Høgskulen på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

«Fra å gjøre-til å avgjøre»

En kvalitativ studie av helsefagarbeideres erfaring med økt ansvar i hjemmesykepleien

«From doing to deciding»

A qualitative study of healthcare assistants' experiences of increased responsibility in home-based healthcare

Kandidatnummer: 120

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse - og velferdsleiing og utdanningsleiing
Fakultet for teknologi, miljø og samfunnsvitskap

Handelshøgskulen HVL

Innleveringsdato: 05.06.2026

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1*.

Forord

Jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt til at denne masteroppgaven har blitt gjennomført. Arbeidet med oppgaven er gjennomført parallelt med fulltidsjobb, uten støtte fra arbeidsgiver, noe som har gjort prosessen både krevende og lærerik. Først vil jeg takke helsefagarbeiderne som stilte opp og delte sine erfaringer. Deres åpenhet og refleksjoner har vært avgjørende for arbeidet med denne studien. Jeg ønsker å takke KS for stipendet. Dette har vært et viktig bidrag til å kjøpe litteratur og ta permisjon uten lønn når jeg har hatt behov for ekstra tid til arbeidet med oppgaven. Jeg vil spesielt takke min venninne Katrine Høiaas, som har vært en uvurderlig støtte og bidratt til at jeg har klart å fullføre studiet i en vanskelig periode. Fra dagen jeg søkte utdanningen til dagen jeg leverte, har hun vært der med oppmuntring, trygghet og støtte. Jeg vil også takke min kjæreste, som har vært en trygg og viktig støttespiller gjennom hele prosessen. Jeg vil også takke min veileder for veiledning og tilbakemeldinger gjennom arbeidet med oppgaven. Til slutt vil jeg rette en stor takk til min datter for tålmodighet og forståelse i en krevende periode.

Sammendrag

Denne masteroppgaven undersøker hvordan helsefagarbeidere i hjemmesykepleien opplever og håndterer økt ansvar etter omorganiseringen av tjenestene i Bergen kommune gjennom HELTOM-modellen. Omorganiseringen innebærer en ny oppgavefordeling mellom helseteam og omsorgsteam, der helsefagarbeidere overtar flere oppgaver som tidligere ble utført av sykepleiere. Endringen må forstås i lys av økende behov for helsepersonell og et vedvarende press på kommunale helse- og omsorgstjenester.

Studien bygger på kvalitative intervjuer med helsefagarbeidere i hjemmesykepleien. Informantene beskriver en arbeidshverdag preget av variasjon, uforutsigbarhet og situasjoner som ikke lar seg standardisere. Økt ansvar oppleves både som en mulighet for faglig utvikling og som en kilde til usikkerhet, ansvarliggjøring og økte krav til vurderinger og prioriteringer. Flere beskriver større handlingsrom og mer tillit, samtidig som de må håndtere oppgaver som tidligere ble utført av sykepleiere.

Det teoretiske rammeverket bygger på Lipskys teori om bakkebyråkrater, Abbotts teori om profesjonell jurisdiksjon, Grimen og Molanders teori om profesjonelt skjønn og Evetts' perspektiv på profesjonalitet. Perspektivene belyser hvordan økt ansvar håndteres i praksis, påvirker profesjonsgrenser og innebærer både større autonomi og økt organisatorisk ansvarliggjøring. Analysen viser at helsefagarbeidere håndterer økt ansvar gjennom prioritering, samarbeid, erfaringsbasert læring og skjønnsutøvelse. Kollegafellesskap og ledelse fremstår som avgjørende for hvordan ansvar håndteres i praksis. Samtidig påvirker variasjoner i kompetanse og erfaring hvordan ansvar oppleves, og har betydning for mestring, trygghet og arbeidsbelastning. Studien viser at økt ansvar ikke bare handler om nye oppgaver, men også om en endring i hvordan helsefagarbeidere forstår sin profesjonelle rolle og sitt handlingsrom. Oppgaven konkluderer med at økt ansvar i hjemmesykepleien både innebærer profesjonell utvikling og økt organisatorisk ansvarliggjøring. Samlet peker funnene mot at økt ansvar må forstås i lys av organisatorisk kompleksitet, ressursknapphet og behovet for kontinuerlige tilpasninger i praksis.

Abstract

This master's thesis explores how healthcare assistants in home-based care experience and manage increased responsibility following the reorganization of services in Bergen Municipality through the HELTOM model. The reorganization introduced a new division of tasks between health teams and care teams, whereby healthcare assistants assumed responsibilities previously carried out by registered nurses. This development must be understood in light of the increasing demand for healthcare personnel and the ongoing pressure on municipal health and care services.

The study is based on qualitative interviews with healthcare assistants working in home-based care. The participants describe a work environment characterized by variation, unpredictability, and situations that cannot easily be standardized. Increased responsibility is experienced both as an opportunity for professional development and as a source of uncertainty, accountability, and increased demands for assessment and prioritization. Several participants describe greater autonomy and trust while also taking on tasks previously performed by registered nurses.

The theoretical framework draws on Lipsky's theory of street-level bureaucracy, Abbott's theory of professional jurisdiction, Grimen and Molander's theory of professional discretion, and Evetts' perspective on professionalism. These perspectives are used to examine how increased responsibility is managed in practice, how it affects professional boundaries, and how it may involve both greater autonomy and increased organizational accountability.

The analysis shows that healthcare assistants manage increased responsibility through prioritization, collaboration, experience-based learning, and discretionary judgment. Collegial support and leadership emerge as crucial for how responsibility is managed in practice. At the same time, variations in competence and experience influence how responsibility is perceived and affect employees' sense of mastery, confidence, and workload.

The study shows that increased responsibility is not only about taking on new tasks, but also about changes in how healthcare assistants understand their professional role and scope of practice. The thesis concludes that increased responsibility in home-based care involves both professional development and increased organizational accountability. Overall, the findings suggest that increased responsibility should be understood in relation to organizational complexity, resource constraints, and the need for continuous adaptation in practice.

Innholdsfortegnelse

Forord 2

Sammendrag 3

Abstract 4

Kapittel 1: Presentasjon av tema 7

1.1 Problemstilling 9

1.2 Formål 9

1.3 Omorganisering, samarbeid og profesjonelle rolle 9

1.4 Forskningsspørsmål på bakgrunn av teoriene 9

1.5 Litteraturreview 10

Kapittel 2: Teori 12

2.1 Profesjoner, jurisdiksjon og profesjonssystemet 12

2.1.1 Abstrakt kunnskap og profesjonell kontroll 14

2.1.2 Arbeid, endring og konkurranse mellom profesjoner 14

2.1.3 Profesjonssystemet og oppgaveområder 15

2.2 Skjønn, profesjoner og velferdsstatlig myndighetsutøvelse 15

2.2.1 Skjønn som praktisk resonnering og vurdering 16

2.2.2 Epistemisk og strukturelt skjønn 16

2.2.3. Normative rammer og skjønnets byrder 18

2.3 Street-Level Bureaucracy og arbeid i frontlinjen 19

2.3.1 Skjønn, tilpasninger og arbeidshverdag 20

2.3.2 Spenningen mellom regler og fleksibilitet 20

2.3.3 Mestringsstrategier og konsekvenser 21

2.3.4 Bakkebyråkrater som politiske aktører 22

Kapittel 3: Design og metode 23

3.1 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel 23

3.2 Design 24

3.3 Metode 24

3.4 Datainnsamling 25

3.5 Utvalg og rekrutering av deltakere 26

3.6 Rekrutering av deltakere 27

3.7 Utføring av intervjuer. 27

3.7.1 Praktisk gjennomføring av intervjuene. 27

3.8 Tematisk analyse 28
3.9 Etikk 28
3.10 Informert samtykke 29
3.11 Konfidensialitet 30
3.12 Anonymitet 30
3.13 Transkribering 31
3.14 Validitet 32
3.15 Reliabilitet 32
3.16 Forskerens tilknytting til miljøet 33
Kapittel 4: Tematisk analyse 35
4.1 Ansvar som frihet og forpliktelse 35
4.2 Prioritering og skjønn i en uforutsigbar arbeidshverdag 37
4.3 Ansvar, variasjon og strukturelle rammer 39
4.4 Ledelse og kollegafellesskap som strukturer for skjønn 41
4.5 Profesjonell utvikling gjennom ansvar, erfaring og mestring. 42
4.6 Oppsummering 45
Kapittel: 5 Drøfting 47
5.1 Ansvar som frihet og forpliktelse 47
5.2 Ressurser, prioritering og skjønn 51
5.3 Ansvar, variasjon og strukturelle rammer 55
5.4 Ledelse og kollegafellesskap som strukturer for skjønn 58
5.5 Mestring, læring og profesjonell utvikling i møte med økt ansvar 62
Konklusjon 66
Referanseliste 69
Vedlegg 1: Intervjuguide 72
Vedlegg 2: Samtykkeskjema 73
Vedlegg 3: Sikt skjema 77

Kapittel 1: Presentasjon av tema[1]

Hjemmetjenesten omfatter ulike kommunale helsetjenester som ytes til personer som bor i eget hjem. Tjenestene kan ha forebyggende, behandlende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsrettede formål, og skal tilpasses den enkeltes behov. Helsetjenester i hjemmet omfatter planlagte kommunale helsetjenester som gis hjemme hos pasienten eller med utgangspunkt i pasientens hjem. Eksempler på slike tjenester er hjemmesykepleie, ergoterapi, fysioterapi og oppfølging av personer med psykiske helseutfordringer eller rusmiddelproblemer. Hvilke tjenester som tilbys, vurderes ut fra pasientens behov og kravet om forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2018). Hjemmetjenestene utgjør en sentral del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og har vokst betydelig de siste årene. I 2024 brukte kommunene 94 milliarder kroner på hjemmetjenester, noe som tilsvarer om lag 15 prosent av kommunenes totale utgifter. Samme år mottok om lag 206 000 personer hjemmetjenester, tilsvarende nær fire prosent av befolkningen (Larnholm et al., 2026). Med en stadig aldrende befolkning forventes behovet for helse- og omsorgstjenester å øke ytterligere i årene fremover, noe som legger et betydelig press på kommunene. Kommunene må samtidig balansere lovpålagte krav til helse- og omsorgstjenester med behovet for økonomisk bærekraft og forsvarlig kvalitet i tjenestene (Larnholm et al., 2026). Etterspørselen etter helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene øker som følge av en aldrende befolkning og et økende behov for tjenester. Framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå viser at etterspørselen etter helsepersonell forventes å øke betydelig mer enn tilbudet i årene framover. Analysene peker på at mangelen vil være særlig stor for sykepleiere og helsefagarbeidere, samtidig som veksten i arbeidsstyrken ikke er tilstrekkelig til å møte det framtidige behovet (Dalen et al., 2026). Denne utviklingen bidrar til et økende press på helse- og omsorgstjenestene og har ført til større oppmerksomhet rundt oppgavedeling, kompetanseutnyttelse og nye organiseringsformer. HELTOM-modellen i Bergen kommune kan forstås som et eksempel på en slik organisering, hvor arbeidsoppgaver og ansvar fordeles på nye måter mellom ulike yrkesgrupper. Gjennom denne modellen får helsefagarbeidere et større ansvar og et utvidet handlingsrom i tjenestene. Samtidig kan variasjoner i utdanning, erfaring og kompetanse påvirke hvordan det økte ansvaret håndteres i praksis, og dermed skape ulike behov for opplæring, støtte og faglig oppfølging. For å møte fremtidens

[1] Presentasjon av temaet bygger på en prosjektplan utarbeidet i emnet ME6-501 (2025). Disse delene er videreutviklet og bearbeidet i den foreliggende masteroppgaven.

utfordringer i helsevesenet har det derfor blitt nødvendig å tenke nytt om oppgavefordeling og kompetanseutnyttelse. Helsepersonellkommisjonen legger til grunn at helse- og omsorgstjenestene i større grad må bygges «nedenfra», ved å ta utgangspunkt i kompetansen til ansatte som arbeider nærmest pasientene. En slik organisering skal bidra til både bedre utnyttelse av kompetanse og faglig utvikling blant ansatte (Helsepersonellkommisjonen, 2023, s. 16). For å møte behovet for sykepleiere i hjemmesykepleien har Bergen kommune omorganisert hjemmetjenesten gjennom HELTOM-modellen. Etter omorganiseringen ble tjenestene organisert i helseteam og omsorgsteam. Helseteamene består av ansatte med høyskoleutdanning, som sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere, fagansvarlige og andre spesialister, mens omsorgsteamene hovedsakelig består av helsefagarbeidere og assistenter (Hovland, 2022). Med den nye organiseringen har helsefagarbeidere fått et utvidet ansvarsområde og utfører nå flere oppgaver som tidligere ofte ble utført av sykepleiere. Dette kan blant annet omfatte enkelte sårstell, administrering av insulin og ferdigfylte sprøyter, observasjon og oppfølging av pasienters helsetilstand, gjennomføring av NEWS-målinger, oppstartsamtaler med nye pasienter, kontakt med pårørende og bestilling av enkelte medisiner, som for eksempel øyedråper. National Early Warning Score (NEWS) brukes i kommunehelsetjenesten som et verktøy for å oppdage tidlige tegn på forverring i pasientens helsetilstand. En pasients tilstand kan utvikle seg gradvis over tid, men forverring kan også oppstå akutt. For å kunne forebygge utvikling av alvorlig eller kritisk sykdom er det derfor viktig at helsepersonell raskt identifiserer endringer i pasientens tilstand. NEWS fungerer som et risikovurderingsverktøy som hjelper helsepersonell med å systematisk observere og vurdere pasientens vitale tegn. Verktøyet bidrar også til at pasienten får riktig behandlingsnivå til rett tid og kan dermed være med på å forebygge alvorlige komplikasjoner (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2020, s.5). Helsefagarbeidere kan også få ansvar for å kontakte legevakt eller ambulanse ved behov, omfordele arbeidslister ved fravær, følge opp at ansatte er kommet tilbake etter vaktskifte og ha ansvar for vaktkoordinator-telefon. Omorganiseringen innebærer dermed ikke bare en endring i praktiske arbeidsoppgaver, men også et større ansvar knyttet til vurderinger, prioriteringer, koordinering og kommunikasjon i arbeidshverdagen. Faglig sett representerer dette en stor endring for alle yrkesgrupper i tjenesten. Sykepleierne konsentrerer seg i spesialiserte oppgaver som krever deres kompetanse, mens de fleste mottakere av hjemmesykepleie følges opp av omsorgsteamene. Dette danner bakgrunnen for oppgavens interesse for hvordan helsefagarbeidere opplever og håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien.

1.1 Problemstilling

Hvordan oppfatter helsefagarbeidere å få økt ansvar for tjenestemottakerne i hjemmesykepleien, og hvordan håndterer de dette?

Som fagansvarlig sykepleier i hjemmesykepleien har jeg erfaring med oppgavedeling, kompetanseutvikling og veiledning av helsefagarbeidere. Denne erfaringen har gitt innsikt i hvordan økt ansvar kan oppleves og håndteres i praksis, men kan også ha påvirket hvilke aspekter ved fenomenet som har fått særlig oppmerksomhet i studien. I tråd med en hermeneutisk tilnærming har jeg derfor reflektert over hvordan egen bakgrunn kan påvirke forståelsen og fortolkningen av materialet. Samtidig har erfaringene bidratt til en interesse for hvordan helsefagarbeidere opplever og håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien. Dette danner bakgrunnen for studiens problemstilling.

1.2 Formål[2]

Hovedformålet med denne studien er å undersøke hvordan helsefagarbeidere opplever og håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien. Studien søker å belyse hvordan en omorganisering av tjenestene, som for eksempel innføringen av HELTOM-modellen i Bergen kommune, påvirker disse yrkesgruppene.

1.3 Omorganisering, samarbeid og profesjonelle rolle[3]

Omorganiseringer som HELTOM-prosjektet i Bergen kommune kan skape både muligheter og utfordringer. For å lykkes med å gi gode tjenester til befolkningen vil det være avgjørende at ulike profesjoner samarbeider som et team. Hvordan teamene fungerer sammen kan påvirke hvordan helsefagarbeidere oppfatter og håndterer sitt ansvar. Overgangen til nye teammodeller kan forstås som en situasjon der profesjonsgrenser blir mindre tydelige, og der ansatte må navigere i et landskap preget av både fleksibilitet og uklarhet.

