ny teknologi? (hvor mye, variasjon, metoder, kurs?)
- 5) Hvordan opplever du opplæringa? Er det noe du savner evt er veldig fornøyd med? Er opplæringa tilstrekkelig, synes du?
- 6) Opplever du at det å ha en høyere formell utdanning er en fordel når det gjelder arbeid med velferdsteknologi? (noe i sykepleierutdanninga som lærte deg noe om arbeid med teknologi i pleiesituasjoner)

Responscenter:

- 1) Hva legger du i ordet responscenter?
- 2) Kan du fortelle meg litt om hvordan du ønsker at et responscenter "ser ut"?
- 3) Hvilke oppgaver tenker du er viktig at responscenteret "har"? (ansvarsområder)
- 4) Hvem skal jobbe på responscenteret? Hvilken kunnskap er viktig å ha "inne på senteret"?
- 5) Hvilken kompetanse/ utdanningsbakgrunn tror du er viktig å ha inne på responscenteret?
- 5b) Nå nærmer det jo seg første april og det er jo treåringer som skal jobbe der, har du noen tanker om andre yrkestitler/grupper som burde være der?
- 6) Kunne du tenke deg å jobbe på et responscenter? (hvorfor/hvorfor ikke)
6b) Hvis ja: hvor mye? Skift?
- 7) har du noen tanker om hvordan dette responscenteret kommer til å endre hverdagen for både deg og f.eks brukerne?

Spørsmål som angår sykepleierkompetanse

- 1) Hvordan opplever du at sykepleierutdanningen kan være fordelaktig i arbeid med teknologi på arbeidsplassen? Er det noen teknikker, emner i studiet som ga deg kunnskap om teknologien dere bruker i arbeidshverdagen?

- 2) Kan du tenke deg at teknologibruken på responscenteret krever mer kompetanse innenfor IKT? Eller at sykepleierutdanninga og erfaring med teknologi i hverdagen er nok. (formell opplæring i form av kurs og lignende)
Omformulering av 2: tror du overgangen til å jobbe på responscenter krever opplæring? F.eks teknologi

Intervjuguide til ufaglært (ikke treåring) i hjemmetjenesten

Innledning:

1. Kan du fortelle meg litt om arbeidserfaringen din evt utdanningsbakgrunn
2. Kan du fortelle meg litt om arbeidshverdagen din i hjemmetjenesten
3. Kan du fortelle oss litt om arbeidshverdagene dine,
4. har du noen ansvarsområder, hvis ja, hva er det? Og hvordan koordinerer du ansvaret i hverdagen (hvis f.eks alarmtelefonansvar)

Velferdsteknologi

1. Kan du fortelle oss litt om teknologien du bruker i arbeidshverdagen din? (eks pilly, mdd, trykghetsalarm, ipad)
2. Hvordan opplever du å jobbe med teknologi i hverdagen?
3. Er noen "ting" lettere å bruke og lære seg å bruke enn andre?
4. Kan du fortelle litt om opplæringen du får på jobben når dere skal ta i bruk ny teknologi? (hvor mye, variasjon, metoder, kurs?)
5. Hvordan opplever du opplæringa? Er det noe du savner evt er veldig fornøyd med? Er opplæringa tilstrekkelig, synes du?
6. Opplever du at det   ikke ha en formell utdanning er en ulempe når det gjelder arbeid med velferdsteknologi? (noe i sykepleierutdanninga som lærte deg noe om arbeid med teknologi i pleiesituasjoner)

Responscenter:

1. Har du noen tanker om det nye responscenteret og hva den skal "gjøre"?
2. Kan du fortelle oss litt om hva du ønsker at responscenteret skal inneholde? *for å gjøre hverdagen lettere både for brukerne og de som jobber i hjemmetjenesten?*
3. Hvilke oppgaver tenker du er viktig at responscenteret "har"? (ansvarsområder)
4. Kan du fortelle meg litt om hvordan du ønsker at et responscenter "ser ut" til slutt, sånn innholdsmessig? *Vi vet jo litt allerede om opprettelsen og hva det skal inneholde og "gjøre" til å starte med, men kanskje du kan fortelle oss om hva du ønsker at responscenteret skal være "til slutt?" (visjon f.eks)*

4A Hvem skal jobbe på responscenteret? Hvilken kunnskap er viktig å ha "inne på centeret"?

4B Hvilken kompetanse evt utdanningsbakgrunn tror du er viktig å ha inne på responsenteret?

4C Nå nærmer det jo seg første april og det er jo treåringer som skal jobbe der, har du noen tanker om andre yrkestitler/grupper som burde være der? (tenker f.eks teknisk support, fysio, lege osv)

- 5) Kunne du tenke deg å jobbe på et responsenter? (hvorfor/hvorfor ikke)
- Hvis ja: hvor mye? Skift? Helg? Natt? 1 skift i måneden? Hvis nei: jobbe litt? Eller ikke i det hele tatt? Hvorfor?

6) har du noen tanker om hvordan dette responsenteret kommer til å endre hverdagen for både deg og f.eks brukerne?

Spørsmål om utdanning:

- 1) Kan du fortelle meg om noen situasjoner i hverdagen der du tilkaller sykepleier ofte? Er det enkelt "å få tak i" sykepleiere når du f.eks står i en utfordrende situasjon med bruker? Der du trenger hjelp
- 2) Merker du noe skille i hverdagen mellom deg som hjelpepleier og de som er sykepleiere?