1.4 Forskningsspørsmål på bakgrunn av teoriene

I denne studien er forskningsspørsmålene utviklet med utgangspunkt i teoriene til Lipsky (2010), Abbott (1988) og Grimen og Molander (2008). Lipsky (2010) retter oppmerksomheten mot hvordan bakkebyråkrater i velferdsstaten utøver skjønn i møte med

[2] Formålet bygger på en prosjektplan utarbeidet i emnet ME6-501 (2025). Disse delene er videreutviklet og bearbeidet i den foreliggende masteroppgaven.

[3] Beskrivelse av omorganisering bygger på en prosjektplan utarbeidet i emnet ME6-501 (2025). Disse delene er videreutviklet og bearbeidet i den foreliggende masteroppgaven.

tidspress, ressursknapphet og uklare rammer. Perspektivet er relevant for å forstå hvordan helsefagarbeidere håndterer økt ansvar og komplekse situasjoner i hjemmesykepleien etter omorganiseringen. Abbott (1988) belyser hvordan profesjonsgrenser og arbeidsoppgaver kontinuerlig forhandles mellom ulike yrkesgrupper. Grimen og Molander (2008) synliggjør hvordan profesjonelt arbeid i helse- og omsorgstjenestene er grunnleggende skjønnsbasert, og hvordan profesjonsutøvere må gjøre vurderinger i situasjoner preget av usikkerhet, ubestemthet og behov for faglig dømmekraft. Samlet gir disse perspektivene et grunnlag for å undersøke både hvordan helsefagarbeidere handler i arbeidshverdagen, og hvordan de forstår sin rolle etter omorganiseringen. Perspektivene utfyller hverandre ved å belyse ulike sider av økt ansvar, men de legger også vekt på forskjellige forklaringer og forståelser av fenomenet. Studien undersøker derfor ikke bare hvordan helsefagarbeidere opplever og håndterer økt ansvar, men også i hvilken grad de ulike teoretiske perspektivene bidrar til å forklare funnene. På denne bakgrunnen er følgende forskningsspørsmål formulert:

1. Hvordan utøver helsefagarbeidere sitt utvidede handlingsrom i praksis, og hvilke strategier bruker de for å løse nye og komplekse situasjoner?
2. Hvordan opplever helsefagarbeidere endringen i sin profesjonelle rolle etter omorganiseringen, og hvilke faktorer påvirker hvordan de tolker denne rollen?

1.5 Litteraturreview

I denne oppgaven anvendes et utvalg forskningsartikler som belyser sentrale aspekter ved oppgavedeling, ansvar og profesjonell praksis i hjemmetjenesten. Litteraturgrunnlaget er identifisert gjennom systematiske søk blant i Oria, Google Scholar og Keenious, samt gjennom gjennomgang av referanselister i relevante artikler. Flere av artiklene fokuserer på hvordan økt ansvar og oppgavedeling kan bidra til læring og faglig utvikling. James et al. (2024) undersøker hvordan helsefagarbeidere skaper en meningsfull hverdag for eldre gjennom relasjoner og personsentrert omsorg, mens Skyrud (2024) belyser hvordan oppgavedeling kan bidra til økt kompetanse, mestring og en mer variert arbeidshverdag for helsefagarbeidere. Samtidig retter flere studier oppmerksomhet mot utfordringer knyttet til økt ansvar. Ekstedt et al. (2022) viser hvordan helsefagarbeidere i hjemmetjenesten må håndtere komplekse situasjoner gjennom kontinuerlige tilpasninger, ofte under begrensede ressurser. Fläckman et al. (2015) undersøker hvordan organisatoriske endringer kan føre til økt stress, usikkerhet og belastning blant ansatte, mens Sundsbø (2024) analyserer hvordan tidspress og prioriteringskrav påvirker hvordan omsorg utøves og legitimeres i praksis. I tillegg bidrar

Johannessen (2018) og Johannessen (2019) med innsikt i hvordan profesjonsgrenser og skjønnsutøvelse formes i praksis. De viser hvordan arbeidsoppgaver og beslutninger i førstelinjetjenesten ofte er preget av fleksibilitet, forhandling og samhandling mellom aktører.

Kapittel 2: Teori

For å belyse problemstillingen om hvordan helsefagarbeidere oppfatter og håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien, tas det utgangspunkt i et teoretisk rammeverk som kan fange både praksisnære, profesjonelle og strukturelle dimensjoner ved fenomenet. Endringer i oppgavefordeling og ansvar i helsetjenestene handler ikke bare om organisering, men også om hvordan ansatte i førstelinjen håndterer krav, prioriteringer og faglige vurderinger i arbeidshverdagen. I denne oppgaven anvendes tre teoretiske perspektiver som utfyller hverandre. Lipskys teori om Street-Level Bureaucracy danner utgangspunktet for analysen ved å rette oppmerksomheten mot hvordan ansatte i frontlinjen av offentlige tjenester håndterer tidspress, ressursknapphet og komplekse situasjoner i møte med brukerne (Lipsky, 2010). Perspektivet er relevant for å forstå hvordan helsefagarbeidere i hjemmesykepleien utøver skjønn og tar beslutninger i praksis etter omorganiseringen. Videre bidrar Abbotts profesjonsteori til å belyse hvordan arbeidsoppgaver, ansvar og jurisdiksjoner forhandles mellom ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene (Abbott, 1988). Perspektivet gjør det mulig å analysere hvordan omorganiseringen kan forstås som en forskyvning i profesjonssystemet, hvor helsefagarbeidere får et utvidet handlingsrom og nye ansvarsområder. I tillegg gir teorien om profesjonelt skjønn, slik den er utviklet av Grimen og Molander (2008), innsikt i hvordan profesjonsutøvere foretar vurderinger i situasjoner preget av usikkerhet, komplekse behov og begrenset informasjon. Samlet gir disse perspektivene et analytisk grunnlag for å forstå både hvordan ansvar omfordeles mellom yrkesgrupper, og hvordan dette ansvaret håndteres i praksis av helsefagarbeidere i hjemmetjenesten.

2.1 Profesjoner, jurisdiksjon og profesjonssystemet

For å forstå hvordan helsefagarbeidere håndterer økt ansvar etter omorganiseringen, er det nødvendig å trekke inn teorier som belyser hvordan ansatte i førstelinjen håndterer organisatorisk press, utøver skjønn og navigerer i endrede profesjonsgrenser. Lipskys teori om Street-Level Bureaucracy danner det overordnede teoretiske utgangspunktet for studien. Lipsky (2010) viser hvordan ansatte i offentlige tjenester arbeider under forhold preget av tidspress, ressursknapphet og komplekse behov, samtidig som de forventes å foreta løpende vurderinger og prioriteringer i møte med brukerne. Frontlinjeansatte utvikler derfor strategier og tilpasninger for å håndtere et vedvarende gap mellom krav og tilgjengelige ressurser. I hjemmesykepleien etter omorganiseringen innebærer dette at helsefagarbeidere får større ansvar og et utvidet handlingsrom, uten at det nødvendigvis følger tilsvarende ressurser eller

støtte. Det økte ansvaret kan dermed både gi rom for faglig autonomi og skape nye dilemmaer, særlig når organisatoriske krav og faglige vurderinger ikke harmonerer. Lipskys perspektiv gjør det derfor mulig å analysere hvordan helsefagarbeidere håndterer kompleksitet, prioriteringer og ansvar i en arbeidshverdag preget av kontinuerlige tilpasninger. Denne utviklingen kan videre forstås gjennom Andrew Abbotts profesjonsteori. Abbott (1988) beskriver profesjoner som deler av et gjensidig avhengig profesjonssystem, hvor yrkesgrupper kontinuerlig forhandler om kontroll over arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Slike profesjonelle jurisdiksjoner, og grensene mellom dem, er ikke faste, men snarere gjenstand for forskyvninger og forhandlinger. Når oppgaver som tidligere ble utført av sykepleiere i større grad overføres til helsefagarbeidere, representerer dette en jurisdiksjonell forskyvning. Abbott viser videre at jurisdiksjon ikke bare handler om faktisk arbeid, men også om profesjonenes evne til å legitimere sine krav. Jurisdiksjon har både en kulturell og sosial dimensjon, og profesjoner må oppnå anerkjennelse fra samfunnet for å etablere og opprettholde kontroll over arbeidsoppgaver (Abbott, 1988). Dette innebærer at profesjoners posisjon ikke bare avhenger av hvilke oppgaver de utfører, men også av deres mulighet til å oppnå legitimitet og anerkjennelse for sitt arbeid. Evetts (2003) utdyper disse dynamikkene gjennom sitt perspektiv på profesjonalisering. Hun viser hvordan profesjonalisering ikke bare skjer «innenfra» gjennom profesjonenes egne initiativ, men også «ovenfra» gjennom organisatoriske og politiske styringsprosesser. HELTOM kan forstås som et eksempel på en slik profesjonalisering, der kommunen omdefinerer arbeidsoppgaver og ansvar som et ledd i å håndtere bemannings- og ressursutfordringer. Perspektivet synliggjør hvordan økt ansvar både kan innebære profesjonell utvikling og fungere som en form for organisatorisk ansvarliggjøring. En kritisk tilnærming reiser dermed spørsmål om hvorvidt endringene faktisk styrker helsefagarbeidernes profesjonelle posisjon, eller om de først og fremst fungerer som et styringsverktøy for å effektivisere tjenestene. Profesjonalisering «ovenfra» kan derfor både åpne for nye muligheter og skape nye former for kontroll og ansvarspress i hjemmetjenesten.

Teorien om profesjonelt skjønn gir et viktig supplement til disse perspektivene. Grimen og Molander (2008) beskriver profesjonelt arbeid som grunnleggende skjønnsbasert, fordi praksisfeltet ofte er preget av usikkerhet, ubestemthet og begrenset informasjon. Profesjonelle må derfor foreta vurderinger i situasjoner hvor regler og prosedyrer ikke gir entydige svar. Samtidig understreker Grimen og Molander at skjønn ikke utøves i et vakuum, men innenfor organisatoriske og institusjonelle rammer som påvirker hvilke vurderinger som kan gjøres i

praksis (Grimen & Molander, 2008). I denne sammenhengen blir det relevant å undersøke hvordan helsefagarbeidere etter omorganiseringen må balansere faglige vurderinger med standardiserte prosedyrer, tidsrammer og organisatoriske krav. Skjønnsutøvelsen kan dermed både styrkes og begrenses av de strukturelle endringene. Med utgangspunkt i Lipskys (2010) perspektiv kan behovet for skjønn også forstås som en konsekvens av at ansatte må håndtere organisatorisk kompleksitet og situasjoner som ikke fullt ut lar seg standardisere i praksis.

2.1.1 Abstrakt kunnskap og profesjonell kontroll

Et sentralt element i Abbotts profesjonsteori er betydningen av abstrakt kunnskap. Abbott (1988) skiller mellom kontroll over teknikk og kontroll over abstrakt kunnskap. Mens håndverksyrker i større grad er basert på praktiske ferdigheter og teknikker, kjennetegnes profesjoner av at de bygger på abstrakte kunnskapssystemer som gjør det mulig å forstå, klassifisere og håndtere ulike typer problemer. Denne kunnskapen gir profesjoner grunnlag for å legitimere sitt arbeid og etablere kontroll over bestemte arbeidsområder. Abstrakt kunnskap gjør det også mulig å tilpasse eksisterende arbeidsoppgaver til nye situasjoner, utvide virksomheten til nye problemområder og beskytte eget arbeidsfelt mot konkurrerende yrkesgrupper (Abbott, 1988). Samtidig understreker Abbott (1988) at profesjoner ikke er statiske størrelser. Hvilke yrkesgrupper som oppnår profesjonell status, og hvilke arbeidsoppgaver de får kontroll over, varierer mellom ulike historiske og sosiale kontekster. Profesjoners posisjon avhenger derfor av deres evne til å anvende og legitimere sitt kunnskapsgrunnlag i møte med andre yrkesgrupper og samfunnsmessige endringer (Abbott, 1988). I denne oppgaven bidrar perspektivet til å belyse hvordan ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenestene kan ha ulik kontroll over arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Når helsefagarbeidere får økt ansvar, kan dette forstås som en endring i hvordan kunnskap anvendes, legitimeres og fordeles i praksis. Perspektivet synliggjør dermed hvordan yrkesgrupper posisjonerer seg i møte med organisatoriske endringer og nye former for arbeidsdeling.

2.1.2 Arbeid, endring og konkurranse mellom profesjoner

Abbott argumenterer for at profesjoner må forstås gjennom forholdet mellom arbeid, jurisdiksjon og konkurranse. Hver profesjon er knyttet til bestemte arbeidsoppgaver gjennom sin jurisdiksjon, og styrken i denne koblingen etableres gjennom den faktiske utøvelsen av profesjonelt arbeid (Abbott, 1988). Samtidig er disse koblingene ikke permanente. Arbeidsoppgaver kan endres som følge av teknologisk utvikling, politiske beslutninger og organisatoriske omstillinger. Nye oppgaver kan oppstå, mens andre kan forsvinne eller

omformes. Slike endringer fører til nye forhandlinger om hvem som skal utføre arbeidet. Abbott understreker også at virkeligheten er mer kompleks enn en enkel kobling mellom profesjoner og oppgaver. Både arbeidsoppgaver, profesjoner og relasjonene mellom dem er i kontinuerlig endring (Abbott, 1988). Dette innebærer at profesjonell praksis må forstås som dynamisk, og at profesjoner kontinuerlig må tilpasse seg endringer i sine omgivelser. For denne oppgaven er dette relevant fordi omorganiseringen av hjemmetjenesten innebærer nettopp slike endringer i arbeidsdeling. Når oppgaver flyttes mellom yrkesgrupper, oppstår nye forhandlinger om ansvar og kompetanse, og dette påvirker hvordan ulike yrkesgrupper forstår sin rolle i tjenesten.

2.1.3 Profesjonssystemet og oppgaveområder

Abbott beskriver profesjonssystemet som et system av gjensidig avhengige profesjoner, hvor endringer i én profesjons jurisdiksjon kan få konsekvenser for andre profesjoner (Abbott, 1988). Innenfor slike systemer utvikles mønstre for arbeidsdeling, samarbeid og konkurranse om arbeidsoppgaver. Profesjonenes posisjon påvirkes blant annet av deres organisering og evne til å hevde jurisdiksjon over bestemte arbeidsområder (Abbott, 1988). Helse- og omsorgstjenestene kan forstås som et slikt profesjonelt system. Her arbeider ulike yrkesgrupper tett sammen, og grensene mellom ansvar og oppgaver kan være gjenstand for forhandling og endring. Når organiseringen av tjenestene endres, kan dette føre til nye former for samarbeid, men også til usikkerhet og omforhandling av ansvar og kompetanse.

2.2 Skjønn, profesjoner og velferdsstatlig myndighetsutøvelse

Skjønn er en grunnleggende del av profesjonelt arbeid. Profesjoner anvender ikke bare generell kunnskap og faste regler, men må også utøve dømmekraft i møte med konkrete situasjoner. Regler gir sjelden entydige svar, noe som gjør at profesjonell praksis i stor grad bygger på skjønn. Denne ubestemtheten er samtidig en forutsetning for profesjoners rolle og posisjon: Dersom oppgaver kunne utføres mekanisk og uten vurdering, ville det hatt mindre betydning hvem som utførte dem. Profesjoner kjennetegnes derfor både av et systematisert kunnskapsgrunnlag og av behovet for å anvende dette i situasjoner som krever vurdering. Skjønn fremstår dermed som en kjernekomponent i profesjonell praksis (Grimen & Molander, 2008). I denne oppgavens kontekst får dette en klar betydning. Helsefagarbeidere i hjemmesykepleien møter ofte situasjoner som ikke lar seg løse utelukkende gjennom prosedyrer. Når disse yrkesgruppene får utvidet ansvar, innebærer det også at de i større grad må håndtere situasjoner som krever selvstendige vurderinger, og hvor det ikke finnes klare fasitsvar.

2.2.1 Skjønn som praktisk resonnering og vurdering

Grimen og Molander (2008) beskriver skjønn som en form for praktisk resonnering under betingelser av usikkerhet, der målet er å komme frem til en begrunnet vurdering av hva som bør gjøres i en konkret situasjon. Denne forståelsen innebærer at profesjonsutøvelse ikke kan reduseres til ren regelanvendelse. I stedet krever profesjonelt arbeid en kontinuerlig vurderingsprosess, hvor situasjoner må tolkes og ulike hensyn veies opp mot hverandre. Dette innebærer at profesjonsutøveren må identifisere hva som er relevant i situasjonen, og vurdere hvilke handlingsalternativer som er mest hensiktsmessige. Slik resonnering forutsetter både faglig kunnskap og evne til å anvende denne i praksis. Skjønn fremstår derfor ikke som tilfeldig eller rent subjektivt, men som en begrunnet og strukturert prosess hvor erfaring, kunnskap og situasjonsforståelse spiller sammen (Grimen & Molander, 2008). Samtidig foregår disse vurderingene under betingelser preget av usikkerhet. Informasjon kan være ufullstendig, situasjoner kan være tvetydige, og det finnes ikke alltid én riktig løsning. Skjønn kan dermed forstås som en måte å håndtere denne typen ubestemthet på, ved å utvikle begrunnede handlingsvalg der regler alene ikke gir tilstrekkelig veiledning (Grimen & Molander, 2008). I hjemmesykepleien foregår arbeidet i brukernes hjem og preges av stor variasjon og kompleksitet. Helsefagarbeidere møter situasjoner som ikke fullt ut lar seg standardisere, og hvor de må ta beslutninger basert på en helhetlig vurdering av brukerens behov, situasjon og tilgjengelige ressurser. Dette innebærer at de kontinuerlig må utøve skjønn i møte med konkrete problemstillinger. Dette perspektivet gir et analytisk grunnlag for studien ved å synliggjøre hvordan profesjonsutøvere kan forstå og fortolke ansvar, rolle og handlingsrom på ulike måter. Slike forskjeller kan blant annet knyttes til erfaring, kunnskapsgrunnlag og hvordan profesjonsutøvere vurderer konkrete situasjoner og eget faglig ansvar. For helsefagarbeidere innebærer dette at skjønnsutøvelse ikke bare handler om handlinger i praksis, men også om hvordan ansvar og rolle forstås i komplekse arbeidssituasjoner. I lys av problemstillingen er dette relevant fordi økt ansvar og større handlingsrom kan påvirke hvordan helsefagarbeidere opplever autonomi, faglig utvikling og ansvar i arbeidshverdagen.

2.2.2 Epistemisk og strukturelt skjønn

Grimen og Molander (2008) skiller mellom to hovedformer for skjønn: epistemisk og strukturelt skjønn. Dette skillet bidrar til å tydeliggjøre at skjønnsutøvelse ikke bare handler om selve vurderingsprosessen, men også om hvilke rammer og hvilket handlingsrom profesjonsutøveren opererer innenfor. Epistemisk skjønn viser til den kognitive og

vurderingsmessige prosessen der profesjonsutøveren må felle en beslutning under forhold preget av ubestemthet. Dette innebærer situasjoner hvor informasjonen er ufullstendig, hvor det er usikkert hvordan en situasjon skal tolkes, eller hvor ulike hensyn står i konflikt med hverandre. I slike tilfeller finnes det ikke klare fasitsvar, og profesjonsutøveren må derfor bruke sin faglige kunnskap og erfaring til å komme frem til en begrunnet vurdering (Grimen & Molander, 2008). Helsefagarbeidere møter brukere i deres eget hjem, i situasjoner som ofte er komplekse, kontekstavhengige og uforutsigbare. Dette er nettopp situasjoner hvor regler og prosedyrer ikke gir entydige svar, og hvor det derfor er nødvendig å utøve skjønn (Grimen & Molander, 2008). Det kan for eksempel være uklart hvordan en pasients tilstand skal forstås, hvilke behov som er mest presserende, eller hvordan en oppgave bør utføres i praksis. Epistemisk skjønn blir dermed en del av det daglige arbeidet, og en forutsetning for å kunne håndtere den ubestemtheten som preger profesjonell praksis (Grimen & Molander, 2008). Samtidig er ikke skjønnsutøvelsen ubegrenset. Grimen og Molander (2008) introduserer begrepet strukturelt skjønn for å beskrive det handlingsrommet profesjonsutøvere har innenfor organisatoriske, juridiske og institusjonelle rammer. Strukturelt skjønn viser til at profesjonsutøvere gis en delegert frihet til å velge mellom ulike handlingsalternativer, men innenfor bestemte grenser. Disse rammene kan bestå av lover, forskrifter, kommunale prosedyrer og organisatoriske føringer som regulerer hva som er tillatt og forventet. For helsefagarbeidere innebærer dette at skjønnsutøvelsen alltid skjer innenfor et definert handlingsrom. De kan ikke handle fritt, men må forholde seg til krav om faglig forsvarlighet og organisatoriske føringer som setter grenser for hva som er mulig og legitimt å gjøre. Dette betyr at de ikke bare må gjøre vurderinger, men også kunne begrunne dem i lys av gjeldende rammer. Skjønn fremstår dermed som et handlingsrom som gir mulighet til å tilpasse praksis til den enkelte situasjon, samtidig som vurderingene må kunne begrunnes faglig og innenfor gjeldende organisatoriske rammer (Grimen & Molander, 2008). I lys av problemstillingen kan skillet mellom epistemisk og strukturelt skjønn være relevant for å forstå hvordan økt ansvar oppleves og håndteres av helsefagarbeidere. Økt ansvar kan innebære at ansatte må ta flere faglige vurderinger og beslutninger (epistemisk skjønn), samtidig som de må forholde seg til et større handlingsrom preget av organisatoriske krav, prioriteringer og rammer (strukturelt skjønn). Dette kan medføre at helsefagarbeidere må balansere faglige vurderinger mot organisatoriske hensyn og håndtere spenninger som oppstår mellom disse. På den ene siden kan et utvidet handlingsrom bidra til økt autonomi og faglig utvikling. På den andre siden kan det føre til økt ansvarliggjøring og opplevelse av press, særlig dersom rammene er uklare eller

motstridende. Helsefagarbeidere kan dermed tenkes å oppleve at de får større frihet til å handle, samtidig som de i større grad holdes ansvarlige for konsekvensene av sine vurderinger. Grimen og Molander (2008) skiller mellom en epistemisk og en strukturell forståelse av skjønn. Mens epistemisk skjønn viser til de faglige vurderingene profesjonsutøvere foretar under betingelser av usikkerhet og ubestemthet, viser strukturelt skjønn til handlingsrommet de har til å handle på grunnlag av disse vurderingene. Skillet synliggjør at profesjonelt skjønn både handler om å komme frem til faglige vurderinger og om muligheten til å omsette disse i handling innenfor gitte organisatoriske rammer. I denne studien gir dette et analytisk grunnlag for å undersøke hvordan helsefagarbeidere oppfatter og håndterer sitt ansvar i hjemmesykepleien.

2.2.3. Normative rammer og skjønnets byrder

Skjønnsutøvelse i profesjonelt arbeid foregår innenfor bestemte normative kontekster. Grimen og Molander (2008) beskriver skjønn som en form for praktisk resonnering om hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller. Skjønn er ikke ubundet, men utøves innenfor rammer som setter føringer for hvilke hensyn som er relevante, og hvordan vurderinger kan begrunnes. Profesjonsutøvere må derfor ikke bare komme frem til en konklusjon om hva som bør gjøres, men også kunne begrunne sine vurderinger i lys av normer, regler, prinsipper og faglige standarder (Grimen & Molander, 2008). Samtidig peker Grimen og Molander (2008) på at skjønn står i et spenningsforhold til prinsippet om likebehandling. Profesjonsutøvere forventes både å ta hensyn til særlige forhold ved den enkelte situasjon og å behandle lignende tilfeller på en konsistent og rettferdig måte. Dette kan være utfordrende fordi skjønn innebærer fortolkning, avveining og vurdering av forhold som ofte er sammensatte og preget av usikkerhet. Selv når vurderinger gjøres samvittighetsfullt og på grunnlag av relevant kunnskap, kan ulike profesjonsutøvere komme frem til forskjellige konklusjoner (Grimen & Molander, 2008). For å beskrive slike utfordringer introduserer Grimen og Molander (2008) begrepet skjønnets byrder. Begrepet viser til at relevante fakta kan være vanskelige å fastslå, at ulike hensyn kan trekke i forskjellige retninger, og at personer kan vekte disse hensynene ulikt. Variasjon i skjønnsutøvelse må derfor ikke nødvendigvis forstås som et uttrykk for feil eller manglende kompetanse, men som et grunnleggende trekk ved profesjonelt skjønn i komplekse situasjoner (Grimen & Molander, 2008). Perspektivet bidrar til å belyse hvordan helsefagarbeidere håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien. Arbeidet foregår ofte i situasjoner preget av usikkerhet, begrenset informasjon og krav om løpende vurderinger. Helsefagarbeidere må forholde seg til både faglige og organisatoriske hensyn, samtidig som

vurderingene må kunne begrunnes og forsvares. I lys av Grimen og Molanders perspektiv kan økt ansvar derfor forstås som mer enn en utvidelse av arbeidsoppgaver. Det kan også innebære at ansatte i større grad må håndtere de utfordringene som følger av profesjonell skjønnsutøvelse, hvor ulike hensyn må avveies og begrunnes i situasjoner uten entydige svar.

2.3 Street-Level Bureaucracy og arbeid i frontlinjen[4]

For å analysere hvordan helsefagarbeidere håndterer økt ansvar i praksis, er Lipskys teori om Street-Level Bureaucracy et sentralt teoretisk perspektiv. Teorien retter oppmerksomheten mot ansatte i frontlinjen av offentlig sektor, det vil si de som møter brukerne direkte og som i praksis gjennomfører offentlig politikk i hverdagen. Disse ansatte fungerer som bindeledd mellom staten og borgerne, og deres handlinger og vurderinger får dermed avgjørende betydning for hvordan offentlige tjenester faktisk utformes og oppleves (Lipsky, 2010). Et hovedpoeng hos Lipsky (2010) er at frontlinjeansatte arbeider under betingelser preget av tidspress, ressursknapphet og uklare eller motstridende mål. Dette innebærer at det ofte er et gap mellom de formelle kravene til tjenestene og det som er praktisk mulig å gjennomføre i arbeidshverdagen. Ansatte må derfor kontinuerlig foreta prioriteringer og tilpasninger for å håndtere arbeidsmengden og møte brukernes behov. Som følge av disse rammebetingelsene blir skjønnsutøvelse en nødvendig og integrert del av arbeidet. Lipsky understreker at frontlinjeansatte ikke kan anvende regler mekanisk, men må tolke og tilpasse dem i møte med konkrete situasjoner. Dette innebærer at de i praksis er med på å forme hvordan politikk implementeres, gjennom de vurderingene og prioriteringene de gjør i møte med brukerne (Lipsky, 2010). Helsefagarbeidere i hjemmesykepleien arbeider i en kontekst som i stor grad samsvarer med det Lipsky beskriver: de møter brukere direkte, arbeider ofte alene, og må håndtere situasjoner preget av uforutsigbarhet og begrenset informasjon. Samtidig må de forholde seg til organisatoriske krav og ressursbegrensninger, noe som skaper et kontinuerlig krysspress mellom faglige idealer og praktiske rammer. Helsefagarbeidere kan dermed forstås som frontlinjebyråkrater i Lipskys forstand. Deres vurderinger, prioriteringer og handlinger er ikke bare praktiske løsninger på konkrete situasjoner, men også uttrykk for hvordan tjenestene faktisk utformes i praksis. Dette gjør teorien relevant for å analysere hvordan økt ansvar oppfattes og håndteres, fordi den synliggjør hvordan ansvar ikke bare er formelt definert, men også skapes og utøves i arbeidshverdagen (Lipsky, 2010).

[4] Deler av fremstillingen av Lipskys Street-level Bureaucracy bygger på prosjektbeskrivelse levert som semesteroppgave sommeren 2025

2.3.1 Skjønn, tilpasninger og arbeidshverdag

Lipsky (2010) peker på at frontlinjeansatte arbeider under betingelser preget av begrensede ressurser, stort arbeidspress og høye forventninger. De må ofte håndtere store arbeidsmengder med utilstrekkelig tid og informasjon. Dette gjør det vanskelig å oppfylle alle krav og idealer fullt ut, og fører til at de utvikler ulike tilpasninger og arbeidsmåter som gjør det mulig å håndtere arbeidshverdagen innenfor de rammene de opererer i. Et sentralt poeng hos Lipsky (2010) er at skjønn er en nødvendig del av arbeidet. Frontlinjeansatte kan ikke anvende regler mekanisk, men må fortløpende vurdere situasjoner, prioritere mellom oppgaver og tilpasse handlinger til den enkelte bruker. Dette perspektivet er særlig relevant for hjemmesykepleien, hvor helsefagarbeidere ofte arbeider alene og må håndtere uforutsigbare situasjoner. De må prioritere mellom oppgaver, vurdere hva som er mest presserende og tilpasse tjenestene til den enkelte bruker innenfor gitte organisatoriske rammer. Helsefagarbeidere kan dermed forstås som frontlinjeansatte i Lipskys forstand, fordi de kontinuerlig må balansere mellom tilgjengelige ressurser, organisatoriske krav og brukernes behov. Med utgangspunkt i Lipskys perspektiv kan man stille spørsmål ved hvordan helsefagarbeidere håndterer økt ansvar i praksis. Økt ansvar innebærer ikke bare flere arbeidsoppgaver, men også et større behov for å foreta prioriteringer og utøve skjønn. Dette synliggjør kompleksiteten i rollen og danner et viktig utgangspunkt for analysen av hvordan ansvar oppleves og håndteres i arbeidshverdagen.

2.3.2 Spenningen mellom regler og fleksibilitet

Lipsky (2010) beskriver hvordan arbeidet til frontlinjeansatte preges av en vedvarende spenning mellom organisatoriske krav og behovet for å håndtere individuelle situasjoner. På den ene siden er arbeidet regulert gjennom regler, prosedyrer og politiske mål som skal bidra til konsistens, rettferdighet og forutsigbarhet i tjenestene. På den andre siden møter frontlinjeansatte brukere med ulike behov og utfordringer som ikke fullt ut lar seg standardisere. Dette innebærer at arbeidet ikke kan utføres gjennom mekanisk anvendelse av regler alene, men krever skjønn og løpende vurderinger i møte med konkrete situasjoner. Frontlinjeansatte arbeider ofte under betingelser preget av begrenset tid, informasjon og ressurser. Som følge av dette må de foreta prioriteringer og tilpasninger i sitt daglige arbeid. Regler og prosedyrer gir viktige rammer for praksis, men kan ikke gi svar på alle situasjoner som oppstår. Frontlinjeansatte må derfor fortolke og anvende disse rammene i møte med den enkelte bruker. I denne forstand kan frontlinjearbeid forstås som en kontinuerlig avveining mellom organisatoriske krav og praktiske hensyn (Lipsky, 2010). I hjemmesykepleien

kommer denne spenningen tydelig til uttrykk. Helsefagarbeidere må forholde seg til krav om dokumentasjon, tidsstyring og standardiserte prosedyrer, samtidig som de møter brukere med individuelle behov som kan endre seg fra situasjon til situasjon. Dette innebærer at de må foreta løpende vurderinger av hvordan tjenestene best kan utføres innenfor de organisatoriske rammene de arbeider under. Slik kan Lipskys perspektiv bidra til å belyse hvorfor økt ansvar kan oppleves som krevende. Når helsefagarbeidere får større handlingsrom, innebærer det også at de i større grad må håndtere motsetninger mellom ulike krav. De må fortløpende vurdere hvordan faglige hensyn, organisatoriske krav og brukernes behov kan ivaretas i den enkelte situasjon. Dette krever både faglig kompetanse og evne til å gjøre begrunnede vurderinger. Gitt Lipskys perspektiv vil det økte ansvaret som følger med HELTOM-reformen ikke bare handle om flere oppgaver, men også om å håndtere et komplekst spenningsfelt mellom regelstyring og fleksibilitet. Helsefagarbeidere må kontinuerlig balansere mellom formelle krav og praktiske hensyn, noe som gjør deres rolle både krevende og sentral i utformingen av tjenestene i praksis.

2.3.3 Mestringsstrategier og konsekvenser

Lipsky (2010) viser at de strategiene frontlinjeansatte utvikler for å håndtere arbeidshverdagen, kan ha ulike konsekvenser. Disse strategiene oppstår som en respons på strukturelle rammebetingelser som tidspress, ressursknapphet og høye forventninger, og er derfor en integrert del av hvordan arbeidet faktisk utføres. Noen strategier kan bidra til at det oppstår avstand mellom formell politikk og faktisk praksis. Dette kan skje når ansatte må foreta prioriteringer og tilpasninger for å håndtere arbeidsmengden og de ressursene som er tilgjengelige (Lipsky, 2010). Samtidig understreker Lipsky (2010) at slike tilpasninger ikke nødvendigvis er negative, men ofte representerer nødvendige og praktisk gjennomførbare løsninger innenfor de rammene ansatte arbeider i. Andre strategier kan bidra til å håndtere spenningen mellom organisatoriske krav og brukernes behov. Gjennom prioriteringer, skjønnsutøvelse og tilpasninger forsøker frontlinjeansatte å få arbeidet til å fungere innenfor de ressursene og rammene som er tilgjengelige (Lipsky, 2010). I hjemmesykepleien blir dette relevant fordi helsefagarbeidere må håndtere komplekse og uforutsigbare situasjoner med begrensede ressurser. De må utvikle egne strategier for å prioritere oppgaver, håndtere tidspress og tilpasse tjenestene til den enkelte bruker. Økt ansvar innebærer ikke bare flere oppgaver, men også et økt behov for å utvikle strategier som gjør det mulig å håndtere arbeidshverdagen. Samtidig kan disse strategiene ha konsekvenser for hvordan tjenestene utformes, noe som gjør dem sentrale for å forstå hvordan ansvar faktisk utøves i praksis.

2.3.4 Bakkebyråkrater som politiske aktører

Et sentralt poeng hos Lipsky (2010) er at det som skjer i møtet mellom frontlinjeansatte og brukere, i praksis utgjør den politikken innbyggerne opplever. Dette innebærer at frontlinjeansatte ikke bare implementerer politiske vedtak, men også former politikken gjennom sine vurderinger, prioriteringer og handlinger i konkrete situasjoner. Frontlinjeansatte fungerer som bindeledd mellom staten og borgerne, og deres praksis er avgjørende for hvordan offentlige tjenester faktisk realiseres. Gjennom fordeling av ressurser, prioritering av oppgaver og håndtering av enkeltsaker påvirker de brukernes tilgang til tjenester og deres opplevelse av kvalitet og rettferdighet. Dette innebærer at frontlinjeansatte også kan forstås som politiske aktører, i den forstand at deres skjønnsutøvelse bidrar til å forme innholdet i offentlig politikk. Politikk er dermed ikke bare noe som vedtas på overordnet nivå, men også noe som utvikles og konkretiseres i møtet mellom ansatte og brukere (Lipsky, 2010). Selv om organiseringen av tjenestene formelt kan være delt inn i ulike team og ansvarsområder, er det i praksis helsefagarbeidernes vurderinger og handlinger som avgjør hvordan tjenestene utformes i møte med brukerne. Deres skjønn påvirker for eksempel prioritering av tid, oppfølging av pasienter og håndtering av endringer i behov. Dette innebærer at helsefagarbeidernes rolle ikke bare handler om å utføre oppgaver, men også om å utøve et ansvar som har direkte betydning for hvordan tjenestene fungerer i praksis. Deres vurderinger og prioriteringer er dermed sentrale for å forstå hvordan økt ansvar oppfattes og håndteres, og hvordan det faktisk kommer til uttrykk i hjemmetjenestene. De teoretiske perspektivene i oppgaven belyser ulike sider ved helsefagarbeidernes økte ansvar. Lipsky (2010) bidrar til å forstå hvordan ansatte i førstelinjen håndterer ansvar, prioriteringer og organisatoriske krav i praksis. Abbott (1988) synliggjør hvordan ansvar og oppgaver forhandles mellom yrkesgrupper i et profesjonssystem, mens Grimen og Molander (2008) belyser betydningen av profesjonelt skjønn i situasjoner preget av usikkerhet og komplekse vurderinger. Evetts (2003) bidrar samtidig til å forstå hvordan økt ansvar kan innebære både større autonomi og økt organisatorisk ansvarliggjøring. Samlet danner perspektivene grunnlag for å drøfte hvordan helsefagarbeidere oppfatter og håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien.

Kapittel 3: Design og metode

I dette kapittelet redegjøres det for oppgavens vitenskapsteoretiske forankring, samt begrunnelsen for valg av studiedesign og metode. Videre beskrives hvordan de metodiske tilnærmingene er anvendt for å belyse problemstillingen, og det gis en systematisk fremstilling av gjennomføringen av de ulike fasene i forskningsprosessen.

3.1 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel

For å kunne svare på problemstillingen i denne masteroppgaven, tas det utgangspunkt i en hermeneutisk vitenskapsteoretisk tilnærming. En slik tilnærming er egnet for å undersøke hvordan helsefagarbeidere opplever innføringen av HELTOM-modellen, fordi den retter oppmerksomheten mot individers forståelser, erfaringer og meningsskaping. Hermeneutikken fokuserer på hvordan mennesker tolker og erfarer hendelser og handlinger, og søker kunnskap som gir innsikt i individets egne tanker, forståelsesrammer og hvordan de tillegger sin tilværelse mening (Egholm, 2014, s. 100). Dette innebærer at forskeren må gå utover rene observasjoner av atferd, og i stedet benytte datakilder som gir tilgang til aktørenes egne perspektiver og intensjoner. Kunnskap i et hermeneutisk perspektiv kan derfor vanskelig oppnås ved å studere mennesker som nøytrale objekter utenfra, men må utvikles gjennom fortolkning av deres egne beskrivelser og refleksjoner. I denne studien er dette relevant, da målet er å forstå hvordan helsefagarbeidere opplever og håndterer økt ansvar i praksis. Som Lipsky påpeker, er det bakkebyråkratenes egne vurderinger og uformelle praksiser som i stor grad utgjør den faktiske politikken (Lipsky, 2010). Dette understreker betydningen av å få tilgang til de ansattes egne forståelser og erfaringer. Gjennom en hermeneutisk tilnærming blir det mulig å undersøke hvordan disse forståelsesrammene former deres skjønnsutøvelse i arbeidshverdagen. Når helsefagarbeidere i intervjuene reflekterer over sitt økte ansvar, handler det ikke bare om utførelse av oppgaver, men også om hvordan de forstår og gir mening til disse erfaringene. Gjennom tolkning av deres fortellinger kan man få innsikt i hvordan de navigerer i spenningen mellom organisatoriske krav og pasientenes behov. Språket blir dermed en sentral kilde til kunnskap, fordi det er gjennom språket individers indre forståelse kommer til uttrykk. Hermeneutiske studier baserer seg derfor ofte på analyse av tekster eller, som i denne oppgaven, av kvalitative intervjuer, hvor deltakerne får mulighet til å reflektere over egne erfaringer. Intervjuet fungerer i denne sammenhengen som et sentralt

metodisk verktøy, som gir tilgang til den erfarte virkeligheten bak formelle rutiner og strukturer (Egholm, 2014, s. 100).

3.2 Design

Hovedmålet med denne oppgaven er å få en dypere innsikt i hvordan helsefagarbeidere i hjemmesykepleien erfarer og håndterer det utvidede ansvaret som følger med HELTOM-modellen. I denne studien utgjør helsefagarbeiderne selve analyseenheten. Forskningsfokuset rettes mot deres subjektive opplevelser, emosjoner og synspunkter på de nye arbeidskravene, samt hvilke mestringsstrategier de tar i bruk for å håndtere sin nye arbeidshverdag. For å utforske denne problemstillingen har jeg valgt å benytte en casestudie som forskningsstrategi. Denne metoden kjennetegnes ved at forskeren konsentrerer analysen om en eller noen få enheter – som for eksempel enkeltpersoner, sosiale grupper eller organisasjoner – som til sammen utgjør studiens case (Thagaard (2018). I den mitt prosjekt har en kvalitativ tilnærming, ligger selve verdien i å utforske disse nye og kanskje uforutsette situasjonene (Thagaard, 2018, s. 52). Dette betyr at selv om jeg har utarbeidet en plan for intervjuene og en intervjuguide, må jeg være forberedt på at prosjektet kan utvikle seg annerledes i praksis enn det som ble skissert i starten. I mine samtaler med helsefagarbeiderne må jeg derfor ha rom for at deres personlige fortellinger kan føre undersøkelsen i retninger jeg ikke kunne forutse på forhånd. For å sikre at jeg faktisk fanget opp informantenes egne opplevelser, har det vært avgjørende å møte datamaterialet med et åpent blikk. Jeg har vært bevisst på at min egen forforståelse ikke måtte fungere som et filter som stengte ute nyanser eller uventede funn. Ved å anerkjenne at det finnes aspekter ved det økte ansvaret som jeg på forhånd ikke hadde oversikt over, har jeg i intervjusituasjonen forsøkt å la helsefagarbeiderne styre fortellingen. Dette har vært nødvendig for å få tilgang til de tausere, mer komplekse delene av deres arbeidshverdag som ellers kunne forblitt usynlige i analysen.

3.3 Metode

Gjennom hele planleggingsfasen av oppgaven har det vært avgjørende å vurdere hvilke metoder som best kan belyse problemstillingen rundt helsefagarbeidernes opplevelser av økt ansvar. Et grunnleggende skille går mellom bruken av eksisterende kilder og generering av nye data i feltet. Når målet er å forstå de ansattes subjektive erfaringer, er det imidlertid nødvendig å generere nye data. Her står valget ofte mellom observasjon og intervju (Thagaard (2018, s. 52). Begrunnelsen for valget er at intervjuet gir en unik tilgang til informantenes

egne tolkninger og indre opplevelser av det økte ansvaret. Fortellingene som kommer frem i intervjuene med helsefagarbeiderne, må derfor forstås som mer enn bare nøytrale beskrivelser. De kan betraktes som sosiale handlinger der den ansatte konstruerer sin profesjonelle virkelighet i samspill med meg som forsker. Når de setter ord på sin hverdag etter omorganiseringen, skjer dette innenfor en spesifikk sosial og kulturell ramme. For å forstå meningen bak disse fortellingene, er det derfor avgjørende at jeg tolker datamaterialet i lys av de organisatoriske rammene som HELTOM-modellen utgjør. Et sentralt formål med kvalitative metoder er å oppnå en dypere forståelse av sosiale fenomener. Studier som innebærer tett kontakt mellom forsker og deltaker, slik som dybdeintervjuer, vil metodene gi et solid grunnlag for å utforske hvordan mennesker opplever og tolker sin situasjon, samt hvilke kommunikasjonsmønstre som preger kulturen (Thagaard, 2018, s. 11).

3.4 Datainnsamling

Begrepet datainnsamling brukes ofte i kvalitativ metode, og det kan gi inntrykk av at data eksisterer uavhengig av forskeren og bare kan hentes inn fra praksisfeltet. Fra et interaksjonistisk perspektiv er det mer presist å beskrive prosessen som utvikling av data, fordi innsikten som fremkommer formes gjennom forskerens forståelse av fenomenet og samarbeidet med deltakerne i feltet (Thagaard, 2018, s. 45). Når forskeren er ute i praksisfeltet, enten gjennom observasjon eller intervju, påvirker relasjonen til deltakerne hvilke perspektiver som trer frem som betydningsfulle (Thagaard, 2018, s. 46). Helsefagarbeidernes fortellinger om ansvar, arbeidsoppgaver og profesjonell identitet formes i dialogen som oppstår i intervjusituasjonen. Jeg vil benytte forskningsintervjuet som metode for datainnsamling. Et slikt intervju kan betraktes som en sosial møteplass hvor forsker og deltaker går sammen i en samtale om et felles tema. Kunnskapen som produseres er ikke noe som ligger ferdig lagret, men noe som utvikles i selve samspillet mellom intervjuerens faglige perspektiver og den intervjuedes personlige erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156). Metoden gir en mulighet til å få direkte innsikt i hvordan helsefagarbeidere i hjemmesykepleien subjektivt opplever og fortolker det utvidede ansvaret etter innføringen av HELTOM-modellen. Gjennom intervjuene kan jeg fange opp nyanser og dypere meningslag som andre metoder, som for eksempel spørreskjemaer, i mindre grad gir tilgang til. For å sikre en systematisk datainnsamling i min oppgave benyttet jeg en intervjuguide som planleggingsverktøy. Denne guiden fungerer som en tematisk ramme for samtalene med helsefagarbeiderne. Siden jeg har valgt et semistrukturert intervju, inneholder guiden både

overordnede temaer og forslag til konkrete spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). I tråd med den hermeneutiske tilnærmingen fulgte jeg ikke guiden slavisk. Selv om spørsmålene og rekkefølgen er forberedt på forhånd, er det mitt faglige skjønn og min sensitivitet som forsker som avgjør hvor tett jeg holder meg til den fastlagte strukturen. Dette gir rom for at samtalen kan utvikle seg i nye og uforutsette retninger basert på informantenes egne fortellinger om HELTOM -modellen. Ved å være fleksibel kan jeg fange opp nyanser i deres opplevelse av ansvar som jeg kanskje ikke hadde forutsett i planleggingsfasen. Når det gjelder åpenhet, velger jeg å følge anbefalingen om å presentere prosjektets formål tydelig for helsefagarbeiderne før vi starter (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Dette bidrar til å skape den nødvendige tilliten som trengs for at de skal kunne reflektere åpent over sin egen arbeidshverdag og de utfordringene de møter, samtidig som det styrker studiens etiske og metodiske forankring.

3.5 Utvalg og rekrutering av deltakere

Som Thagaard (2018, s. 54) påpeker, er det nødvendig å tilpasse utvalg og rekruttering etter problemstillingen. Særlig for kvalitative oppgaver som denne, med et relativt lite antall deltakere, er det særlig viktig å finne informanter med relevante erfaringer. Et gjennomtenkt utvalg øker muligheten for å få frem nyanserte beskrivelser av hvordan helsefagarbeidere forstår og håndterer ansvar i praksis. Jeg vil benytte en strategisk utvelgelse som innebærer at deltakere velges fordi de har erfaringer eller egenskaper som er spesielt relevante for temaet. Helsefagarbeidere som har stått i situasjoner der ansvarsnivået har endret seg, eller som har erfaring med oppgavefordeling og rolleutvidelse, er derfor særlig verdifulle informanter. Ved å inkludere personer med slik erfaring sikres et datamateriale som er relevant for problemstillingen. Dette bidrar til å styrke studiens analytiske grunnlag og gir bedre forutsetninger for å belyse hvordan ansvar oppleves og håndteres i praksis. Denne rekrutteringsplanen har som mål å få med et bredt spekter av helsefagarbeidere som har erfaring med omorganiseringen i hjemmesykepleien i Bergen Kommune. For å delta må informantene være helsefagarbeidere som arbeider minst 80 prosent i hjemmesykepleien i kommunen. Hensikten med utvalget er å rekruttere deltakere som har relevante erfaringer, slik at man kan utvikle en dyp og nyansert forståelse av det fenomenet som studeres (Thagaard 2018, s. 171). Ved å sammenligne beskrivelser fra helsefagarbeidere i ulike bydeler og i ulike stadier av HELTOM-prosessen, har jeg kunnet identifisere både likheter og variasjoner i deres opplevelse av sin nye profesjonelle rolle.

3.6 Rekrutering av deltakere

For å rekruttere deltakere tok jeg kontakt med Kunnskapskommunen Helse og Omsorg Vest via e-post. I henvendelsen la jeg ved prosjektplanen, der jeg redegjorde for temaet i studien og formålet med undersøkelsen. Jeg informerte samtidig om at jeg ønsket å intervjue helsefagarbeidere fra minst to ulike bydeler i Bergen kommune. Kvalitative studier vurderer utvalgets størrelse ut fra hvor godt det kan belyse problemstillingen. Det avgjørende er ikke antallet i seg selv, men hvorvidt utvalget gir et tilstrekkelig grunnlag for å forstå fenomenet som undersøkes. Siden kvalitative analyser er tid- og ressurskrevende, må utvalget være håndterbart og samtidig strategisk sammensatt slik at det gir rike og relevante data. Underveis i rekrutteringsprosessen vurderes også utvalgets størrelse i lys av et metningspunkt, det vil si det tidspunktet hvor nye intervjuer ikke lenger tilfører ny innsikt om tema (Thagaard, 2018, s. 59). På bakgrunn av dette valgte jeg å rekruttere åtte helsefagarbeidere. Dette antallet ble vurdert som tilstrekkelig for å kunne gjennomføre dyptgående analyser, samtidig som det gir mulighet til å fange variasjon i erfaringer. Deltakerne var i aldersspennet fra begynnelsen av trettiårene til slutten av femtiårene.

3.7 Utføring av intervjuer.

Alle intervjuene ble gjennomført på informantenes egen arbeidsplass, og samtalene startet rett etter at de gikk inn i lunsjpausen. Intervjuene ble holdt individuelt, slik deltakerne var informert om på forhånd, noe som ga hver informant mulighet til å dele sine erfaringer uten påvirkning fra kolleger. I forkant av hvert intervju spurte jeg om informantene ønsket å spise lunsj først, eller om de foretrakk å spise underveis i samtalen. Noen valgte å spise mens intervjuet pågikk, mens andre ønsket å vente. Hensikten var å sikre at deltakerne var komfortable og ikke sultne under intervjuet. Jeg gjennomførte to intervjuer per dag og vekslet mellom bydelene, noe som gjorde det mulig å konsentrere meg om et begrenset antall samtaler av gangen. Dette bidro også til at intervjuene ikke ble lagt til slutten av vakten, når helsefagarbeiderne kunne være slitne. I tillegg unngikk jeg å forstyrre avdelingslederne i morgentimene, som er den mest hektiske perioden i hjemmesykepleien.

3.7.1 Praktisk gjennomføring av intervjuene.

Gjennomføringen av intervjuene ble muliggjort gjennom et stipend fra KS. Stipendet gjorde det mulig å ta permisjon uten lønn fra egen arbeidsgiver, noe som var en forutsetning for datainnsamlingen. Intervjuene ble gjennomført innenfor informantenes arbeidstid, etter avtale med ledelsen i hjemmetjenesten. For å tilpasse datainnsamlingen til informantenes

arbeidshverdag ble tidspunkt for intervjuene planlagt med fleksibilitet. Dette bidro til å gjøre deltakelse mulig uten at det gikk ut over den daglige driften i tjenesten.

3.8 Tematisk analyse

I denne studien er tematisk analyse valgt som analytisk tilnærming for å strukturere og fortolke datamaterialet. Målet med denne tilnærmingen er å rette oppmerksomheten mot de sentrale temaene som trer frem i materialet, og å undersøke hvordan det økte ansvaret kommer til uttrykk hos alle deltakerne. Tematisk analyse innebærer at data analyseres på tvers av deltakere for å utvikle en dypere forståelse av hvert enkelt tema. Denne analyseformen forutsetter at dataene kodes og klassifiseres på en konsistent måte for å muliggjøre sammenligninger på tvers av materialet (Thagaard, 2018, s. 172). En vanlig kritikk av temaanalyse er at tekstutdrag kan miste sin opprinnelige mening når de tas ut av sin sammenheng. For å motvirke dette har jeg i analysearbeidet lagt vekt på å knytte hvert utsagn tilbake til sin kontekst – både til det enkelte intervjuet som helhet og til det spesifikke miljøet der erfaringene med det økte ansvaret fant sted. Dette er i tråd med anbefalinger om å vurdere utsagn i lys av den sammenhengen de inngår i for å utvikle en helhetlig forståelse (Thagaard, 2018, s. 172–173). Ording og kategorisering av data fungerer i mitt prosjekt som et felles metodisk grunnlag for å sammenligne deltakernes erfaringer med HELTOM-modellen. For at analysen skal være meningsfull, sørger jeg for at alle deltakerne bidrar med data om de samme sentrale temaene knyttet til ansvar. Det er samtidig avgjørende at forskeren synliggjør sitt ståsted og sine tolkninger på en måte som gjør det mulig for leseren å vurdere funnene i lys av deltakernes faktiske situasjon. Dette henger også sammen med hvordan forskerens tilknytning til feltet kan påvirke forståelsen og tolkningen av dataene (Thagaard, 2018, s. 190).

3.9 Etikk

Etisk forsvarlighet er en grunnleggende forutsetning i dette forskningsprosjektet. Det innebærer å sikre informert samtykke, ivareta konfidensialitet og personvern, respektere deltakernes autonomi og menneskeverd, og opptre redelig i alle faser av forskningen. Samtidig understreker Thagaard (2018, s. 113) at det kan være begrenset hvor mye informasjon deltakerne faktisk kan få før intervjuet, ettersom kvalitative intervjuer ofte utvikler seg på uforutsigbare måter. Data skapes ikke bare gjennom det informantene sier, men også gjennom forskerens inntrykk av intervjusituasjonen, som kroppsspråk, tonefall og

dynamikken i samtalen. Dette gjør at deltakerne ikke alltid kan være fullt ut informert om alle mulige retninger intervjuet kan ta når de gir sitt samtykke. Forskerens etiske ansvar omfatter derfor både selve intervjusituasjonen og den senere bruken av data. Særlig viktig er prinsippet om respekt for deltakernes privatliv. Det innebærer å vurdere hvor personlige eller sensitive spørsmål som kan stilles, slik at informantene ikke presses til å dele opplysninger de senere kan angre på. (Thagaard, 2018, s. 113). De etiske utfordringene i intervjusituasjonen handler i stor grad om hvordan forskeren forvalter sitt ansvar for å ivareta intervjupersonens autonomi. Informanten er avhengig av forskerens vurdering av hvor grensene går, og hvilke spørsmål som er passende å stille. For å forebygge uheldige konsekvenser må forskeren derfor arbeide aktivt for å opprettholde tillit gjennom hele intervjuet og vise respekt for informantens integritet, vurderinger og selvrespekt. Erfaringene informanten deler, uttrykker vedrommenes egen forståelse av sin situasjon. Det vil derfor være etisk uforsvarlig å utfordre eller provosere denne selvforståelsen på en måte som kan skape ubehag i etterkant. Selv om informanten har samtykket til å svare på spørsmål, innebærer dette ikke at forskeren står fritt til å presse deltakeren eller stille spørsmål som går utover det som er rimelig. Forskeren må være særlig varsom i situasjoner der intervjupersonens verbale og nonverbale uttrykk ikke samsvarer. Tonefall, kroppsspråk eller pauser kan gi inntrykk av noe annet enn det som sies eksplisitt, men det er ikke i tråd med den etiske kontrakten å påpeke slike motsetninger dersom informanten ikke selv er bevisst dem. Dette kan skape usikkerhet eller belastning for deltakeren etter intervjuet. Prinsippet om at intervjupersonen ikke skal ta skade av å delta i forskningsprosjektet, bør derfor være styrende for hvor direkte og nærgående forskeren kan være i intervjusituasjonen. Ved å være bevisst disse etiske forpliktelsene og opptre med varsomhet, respekt og faglig skjønn, legges det til rette for en intervjusituasjon som både ivaretar deltakerne og sikrer forskningsetisk forsvarlighet (Thagaard, 2018, s. 114). Mine intervjuer med helsefagarbeidere innebar en nær og direkte kontakt mellom meg som forsker og deltakerne i studien. Før rekrutteringen startet, innhentet jeg godkjenning fra SIKT, og deretter sendte jeg en formell forespørsel til Bergen kommune om å rekruttere informanter til oppgaven.

3.10 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer at deltakerne får tydelig og forståelig informasjon om prosjektets overordnede formål, forskningsdesign og eventuelle risikoer eller fordeler knyttet til deltakelsen. Et grunnleggende prinsipp er at deltakelsen skal være frivillig, og at deltakerne

når som helst kan trekke seg fra studien uten negative konsekvenser. Informert samtykke forutsetter at deltakerne får nødvendig informasjon både før og etter intervjuet, gjennom brifing og debrifing. Dette omfatter blant annet hvordan fortrolighet ivaretas, hvem som får tilgang til intervju- eller annet datamateriale, forskerens mulighet til å bruke hele eller deler av intervjuet i publikasjoner, samt deltakerens rett til innsyn i transkripsjoner dersom dette er relevant (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). I tråd med disse prinsippene mottok helsefagarbeiderne et skriftlig samtykkeskjema som ga en grundig oversikt over prosjektets formål, prosedyrer og deres rettigheter som deltakere. Ved å gi så omfattende og tydelig informasjon fikk deltakerne et solid grunnlag for å vurdere om de ønsket å investere sin tid og dele sine erfaringer i forskningsprosjektet. Deres aktive og informerte samtykke utgjør dermed en grunnleggende forutsetning for etisk forsvarlig forskning i denne oppgaven.

3.11 Konfidensialitet

Konfidensialitet utgjør et grunnleggende prinsipp i dette forskningsprosjektet og er avgjørende for å beskytte deltakernes privatliv og etablere tillit mellom meg og informantene. Jeg har gjennomført konkrete tiltak som både sikrer anonymitet i presentasjonen av funn og en forsvarlig håndtering av identifiserbar informasjon gjennom hele forskningsprosessen. For å sikre konfidensialitet er det nødvendig å utvise særlig varsomhet i håndteringen og lagringen av datamaterialet. Dette innebærer en grundig vurdering av hvor lenge det er nødvendig å oppbevare informasjon som kan knyttes til enkeltpersoner. Identifiserbare opplysninger bør kun lagres så lenge det foreligger et forskningsfaglig begrunnet behov, og slettes så snart formålet er oppfylt (Thagaard (2018, s. 26). I gjennomføringen av intervjuene benyttet jeg både diktafon via OM-systemet og taleopptak på en passordbeskyttet mobiltelefon. Etter intervjuene ble alle lydfilene overført til en passordbeskyttet laptop for sikker lagring. Informantene ble informert om at lydopptakene vil bli slettet sommeren 2026, når masteroppgaven er fullført.

3.12 Anonymitet

For å ivareta deltakernes privatliv må intervjuer transkriberes ved bruk av pseudonymer eller kodenummer, slik at ingen direkte identifiserbare opplysninger følger materialet. Forskeren har et særlig ansvar for å håndtere informasjon som kan knyttes til enkeltpersoner med stor varsomhet, og at identifiserbare opplysninger ikke skal lagres lenger enn nødvendig (Thagaard 2018, s. 24). Det ble ikke gjort opptak av navn eller andre detaljer som kunne

identifisere helsefagarbeiderne. Dette bidrar til å styrke anonymiteten allerede i innsamlingen av data. Datamaterialet, og all lagring og behandling av informasjon er organisert slik at deltakernes identitet ikke kan spores tilbake til dem. Under gjennomføringen av intervjuene vekslet jeg mellom ulike bydeler. Informantene er anonymisert og omtales som informant 1–8. Nummereringen er gjort på en måte som ikke gjenspeiler rekkefølgen intervjuene ble gjennomført i, slik at det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner.

3.13 Transkribering

Å gjøre et intervju om til tekst innebærer å overføre innholdet fra en muntlig til en skriftlig form. En slik omforming kan aldri bli helt nøytral, fordi muntlig språk har kvaliteter som ikke lar seg gjenskape fullt ut i tekst. Ordrette transkripsjoner kan derfor fremstå som en blanding av muntlige og skriftlige uttrykk, uten at de fullt ut fanger dynamikken i den opprinnelige samtalen. Intervjuet er et sosialt samspill der tempo, tonefall, pauser og kroppsspråk er en del av meningsdannelsen, men disse elementene forsvinner både i lydopptak og i den skriftlige gjengivelsen. Transkripsjonen representerer dermed et nytt nivå av abstraksjon, der viktige nyanser går tapt. Lydopptak er den meste vanlig fordi det gjør det mulig for intervjueren å konsentrere seg om samtalens innhold og dynamikk, samtidig som ordvalg, pauser og tonefall bevares og kan lyttes til flere ganger ved behov (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Når intervjuene omformes fra muntlig til skriftlig form, blir samtalene organisert på en måte som gjør dem mer tilgjengelige for analyse. Det skriftlige formatet gir bedre oversikt over materialet, og selve prosessen med å strukturere teksten fungerer som et første analytisk steg. Hvor mye som bør transkriberes, og hvor detaljert transkripsjonen skal være, avhenger både av materialets karakter og av hva studien har som formål (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 206). Til transkriberingen av intervjuene benyttet jeg Microsoft Word. Lydkvaliteten i opptakene var ikke god nok til at automatiserte transkriberingsverktøy kunne brukes på en pålitelig måte, og flere av programmene gjenga innholdet feil. Jeg måtte derfor lytte nøye, spole tilbake gjentatte ganger og transkribere manuelt for å sikre korrekt gjengivelse.

Det oppsto også unøyaktigheter som følge av dialektvariasjoner, og enkelte deltakere spiste lunsj under intervjuet, noe som skapte bakgrunnslyder og gjorde transkripsjonsarbeidet mer krevende. Samtidig var dette et bevisst valg, da intervjuene ble gjennomført i informantenes arbeidstid og i deres naturlige arbeidssituasjon. Å tillate at de kunne spise underveis bidro til å skape en mer avslappet og trygg atmosfære, noe som kan ha gjort det lettere for dem å dele erfaringer åpent. Dette synliggjør en metodisk avveiing mellom hensynet til god lydkvalitet

og ønsket om å etablere en tillitsfull intervjusituasjon. Selv om bakgrunnsstøy og utydelig tale gjorde transkriberingen mer tidkrevende, vurderte jeg at fordelene ved en mer naturlig og komfortabel intervjusituasjon veide tyngre. Under transkriberingen måtte jeg derfor gjøre flere vurderinger knyttet til hvordan utsagn skulle forstås og gjengis i skriftlig form. I noen tilfeller var det nødvendig å tolke hva som ble sagt, særlig der lydkvaliteten var svak eller formuleringene var utydelige. Dette innebar en avveiing mellom å være tro mot informantens uttrykksform og samtidig sikre en forståelig og analytisk anvendbar tekst. Arbeidet med transkriberingen bidro også til at jeg ble godt kjent med datamaterialet på et tidlig tidspunkt, og fungerte dermed som en innledende fase i analyseprosessen, der jeg begynte å identifisere sentrale temaer og mønstre i materialet.

3.14 Validitet

I kvalitativ forskning er spørsmål om validitet nært knyttet til hvordan forskeren fortolker og analyserer det empiriske materialet. Begrepet handler om hvorvidt studien undersøker det den har som formål å belyse, og om tolkningene som presenteres fremstår som faglig begrunnede og troverdige (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Selv om begrepene validitet og reliabilitet har sitt utspring i kvantitativ forskning, brukes de også i kvalitativ forskning, men med et annet innhold hvor fortolkning, kontekst og refleksivitet står sentralt (Thagaard, 2018, s. 19). I denne studien har det vært viktig å sikre et tydelig samsvar mellom problemstillingen, den teoretiske forankringen og valg av metode. Bruken av semistrukturerte intervjuer ga mulighet til å utforske hvordan helsefagarbeidere forstår og beskriver økt ansvar etter omorganiseringen. Samtidig har analysen vært forankret i teoretiske perspektiver fra Lipsky, Grimen og Molander samt Abbott, noe som har bidratt til å gi fortolkningene en faglig og analytisk ramme. Validiteten i studien er også knyttet til forskerens fortolkning av materialet. I et hermeneutisk perspektiv forstås ikke forskeren som en nøytral observatør, men som en del av fortolkningsprosessen (Egholm, 2014). Det har derfor vært viktig å reflektere over hvordan egen forforståelse og nærhet til feltet kan ha påvirket både datainnsamling og analyse. Ved å være bevisst disse forholdene, samt synliggjøre valg og vurderinger gjennom forskningsprosessen, har målet vært å styrke studiens troverdighet og gyldighet.

3.15 Reliabilitet

Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om studiens troverdighet og konsistens, og knytter seg til hvorvidt forskningsprosessen er gjennomført på en transparent og reflektert måte

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). I kvalitativ forskning handler reliabilitet ikke nødvendigvis om at en annen forsker ville fått identiske svar, men om hvordan forskeren synliggjør valg, fortolkninger og forskningsprosessen underveis. I denne studien innebærer dette blant annet en refleksjon over hvordan min rolle som forsker kan ha påvirket intervjuene og materialet som ble produsert. Min bakgrunn fra hjemmesykepleien og kjennskap til feltet kan ha bidratt til at informantene opplevde trygghet og lettere delte erfaringer knyttet til økt ansvar og arbeidshverdagen etter omorganiseringen. Samtidig kan nærheten til feltet også ha påvirket hvilke temaer som ble vektlagt i intervjuene, og hvordan utsagnene ble fortolket. Enkelte erfaringer eller begreper kan også ha blitt tatt for gitt fordi vi delte en viss forståelse av arbeidshverdagen i hjemmetjenesten. En annen forsker kunne derfor ha stilt andre oppfølgingsspørsmål eller fått frem andre nyanser i materialet. Selv om en høy grad av reliabilitet kan bidra til å redusere vilkårlig subjektivitet, påpeker Kvale og Brinkmann (2015) at et for sterkt fokus på standardisering kan hemme den fleksibiliteten som er nødvendig i kvalitative intervjuer. I praksis innebar dette at jeg ikke fulgte intervjuguiden slavisk, men tilpasset spørsmålene underveis i samtalen. Dersom informantene tok opp temaer som var relevante for problemstillingen, stilte jeg oppfølgingsspørsmål for å få frem mer utdypende beskrivelser. For å styrke reliabiliteten i studien har jeg dokumentert fremgangsmåten grundig og forsøkt å være åpen om hvordan egne vurderinger og forforståelser kan ha påvirket forskningsprosessen. Troverdigheten i funnene styrkes dermed ikke gjennom en forestilling om fullstendig nøytralitet, men gjennom refleksivitet og transparens i arbeidet med materialet.

3.16 Forskerens tilknytting til miljøet

I kvalitativ forskning er forskerens posisjon en integrert del av kunnskapsproduksjonen, og dermed også en viktig faktor i vurderingen av studiens validitet. Thagaard (2018) understreker at forskerens forhåndstilknytning til feltet påvirker både hvilken tilgang man får til data og hvordan disse tolkes (Thagaard, 2018, s. 190). Dette perspektivet støttes av Midtlyng og Leseth (2024), som fremhever at forskeren aldri er nøytral, men alltid bringer med seg en forforståelse formet av tidligere erfaringer, profesjonsblikk og kroppsliggjort kunnskap (Midtlyng & Leseth, 2024, s. 136–139). I denne studien har jeg bevisst valgt å innta en utenforstående rolle i intervjusituasjonen ved å ikke intervjue personer fra egen arbeidsplass eller informanter jeg hadde en relasjon til fra før. Dette valget kan forstås som et forsøk på å redusere påvirkningen av etablerte relasjoner, som ifølge Thagaard (2018) kan påvirke både hva informantene deler og hvordan forskeren tolker det som blir sagt. Ved å møte

informantene uten en personlig relasjon har jeg hatt et bedre utgangspunkt for å stille åpne spørsmål og lytte uten at tidligere erfaringer i for stor grad styrer samtalen. Samtidig innebærer ikke en slik outsider-posisjon nødvendigvis høyere validitet. Midtlyng og Leseth (2024) argumenterer for at forskerposisjon ikke bør forstås som en fast kategori, men som et kontinuum hvor forskeren kan bevege seg mellom nærhet og avstand (Midtlyng & Leseth ,2024, s. 144–145). Selv om jeg ikke hadde en personlig relasjon til informantene, deler jeg en profesjonsbakgrunn innen helse- og omsorgssektoren. Dette kan ha bidratt til en form for implisitt nærhet, hvor både jeg og informantene kan ha tatt visse forståelser for gitt. Som Midtlyng og Leseth (2024) viser, kan en slik delt bakgrunn føre til at informanter antar at forskeren allerede «forstår», noe som kan begrense utforskningen av deres egne perspektiver (Midtlyng & Leseth ,2024, s. 140). Rekrutteringen av informanter gjennom ledere som fungerte som portvakter representerer en ytterligere faktor som kan ha påvirket datamaterialet. Når forskeren ikke selv har kontroll over utvalget, kan det være en risiko for at informanter som velges ut representerer bestemte erfaringer eller perspektiver. For å motvirke dette ble informanter inkludert fra ulike bydeler og ulike stadier av HELTOM-prosessen. Dette kan ha bidratt til å styrke studiens validitet ved å sikre variasjon i datamaterialet. Ifølge Midtlyng og Leseth (2024) kan slik variasjon gjøre det mulig å «se på nytt» og oppdage nyanser som ellers kunne blitt oversett (Midtlyng & Leseth ,2024, s. 145). Refleksivitet har vært sentralt gjennom hele forskningsprosessen. I tråd med Thagaard (2018) og Midtlyng og Leseth (2024) har jeg vært bevisst på hvordan min egen bakgrunn kan påvirke både datainnsamling og analyse. Dette har blant annet kommet til uttrykk gjennom bruk av åpne spørsmål og ved å gi informantene rom til å formulere sine erfaringer på egne premisser, også når disse avviker fra mine forventninger. Ved å synliggjøre forskerens posisjon og hvordan datamaterialet er utviklet, gis leseren et bedre grunnlag for å vurdere studiens gyldighet. Dette er i tråd med Thagaards (2018) vektlegging av transparens (Thagaard, 2018, s.190), og med Midtlyng og Leseths (2024) forståelse av forskerposisjon som noe som kontinuerlig forhandles i møte med feltet. På denne måten blir ikke forskerens påvirkning et problem som skal elimineres, men en forutsetning som må reflekteres over og håndteres analytisk.

Kapittel 4: Tematisk analyse

I dette kapittelet presenteres funnene fra studien gjennom en tematisk analyse av intervjumaterialet. Analysen tar utgangspunkt i informantenes erfaringer og beskrivelser av arbeidshverdagen, og søker å identifisere sentrale mønstre og variasjoner i hvordan ansvar forstås og oppleves etter omorganiseringen. I denne studien viser «økt ansvar» til at helsefagarbeidere har overtatt flere oppgaver som tidligere hovedsakelig ble utført av sykepleiere. Dette omfatter blant annet administrering av insulin og ferdigfylte sprøyter, gjennomføring av NEWS-målinger, vurdering av pasienters tilstand ved forverring og kontakt med legevakt ved behov. I tillegg beskriver informantene et større ansvar knyttet til koordinering og organisering av arbeidshverdagen, som fordeling og omfordeling av arbeidslister, kontakt med tilkallingsvikarer ved fravær, administrative oppgaver på kontoret og gjennomføring av oppstartssamtaler med nye pasienter. Endringene innebærer dermed både et utvidet klinisk ansvar og et større organisatorisk ansvar i arbeidshverdagen. Gjennom en systematisk koding og kategorisering av datamaterialet er det utviklet flere hovedtemaer som belyser ulike dimensjoner ved økt ansvar. Disse temaene danner grunnlaget for analysen. Kapittelet er strukturert rundt seks hovedtemaer: (1) ansvar som frihet og forpliktelse, (2) ressurser, prioritering og skjønn, (3) ansvar, variasjon og strukturelle rammer, (4) ledelse og kollegafellesskap som strukturer for skjønn, (5) mestring som praksis, og (6) mestring, læring og profesjonell utvikling. Samlet gir disse temaene et nyansert bilde av hvordan økt ansvar kommer til uttrykk i praksis.

4.1 Ansvar som frihet og forpliktelse

Et gjennomgående mønster i materialet er at økt ansvar ikke fremstår entydig, men som et fenomen preget av en grunnleggende spenning mellom muligheter og krav. Informantene beskriver ansvar både som noe utviklende og noe som kan skape usikkerhet: “jeg synes det er veldig bra jeg synes jeg har utviklet meg veldig» (informant 2). “…det kan gjerne være litt usikker på det ansvaret man har fått.» (informant 3). Denne innebygde motsetningen kommer også klart til syne i beskrivelser av hvordan arbeidshverdagen har endret seg etter omorganiseringen. «Med omorganiseringen så har dagene blitt helt annerledes. Vi har mer ansvar større utfordringer, mye av det som før var sykepleiere oppdrag for vi lov å gjøre. Så

jeg synes det det gir en mer meningsfull hverdag.» (informant 1). “Ja altså nå … vi på en måte er med helt ifra starten» (informant 1). «Det er ikke noe som kommer inn og tar over her skal vi ta over, men vi har alt sammen … du på en måte du har en mye større tillit vil jeg kanskje si» (informant 5). Disse utsagnene viser at ansvar ikke bare handler om flere oppgaver, men om en endret posisjon i tjenesten. Informantene beskriver en overgang fra å være utførende til å bli mer delaktige i hele pasientforløpet. Ansvar knyttes her til tillit, helhet og mening, noe som tyder på at økt ansvar også gir en opplevelse av profesjonell anerkjennelse. Samtidig synliggjør materialet at denne utviklingen ikke er uproblematisk. Når ansatte går fra en mer avgrenset rolle til å håndtere hele pasientforløp, innebærer det også at konsekvensene av vurderinger i større grad bæres av den enkelte. Dette kommer indirekte til uttrykk i beskrivelser av usikkerhet og nye krav til vurdering: “… det kan gjerne være litt usikker på det ansvaret man har fått» (informant 3). Ansvar fremstår dermed ikke bare som et utvidet handlingsrom, men også som en form for ansvarliggjøring hvor ansatte i større grad må stå i egne beslutninger. I lys av Grimen og Molander (2008) kan dette forstås gjennom begrepet om skjønn som delegert myndighet. Når helsefagarbeidere får større ansvar, innebærer det at de også får større rom til å foreta faglige vurderinger. Samtidig er dette handlingsrommet normativt regulert. Skjønnet er ikke fritt, men bundet til krav om faglig forsvarlighet og begrunnelse. Dette kan forstås i lys av skjønn som delegert myndighet, hvor beslutningsrommet er gitt av en overordnet autoritet og avgrenset av bestemte standarder (Grimen & Molander, 2008, s. 181). I deres fremstilling, med utgangspunkt i Ronald Dworkin, beskrives skjønn som et handlingsrom som eksisterer innenfor slike rammer. Skjønnsutøvelse innebærer dermed ikke bare frihet til å handle, men også en forpliktelse til å ta begrunnede og ansvarlige valg innenfor disse rammene. Dette gjør at ansvar ikke bare oppleves som frihet, men også som en forpliktelse til å handle riktig i situasjoner hvor det ikke finnes entydige svar. Denne forpliktelsen forsterkes ytterligere av arbeidets karakter (Grimen & Molander, 2008). Hjemmesykepleien foregår i pasientens hjem, hvor situasjoner ofte er komplekse og uforutsigbare. Når ansatte må ta beslutninger i slike kontekster, øker betydningen av skjønn. Ansvar innebærer dermed ikke bare å gjøre mer, men å vurdere mer. Samtidig kan denne utviklingen forstås i lys av Lipsky (2010), hvor frontlinjearbeidere beskrives som aktører som må håndtere arbeid under tidspress og ressursbegrensninger. I dette perspektivet fremstår ansvar ikke bare som et uttrykk for økt autonomi, men også som en praktisk nødvendighet. Når organisatoriske strukturer ikke gir tilstrekkelige eller raske svar, må ansatte derfor selv ta beslutninger. Ansvar kan dermed forstås som en måte systemet

håndterer kompleksitet på. Dette nyanserer bildet av ansvar som utelukkende positivt. Selv om informantene opplever økt mening og utvikling, kan ansvar også tolkes som en forskyvning av oppgaver fra system til individ. Ansatte må i større grad selv håndtere situasjoner som tidligere ble løst gjennom tydeligere arbeidsdeling. Fra et Abbott-perspektiv kan dette forstås som at profesjonell kompetanse utvikles og styrkes gjennom praktisk utøvelse av arbeidsoppgaver (Abbott, 1988). Helsefagarbeidere overtar oppgaver som tidligere var forbeholdt sykepleiere, noe som kan tolkes som en styrking av deres posisjon i profesjonssystemet. Dette kommer også tydelig frem i følgende utsagn: "... fagoppdrag for det var jo for så vidt forbehold sykepleierne den gangen ...» (informant 6). Når slike oppgaver nå inngår i helsefagarbeidernes arbeid, innebærer det at grensene mellom profesjonene endres. Samtidig understreker Abbott at slike forskyvninger ikke nødvendigvis innebærer full kontroll over arbeidsområdet. Det kan oppstå situasjoner hvor ansvar øker uten tilsvarende økning i formell autoritet (Abbot, 1988). Dette kan skape en spenning mellom ansvar og myndighet. Helsefagarbeidere får flere oppgaver og større ansvar, men opererer fortsatt innenfor rammer definert av andre profesjoner og organisatoriske strukturer. Ansvar kan dermed forstås som en delvis profesjonell oppvurdering, men også som en tilpasning til organisatoriske behov. Denne spenningen blir særlig tydelig når ansvar knyttes til helhetlig oppfølging av pasienter: "Så når HELTOM kom og vi fikk ansvar for alt så fikk vi mye mer kontinuitet i å følge pasientene opp samt fordi at vi gikk det var vi som hadde fagoppdragene.» (informant 7). Her fremstår ansvar som noe som gir bedre kontinuitet og kvalitet i tjenestene. Samtidig innebærer det at ansatte i større grad må håndtere hele pasientforløpet, noe som øker kompleksiteten i arbeidet. Samlet viser dette at ansvar ikke kan forstås som enten frihet eller belastning, men som en sammensatt størrelse. Det gir økt autonomi, mening og profesjonell utvikling, men innebærer samtidig økt ansvarliggjøring, usikkerhet og krav til skjønnsutøvelse. Ansvar fremstår dermed som en dobbel bevegelse: det utvider handlingsrommet, samtidig som det forskyver ansvar til den enkelte ansatte.

4.2 Prioritering og skjønn i en uforutsigbar arbeidshverdag

Materialet viser tydelig at økt ansvar er tett koblet til en arbeidshverdag preget av tidspress, variasjon og et kontinuerlig behov for prioritering. Informantene beskriver en arbeidssituasjon hvor oppgaver, tid og ressurser ikke alltid står i forhold til hverandre: "… det er jo hektisk hverdag …» sier (informant 1). "… så kan det være forskjell likevel fra vakt til vakt eller fra helg til helg vakt …» (informant 3). "… det skal være rom til akutte hendelser eller at du må

være med på ekstraoppdrag eller gå ut til en dårlig pasient men det kan også være fylt opp til akkurat eller at du allikevel må gå over tid … «(informant 3). Utsagnene peker på en arbeidshverdag som ikke er stabil eller forutsigbar, men som krever kontinuerlig tilpasning. Arbeidet fremstår som situasjonsstyrt, hvor planlagte oppgaver stadig må justeres i møte med nye behov, særlig knyttet til akutte hendelser. Dette innebærer at ansatte ikke bare utfører oppgaver, men også kontinuerlig må vurdere hva som haster mest, hva som kan vente, og hvordan tiden skal disponeres. Videre viser materialet at økt ansvar ikke innebærer en omfordeling hvor noe tas bort, men en kumulativ økning i oppgaver: "…vi har jo fått mer men, vi har ikke fått mindre på listene, men vi har fått mer…» (informant 5). Dette synliggjør en sentral spenning i materialet: Ansvar øker uten at eksisterende arbeidsmengde reduseres tilsvarende. Dette betyr at ansatte ikke bare må håndtere flere oppgaver, men også en økt kompleksitet i hvordan oppgavene organiseres og prioriteres. I lys av Lipsky (2010) kan dette forstås som et grunnleggende trekk ved frontlinjearbeid, hvor etterspørselen etter tjenester ofte overstiger tilgjengelige ressurser (Lipsky 2010). I slike situasjoner blir prioritering ikke et unntak, men en nødvendig og integrert del av arbeidshverdagen. Ansatte må kontinuerlig foreta valg om hva som skal gjøres først, og hvilke oppgaver som eventuelt må utsettes. Dette innebærer at de i praksis er med på å forme tjenestens innhold gjennom sine prioriteringer. Denne prioriteringspraksisen er tett koblet til skjønnsutøvelse. I tråd med Grimen og Molander (2008) innebærer profesjonelt arbeid nettopp å foreta vurderinger under betingelser av usikkerhet og motstridende hensyn (Grimen & Molander, 2008, s. 180–184). Informantene beskriver en arbeidshverdag hvor det sjelden finnes klare fasitsvar, og hvor vurderinger må gjøres i situasjonen. Skjønn fremstår dermed ikke som en ekstra kompetanse, men som en grunnleggende del av det daglige arbeidet. Dette blir tydelig når arbeidshverdagen beskrives som variabel og uforutsigbar. Samtidig viser materialet at prioritering ikke bare handler om å håndtere knapphet, men også kan gi en opplevelse av kontroll og autonomi. Dette kommer frem i følgende utsagn: "Du får muligheten til å gjøre, lære nye ting hele tiden for vi lager våre egne og arbeidslister og sånt så vi styrer jo listene selv, for vi vet hva som går på en liste» (informant 7). Dette peker på at prioritering også innebærer en form for styring av egen arbeidshverdag. Ansatte er ikke bare passive mottakere av oppgaver, men aktive i organiseringen av arbeidet. I et Lipsky-perspektiv (2010) kan dette forstås som hvordan frontlinjearbeidere utvikler praktiske strategier for å håndtere arbeidspress (Lipsky, 2010,s. 143). Gjennom å strukturere egne arbeidslister og prioritere oppgaver, skaper de en viss grad av kontroll innenfor rammene de arbeider i. Fra et Abbott-perspektiv (1988) kan denne

utviklingen forstås som en konsekvens av utvidet jurisdiksjon. Når helsefagarbeidere får ansvar for flere og mer komplekse oppgaver, innebærer det også at de får ansvar for å organisere og prioritere arbeidet. Dette kan tolkes som en styrking av deres profesjonelle rolle, fordi kontroll over arbeid ikke bare handler om å utføre oppgaver, men også om å definere hvordan arbeidet skal gjennomføres. Samtidig reiser dette et viktig analytisk poeng: Utvidelsen av ansvar innebærer ikke nødvendigvis at ressursene øker tilsvarende. Når ansatte får større handlingsrom, kan det samtidig innebære at de må håndtere konsekvensene av ressursknapphet på egen hånd. Prioritering blir dermed ikke bare et uttrykk for autonomi, men også en måte å håndtere strukturelle begrensninger på. Dette forsterkes ytterligere av hvordan uforutsigbarhet beskrives som en konstant faktor i arbeidshverdagen: "… ting kan skje plutselig.» (informant 7). Dette enkle utsagnet illustrerer en sentral dimensjon ved hjemmesykepleien: arbeidet lar seg ikke fullt ut planlegge. Akutte situasjoner kan oppstå når som helst, og ansatte må omstille seg raskt. I lys av Lipsky (2010) er dette karakteristisk for frontlinjearbeid, hvor ansatte må balansere mellom plan og improvisasjon. Dette skaper et kontinuerlig spenningsforhold mellom struktur og fleksibilitet. I slike situasjoner blir skjønn avgjørende. I tråd med Grimen og Molander (2008) innebærer dette at ansatte må foreta vurderinger under tidspress og med begrenset informasjon (s. 180–182). Skjønn blir dermed ikke bare en faglig vurdering, men også en praktisk håndtering av usikkerhet. Samlet viser dette at ressurser, prioritering og skjønn er tett sammenvevde dimensjoner i arbeidshverdagen. Økt ansvar innebærer ikke bare flere oppgaver, men en mer kompleks rolle hvor ansatte må balansere mellom krav, tid og behov. Prioritering fremstår som en nødvendig praksis, skjønn som et sentralt verktøy, og ansvar som rammen som binder disse sammen. Dermed fremstår ikke økt ansvar isolert, men som en del av en bredere endring i arbeidets karakter: fra å utføre oppgaver til å kontinuerlig vurdere, prioritere og organisere arbeid i en kontekst preget av både begrensede ressurser og uforutsigbare situasjoner.

4.3 Ansvar, variasjon og strukturelle rammer

Funnet viser at ansvar ikke oppleves likt av alle ansatte, men fremstår som noe som varierer betydelig mellom individer. Informantene peker på forskjeller i erfaring, trygghet og vilje til å ta ansvar: "... det er sikkert litt forskjellig for hver person ... noen trenger mer opplæring enn andre ...» (informant 1); "... den yngre versjonen av meg hadde ikke tatt den biten ...» (informant 5); "... jeg ville tro at det er veldig stor forskjell sant med det å tørre å ta den rollen ...» (informant 3). Disse utsagnene viser at ansvar ikke automatisk blir reelt gjennom

formell delegering. Selv om oppgaver og ansvar overføres organisatorisk, betyr ikke dette at alle ansatte opplever eller håndterer ansvaret på samme måte. Ansvar må også kunne bæres i praksis, og dette er betinget av erfaring, kompetanse og trygghet i rollen. Dette synliggjør en viktig dimensjon ved omorganiseringen: Ansvar er ikke bare en strukturell kategori, men også et erfaringsbasert fenomen. Det som på papiret fremstår som en lik fordeling av ansvar, kan i praksis få svært ulike uttrykk. For noen ansatte fremstår ansvar som en mulighet for utvikling, mens det for andre kan oppleves som mer krevende eller usikkert. I lys av Grimen og Molander (2008) kan dette forstås som variasjon i utvikling av skjønnskompetanse (s. 180–181). Skjønn er ikke en ferdig egenskap som alle besitter i lik grad, men noe som utvikles gjennom erfaring, deltakelse og refleksjon i praksis. Når ansatte har ulik erfaring og ulik grad av trygghet, vil også deres evne til å håndtere komplekse vurderinger variere. Dette innebærer at økt ansvar samtidig medfører ulike forutsetninger for å utøve det skjønnet som kreves. Denne variasjonen peker også på at skjønn ikke bare er en individuell kapasitet, men noe som er situert. Ansattes mulighet til å utøve skjønn påvirkes av hvilke erfaringer de har, hvilke situasjoner de har stått i tidligere, og hvilken støtte de har tilgang til. Dermed blir ansvar tett koblet til læringsprosesser over tid. I et Lipsky-perspektiv (2010) kan dette forstås som at frontlinjearbeidere håndterer krav og ansvar ulikt basert på hvordan de fortolker arbeidssituasjonen (Lipsky 2010,s. xvii). Ansatte utvikler egne måter å forstå og håndtere arbeidet på, noe som innebærer at organisatoriske endringer ikke får like konsekvenser for alle. Ansvar blir dermed ikke bare et spørsmål om hva som er delegert, men hvordan det faktisk håndteres i møte med konkrete situasjoner. Samtidig kan denne variasjonen også forstås som en konsekvens av de strukturelle rammene arbeidet foregår innenfor. Når arbeidshverdagen er preget av tidspress, kompleksitet og uforutsigbarhet, vil ansatte måtte utvikle ulike strategier for å håndtere dette. Noen vil raskt ta i bruk nye roller, mens andre trenger mer tid og støtte. Fra et Abbott-perspektiv (1988) viser dette at profesjonell utvikling ikke er enhetlig innen en yrkesgruppe. Selv om helsefagarbeidere som gruppe får utvidet sitt arbeidsområde, betyr ikke dette at alle beveger seg likt inn i den nye rollen. Jurisdiksjon etableres ikke bare kollektivt, men også gjennom individuelle prosesser hvor ansatte gradvis tar i bruk og mestrer nye oppgaver. Dette nyanserer forståelsen av profesjonell utvikling. I stedet for å se yrkesgruppen som homogen, viser materialet at det finnes interne forskjeller knyttet til erfaring, kompetanse og trygghet. Utvidelsen av den profesjonelle juristiksjonen til helsefagarbeideren skjer dermed ikke som en jevn bevegelse, men som en differensiert prosess hvor noen ansatte ligger foran, mens andre er i en mer gradvis utvikling. Samtidig

antyder materialet at organisasjonen i noen grad tar hensyn til denne variasjonen. Utsagnet: "...det er sikkert litt forskjellig for hver person ... noen trenger mer opplæring andre ...» (informant 1), peker mot en forståelse av at ansatte har ulike behov for tilpasning. Dette kan tolkes som en anerkjennelse av at ansvar ikke kan standardiseres fullt ut, men må tilpasses den enkelte. Samlet viser dette at ansvar ikke bare er et spørsmål om struktur, men om samspillet mellom struktur og individ. Økt ansvar innebærer ikke bare nye oppgaver, men også nye krav til kompetanse, trygghet og vurderingsevne. Hvordan dette oppleves og håndteres, varierer mellom ansatte, noe som gjør ansvar til et differensiert fenomen i praksis. Dermed fremstår ansvar som noe som både er gitt og utvikles: det tildeles gjennom organisasjonen, men realiseres gjennom individuelle og situerte praksiser.

4.4 Ledelse og kollegafellesskap som strukturer for skjønn

Informantene beskriver hvordan støtte fra både leder og kolleger er avgjørende for å kunne håndtere det økte ansvaret: "Hun har støttet oss, har trodd på oss … jeg føler virkelig at hun har fulgt opp.» (informant 2). "Sjefen vår begynte mange måneder før vi skulle inn i HELTOM med å lære oss opp … jeg har en bok så jeg skrev ned alt.» (informant 4)" ; " …det er ingenting som er flaut å spørre om...» (informant 4); " Derfor det er viktig sånn å hjelpe hverandre...» (informant 7). Utsagnene synliggjør også at ansvar i praksis ikke bæres av den enkelte alene, selv om det formelt kan være delegert individuelt. I stedet fremstår ansvar som noe som håndteres gjennom relasjoner, støtte og kontinuerlig samspill i arbeidshverdagen. arbeidsmiljø Ledelse og kollegafellesskap fungerer dermed ikke bare som organisatoriske elementer, men som nødvendige forutsetninger for at ansvar faktisk kan utøves. Ledelsesstøtten fremstår i analysen som viktig i overgangen til økt ansvar. Informantene beskriver en leder som ikke bare delegerer oppgaver, men aktivt tilrettelegger for læring, trygghet og gradvis utvikling. Opplæringen trekkes frem som en prosess over tid, ikke som en enkeltstående hendelse. Dette peker på at ansvar ikke bare gis, men forberedes. Ansvar fremstår dermed som noe som bygges opp gjennom strukturert opplæring og kontinuerlig oppfølging. Ledelse fungerer her som en stabiliserende faktor som reduserer usikkerhet i møte med nye oppgaver. I lys av Grimen og Molander (2008) kan dette forstås som en viktig betingelse for skjønnsutøvelse, ettersom skjønn ikke bare forutsetter individuell kompetanse, men også legitimitet og støtte. Når ansatte opplever at lederen "har trodd på oss» og "fulgt opp», kan dette tolkes som at deres vurderinger og handlinger får en form for institusjonell forankring. Dette gjør det lettere å ta beslutninger i situasjoner preget av usikkerhet, fordi

ansvaret oppleves som delt, ikke isolert. Grimen og Molander (2008) viser at skjønnsutøvelse utvikles og praktiseres i et faglig fellesskap, der vurderinger ikke bare er individuelle beslutninger, men prosesser som drøftes, avklares og justeres i samspill med kolleger. Kollegene fungerer dermed som referansepunkter som bidrar til å kvalitetssikre vurderinger og redusere risiko for feil. Dette kollektive aspektet ved skjønn blir viktig i en arbeidshverdag preget av uforutsigbarhet og komplekse situasjoner. Når ansatte står i situasjoner hvor det ikke finnes klare retningslinjer, blir muligheten til å rådføre seg med kolleger en sentral del av beslutningsprosessen. Skjønn fremstår dermed som en sosial praksis, ikke bare en individuell ferdighet. I et Lipsky-perspektiv (2010) kan dette forstås som en sentral strategi for å håndtere arbeidspress og kompleksitet (Lipsky 2010). Frontlinjearbeidere utvikler uformelle samarbeidsformer for å gjøre arbeidshverdagen håndterbar. Kollegastøtte fungerer som en buffer mot systempress ved å gjøre det mulig å dele ansvar, avlaste hverandre og finne løsninger i fellesskap. Selv om ansvaret formelt er individuelt, håndteres det i praksis kollektivt. Dette kan tolkes som en måte å håndtere spenningen mellom økt ansvar og begrensede ressurser. Når arbeidsmengden øker, og situasjonene blir mer komplekse, blir kollegafellesskapet en nødvendig støtte for å opprettholde kvalitet i arbeidet. Dette kan også ses i lys av Abbott (1988), som beskriver profesjoner som del av et gjensidig avhengig system. I et slikt system vil utførelsen av arbeidsoppgaver ofte være avhengig av samarbeid og koordinering mellom ulike yrkesgrupper. Behovet for støtte fra kolleger kan dermed forstås som en del av de relasjonene som oppstår når ansvar og arbeidsoppgaver fordeles mellom flere profesjoner. Dette innebærer at kollegafellesskapet ikke bare er en praktisk støtte, men også en mekanisme for profesjonell utvikling. Samlet viser dette at ledelse og kollegafellesskap fungerer som sentrale strukturer for skjønn. De gjør det mulig å håndtere usikkerhet, redusere belastning og utvikle kompetanse i praksis. Ansvar fremstår dermed ikke som en individuell størrelse, men som noe som er dypt forankret i kollektive og relasjonelle prosesser i arbeidshverdagen.

4.5 Profesjonell utvikling gjennom ansvar, erfaring og mestring.

Analysen viser at mestring ikke fremstår som noe som oppstår umiddelbart, men som en gradvis prosess utviklet gjennom erfaring, gjentakelse og det å stå i ansvar over tid. Informantene beskriver hvordan det å gå inn i nye roller og oppgaver først oppleves som krevende, men at dette endrer seg gjennom praksis: “Nå du blir på en måte ansvarlig på vakt jeg synes det var det mest utfordrende for det var ikke vant til det « ; “..det var kanskje det å

ha hele ansvaret ... det var ikke vant til det ... det var jo veldig nytt...»; "Det tror jeg var alle disse akutt situasjoner som vi måtte håndtere så vi var vant til at sykepleierne håndterte (informant 1). "..vi kan jo gjøre ufattelig mange prosedyrer, men det er jo bare det at vi må mer trening…». Disse utsagnene synliggjør at mestring ikke er en forutsetning for ansvar, men noe som utvikles gjennom det. Ansvar inne disse tilfellene innebærer å gå inn i situasjoner hvor man i utgangspunktet ikke føler seg trygg, og hvor erfaringen først bygges gjennom å stå i oppgavene. Mestring fremstår dermed som et resultat av praksis, ikke som noe som eksisterer på forhånd. Samtidig viser analysen at denne utviklingen er tett knyttet til gjentakelse av oppgaver: "Du er blitt mye mer trygg på deg selv altså du blir jo trygg på deg selv hvis du får gjøre tingene ofte nok.» (Informant 7), " ..før så hvis vi fikk opplæring på en insulin og så var det et helt år nesten kommer du tilbake og skal sette den insulin så blir du usikker…» (Informant 7). Disse sitatene peker på en sentral mekanisme i materialet: det er ikke opplæring alene som skaper trygghet, men hyppig og kontinuerlig utøvelse av oppgaver. Når oppgaver utføres regelmessig, blir kunnskapen mer integrert og tilgjengelig i praksis. Mestring fremstår dermed som noe som bygges gjennom repetisjon, hvor erfaring gradvis reduserer usikkerhet. Grimen og Molander (2008) understreker at profesjonell kunnskap utvikles gjennom praktisk anvendelse i konkrete situasjoner. Kunnskap er ikke bare noe man har, men noe man gjør. Når informantene beskriver at de blir tryggere gjennom å "gjøre tingene ofte nok», peker dette mot hvordan skjønn utvikles gjennom erfaring. Evnen til å vurdere situasjoner, prioritere og handle faglig forsvarlig styrkes gjennom gjentatt eksponering for lignende situasjoner. Når helsefagarbeidere gjentatte ganger utfører oppgaver som tidligere lå til andre profesjoner, bidrar dette til å etablere disse oppgavene som en naturlig del av deres arbeidsområde. Det er ikke tilstrekkelig at oppgaver formelt overføres; de må også praktiseres og mestres over tid for å bli en del av yrkesrollen. Dette innebærer at mestring ikke bare har en individuell dimensjon, men også en profesjonell. Samtidig skjer denne utviklingen innenfor bestemte organisatoriske rammer. I et Lipsky-perspektiv (2010) arbeider frontlinjeansatte under betingelser preget av begrensede ressurser, tidspress og høye forventninger. Erfaring og kompetanse utvikles derfor ikke uavhengig av arbeidskonteksten, men i møte med de kravene og utfordringene som preger arbeidshverdagen. Informantene lærer ikke i et skjermet miljø, men i en arbeidshverdag preget av tidspress, uforutsigbarhet og ansvar for pasienter. Dette kommer også indirekte frem i materialet gjennom beskrivelser av nye krav: "...man er på en måte er nødt til å stå litt mer på egne bein ... og skal gå rundt med den akutte sekken og ta mer vurdering ...» (informant 3). Her blir det tydelig at læring og

ansvar skjer samtidig. Ansatte må utvikle kompetanse parallelt med at de håndterer krevende situasjoner. Dette innebærer at mestring også handler om å håndtere usikkerhet, ikke bare å oppnå kontroll. Samtidig viser materialet at denne prosessen også kan føre til økt motivasjon og utvikling: "...jeg trives med det jeg føler jeg har vokst ... litt mer motivert til å gå ut og jobbe ...» (informant 2). Dette peker på at mestring ikke bare reduserer usikkerhet, men også bidrar til en opplevelse av utvikling og mening i arbeidet. Samlet viser dette at mestring i hjemmesykepleien må forstås som en praksis – en kontinuerlig prosess hvor ansvar, erfaring og gjentakelse henger tett sammen. Ansvar fungerer som en inngang til læring, mens gjentakelse og erfaring gjør det mulig å utvikle trygghet og kompetanse. Denne utviklingen skjer ikke isolert, men innenfor strukturelle rammer preget av krav og begrensninger, hvor ansatte gradvis utvikler evnen til å håndtere kompleksiteten i arbeidshverdagen. Samtidig viser analysen at denne utviklingen ikke bare handler om å mestre nye arbeidsoppgaver, men også om hvordan helsefagarbeidere gradvis utvikler en ny forståelse av egen rolle, kompetanse og faglige posisjon i tjenesten. Analysen viser at økt ansvar ikke bare påvirker hva helsefagarbeidere gjør i praksis, men også hvordan de forstår seg selv som fagutøvere. Flere informanter beskriver en utvikling hvor ansvar blir tett knyttet til læring, mestring og en endret opplevelse av egen rolle i tjenesten. Dette kommer frem i følgende utsagn: "Jeg har lært veldig mye … jeg må tilegne meg mer kunnskap og så må jeg be om opplæring … jeg synes jeg har utviklet meg veldig.» (informant 2); " Jeg har vokst som person, liker å ta ansvar liker å stå ute og må ta raske avgjørelser og ting og vi som gruppe og har vokst veldig!» Disse utsagnene viser at ansvar ikke bare handler om utvidelse av arbeidsoppgaver, men om en mer grunnleggende prosess hvor ansatte utvikler kompetanse, trygghet og en sterkere faglig identitet. Det er tydelig hvordan informantene knytter ansvar til en opplevelse av å "vokse» – både faglig og personlig. Samtidig peker funnet på at denne utviklingen ikke skjer umiddelbart. Flere beskriver en overgang fra usikkerhet til mestring: "...det var veldig skremmende i begynnelsen, men vi fikk jo og så opplæring på det ... og fikk og støtte ...» (Informant 4). Dette understreker at profesjonell utvikling ikke er lineær, men skjer gjennom en prosess hvor ansatte gradvis tilegner seg erfaring og trygghet. Mestring fremstår dermed som noe som utvikles over tid, og som er tett knyttet til det å stå i ansvar i praksis. Grimen og Molander (2008) beskriver hvordan skjønn utvikles gjennom erfaring og anvendelse av kunnskap i konkrete situasjoner, noe som kan bidra til å forstå hvordan helsefagarbeiderne gradvis opparbeider trygghet i rollen. Når informantene beskriver at de "lærer mye» og «vokser», peker dette mot at kunnskap ikke bare tilegnes teoretisk, men utvikles gjennom

anvendelse i konkrete situasjoner. Skjønn blir her en sentral mekanisme, hvor ansatte gradvis utvikler evnen til å tolke situasjoner, vurdere alternativer og handle faglig begrunnet. Dette innebærer også at ansvar ikke bare er en organisatorisk størrelse, men en praksis som må fylles med kompetanse. Ansvar blir først reelt når det kobles til evnen til å gjøre vurderinger. Fra et Abbott-perspektiv kan denne utviklingen forstås som en endring i hvordan helsefagarbeidere utøver sin profesjonelle rolle (Abbott, 1988). Når helsefagarbeidere ikke bare utfører oppgaver, men også mestrer mer komplekse vurderinger og ansvar, bidrar dette til å styrke deres faglige posisjon i tjenesten. De går fra å være utførere av avgrensede oppgaver til å bli aktører med større faglig tyngde. Samtidig viser funnene at denne utviklingen ikke bare handler om formell organisering, men også om praksis. Det er gjennom erfaring og faktisk utøvelse av arbeidsoppgaver at helsefagarbeiderne utvikler trygghet og kompetanse til å håndtere et utvidet ansvar. Dette kan forstås i lys av Abbott (1988), som understreker at koblingen mellom profesjoner og arbeidsoppgaver etableres gjennom den faktiske utøvelsen av profesjonelt arbeid. I et Lipsky-perspektiv (2010) kan denne utviklingen også forstås som en form for meningsskaping i arbeid. Når informantene beskriver økt ansvar som noe som gir mestring og motivasjon, kan dette tolkes som at de utvikler fortolkninger av arbeidet som gjør det mer håndterbart og meningsfullt. Ansvar blir ikke bare et krav, men også en kilde til motivasjon. Som informant 1 sier: "…føler deg kanskje mer viktig.» Dette peker mot at ansvar også har en symbolsk dimensjon. Det handler ikke bare om hva man gjør, men om hvordan man blir anerkjent – både av seg selv og av organisasjonen. Samtidig viser funnet at denne utviklingen ikke er lik for alle. Noen trenger mer tid, mer støtte og mer erfaring før de opplever mestring. Dette understreker at profesjonell utvikling ikke er en automatisk konsekvens av økt ansvar, men en prosess som er avhengig av både individuelle og strukturelle forhold. Samlet viser dette at økt ansvar fungerer som en sentral drivkraft for læring, mestring og profesjonell utvikling. Ansvar bidrar ikke bare til å endre arbeidsoppgaver, men til å transformere hvordan helsefagarbeidere forstår sin rolle. Gjennom erfaring, støtte og praktisk utøvelse utvikles både kompetanse og identitet.

4.6 Oppsummering

Kapittel 4 viser hvordan helsefagarbeidere opplever og håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien etter innføringen av HELTOM-modellen. Analysen viser at ansvar ikke oppleves entydig, men som noe som både gir muligheter og stiller større krav. På den ene siden beskriver informantene økt ansvar som utviklende, meningsfullt og knyttet til større tillit

og mer helhetlig oppfølging av pasientene. På den andre siden innebærer det også usikkerhet, fordi ansatte i større grad må ta egne vurderinger og stå i konsekvensene av dem. Funnene viser videre at økt ansvar er tett knyttet til en arbeidshverdag preget av tidspress, variasjon og behov for kontinuerlig prioritering. Arbeidet beskrives som uforutsigbart, og informantene må stadig tilpasse seg nye situasjoner, akutte hendelser og endrede behov hos pasientene. Ansvar handler derfor ikke bare om å gjøre flere oppgaver, men også om å vurdere, prioritere og organisere arbeidet fortløpende. Analysen viser også at ansvar oppleves ulikt fra person til person. Erfaring, trygghet og behov for opplæring påvirker hvordan ansatte går inn i de nye rollene. Noen opplever raskt mestring, mens andre trenger mer tid og støtte. Dette viser at ansvar ikke bare tildeles gjennom organiseringen, men også må utvikles og håndteres i praksis. Samtidig fremhever informantene betydningen av ledelse og kollegafellesskap. Støtte fra leder, god opplæring og hjelp fra kolleger beskrives som avgjørende for å kunne stå i det økte ansvaret. Ansvar fremstår dermed ikke som noe den enkelte bærer alene, men som noe som håndteres i fellesskap. Analysen viser også at mestring utvikles gradvis gjennom erfaring og gjentakelse. Informantene beskriver at oppgaver som først oppleves som krevende, blir lettere når de utføres ofte nok. Økt ansvar bidrar dermed også til læring, trygghet og profesjonell utvikling.

Kapittel: 5 Drøfting

Formålet med dette drøftingskapittelet er å belyse studiens problemstilling: Hvordan oppfatter helsefagarbeidere å få økt ansvar for tjenestemottakere i hjemmesykepleien, og hvordan håndterer de dette? Med utgangspunkt i funnene fra den tematiske analysen drøftes hvordan økt ansvar kommer til uttrykk i arbeidshverdagen, hvilke utfordringer og muligheter det skaper, og hvordan det påvirker helsefagarbeidernes profesjonelle rolle. Drøftingen tar utgangspunkt i informantenes erfaringer og fortolkninger, og analyserer disse i lys av Lipskys (2010) teori om bakkebyråkrati, Abbotts (1988) profesjonsteori, Grimen og Molanders (2008) teori om profesjonelt skjønn og Evetts' (2003) perspektiv på profesjonalitet. Perspektivene belyser ulike sider ved helsefagarbeidernes økte ansvar og legger grunnlag for å undersøke sentrale spenninger i materialet. Særlig rettes oppmerksomheten mot spenninger mellom autonomi og forpliktelse, mellom ressurser og krav, samt mellom individuell og kollektiv håndtering av ansvar. Gjennom å sette funnene i sammenheng med teori og tidligere forskning søker kapittelet å gi en helhetlig forståelse av hva økt ansvar innebærer i praksis, og hvilke konsekvenser dette har for helsefagarbeidernes profesjonelle rolle, skjønnsutøvelse og handlingsrom.

5.1 Ansvar som frihet og forpliktelse

Temaet ansvar som frihet og forpliktelse, beskriver helsefagarbeiderne det økte ansvaret som noe ambivalent, hvor muligheter og belastninger eksisterer side om side. Informantene beskriver på den ene siden ansvar som utviklende, meningsfullt og tillitsbasert, og på den andre siden som knyttet til usikkerhet og et større personlig ansvar for vurderinger og konsekvenser. Et sentralt funn er at informantene ikke bare beskriver at de har fått flere oppgaver, men at de har fått en annen posisjon i tjenesten. Når de forteller at de er med "helt ifra starten», og at de nå "har alt sammen», peker dette mot en overgang fra en mer avgrenset og utførende rolle til en rolle preget av større helhet, kontinuitet og ansvar for oppfølging av pasientene. Ansvar fremstår dermed ikke bare som noe som legges til arbeidet, men som noe som endrer hvordan arbeidet forstås og utøves i praksis. Det handler ikke lenger bare om å gjennomføre enkeltoppgaver, men om å følge pasientene tettere og bære en større del av oppfølgingen selv. Ansvar handler derfor både om hva helsefagarbeiderne gjør, og om hvem

de blir i tjenesten. Denne utviklingen kan forstås i lys av Abbott (1988), som beskriver hvordan profesjoner kontinuerlig forhandler om arbeidsoppgaver, ansvar og jurisdiksjon. Når helsefagarbeidere får ansvar for oppgaver som tidligere lå hos sykepleiere, kan dette forstås som en forskyvning i jurisdiksjonen mellom yrkesgrupper og en endring i hvem som utfører bestemte arbeidsoppgaver (Abbott, 1988). Dahle (2003) beskriver hvordan forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere kan forstås som en kamp om profesjonelle grenser og jurisdiksjon. Gjennom 1900-tallet arbeidet sykepleierprofesjonen for å styrke sin faglige autonomi og kontroll over sentrale arbeidsoppgaver. En del av denne prosessen innebar å tydeliggjøre forskjellen mellom sykepleiernes og hjelpepleiernes kompetanseområder. I et jurisdiksjonsperspektiv kan dette forstås som et forsøk på å sikre kontroll over bestemte arbeidsoppgaver og opprettholde profesjonens posisjon i helsevesenet. Dahle (2003) viser hvordan denne utviklingen bidro til at hjelpepleiere fikk en mer begrenset rolle i deler av sykehussektoren, samtidig som sykepleiernes ansvar og faglige område ble styrket. Sett i lys av dagens kommunehelsetjeneste er det interessant at helsefagarbeiderne i denne studien beskriver økt ansvar og større betydning i tjenesten. Dette kan tyde på at profesjonelle grenser og jurisdiksjoner ikke er statiske, men endrer seg over tid og mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. I lys av materialet innebærer dette at helsefagarbeiderne ikke bare "hjelper til mer», men at deres plass i oppgaveområdet helse er i endring. Informantutsagn om at «fagoppdrag» tidligere var forbeholdt sykepleiere, men nå inngår i deres arbeid, understøtter en slik tolkning. Temaet kan derfor forstås som uttrykk for en reell forskyvning i arbeidsdeling, hvor helsefagarbeidere får en mer sentral rolle i pasientforløpet og større betydning i den daglige oppfølgingen av pasientene. På denne måten kan økt ansvar forstås som en form for profesjonell styrking. Funnene viser at ansvar knyttes til mening, tillit og opplevelsen av å være en viktig aktør i tjenesten. Dette samsvarer med Skyrud (2024), som viser at oppgavedeling kan bidra til økt mestring, variasjon og kompetanseutvikling blant helsefagarbeidere (Skyrud, 2024). Det samsvarer også med James et al. (2024), som fremhever betydningen av relasjoner, nærhet og kontinuitet i omsorgsarbeid, og viser hvordan helsefagarbeidere kan bidra til å skape en meningsfull hverdag for eldre gjennom personsentrert omsorg (James et al., 2024). Når informantene i denne studien beskriver arbeidet som mer meningsfullt etter omorganiseringen, kan dette forstås som en opplevelse av at deres kompetanse i større grad anerkjennes som viktig for kvaliteten i tjenesten. Ansvar fremstår dermed ikke bare som flere arbeidsoppgaver, men også som en mulighet til å bidra med faglige vurderinger og ta en mer aktiv rolle i tjenesten. Samtidig viser materialet at denne

utviklingen har tydelige begrensninger. Abbott (1988) understreker at jurisdiksjon ikke bare handler om å utføre oppgaver, men også om retten til å definere og legitimere dem. Selv om helsefagarbeiderne får et større ansvar i det daglige arbeidet, innebærer dette ikke nødvendigvis at de har tilsvarende innflytelse over hvordan oppgavene organiseres eller defineres. Nettopp her viser materialet en viktig spenning. Selv om helsefagarbeiderne får større ansvar i praksis, betyr ikke dette nødvendigvis at grensene for ansvar og myndighet er tydelig avklart. Funnene tyder derfor på at helsefagarbeiderne får økt ansvar uten nødvendigvis å få tilsvarende definisjonsmakt. Ansvar kan dermed forstås som en delvis profesjonell oppvurdering, men ikke som full profesjonell autonomi. Dette utfordrer en forståelse av økt ansvar som entydig profesjonell styrking. Selv om Abbott bidrar til å forklare hvordan helsefagarbeidere får en utvidet rolle i praksis, fanger perspektivet i mindre grad opp hvordan dette ansvaret også formes av organisatoriske og strukturelle forhold. Dette gjør det nødvendig å supplere Abbott med perspektiver som i større grad belyser hvordan ansvar håndteres i praksisfeltet. Denne usikkerheten kommer tydelig frem når informantene beskriver at de kan være "litt usikker på det ansvaret man har fått». I lys av Grimen og Molander (2008) kan dette forstås som at økt ansvar også innebærer økte krav til skjønnsutøvelse. De beskriver skjønn som praktisk resonnering under betingelser preget av usikkerhet og manglende fasitsvar (Grimen & Molander, 2008). Når helsefagarbeidere får større ansvar, innebærer dette samtidig at de i større grad må vurdere selv, begrunne selv og stå inne for egne beslutninger. Ansvar fremstår dermed ikke bare som et handlingsrom, men også som en forpliktelse til å handle riktig i situasjoner hvor det ikke finnes klare svar. Dette viser at ansvar ikke bør forstås som en nøytral "utvidelse». Økt ansvar innebærer også en forskyvning av vurderingsbyrde. Det som tidligere kunne håndteres gjennom tydeligere arbeidsdeling eller støtte fra andre profesjoner, må nå i større grad avgjøres av den enkelte helsefagarbeider i situasjonen. Dermed blir ansvar tett koblet til skjønn. Det er ikke bare mer å gjøre, men mer å vurdere. Jo mer vurderingsarbeid som legges til rollen, desto større blir også risikoen for tvil, usikkerhet og opplevelsen av å stå alene med konsekvensene. Denne innsikten støttes av Johannessen (2019), som viser at skjønn i førstelinjetjenester ikke bare er individuelt, men formes i samspill mellom ansatte, brukere og organisatoriske rammer (Johannessen, 2019). Overført til denne studien innebærer det at ansvar ikke bare "ligger i rollen», men utvikles i konkrete situasjoner hvor helsefagarbeiderne må balansere mellom pasientens behov, egne vurderinger og systemets krav. Ansvar blir dermed relasjonelt og situert. Dette viser at usikkerheten ikke bare handler om manglende trygghet hos den enkelte, men om at ansvaret faktisk utøves i et

komplekst rom hvor flere hensyn møtes samtidig. Samtidig utfordres forståelsen av økt ansvar som profesjonell styrking av Lipsky (2010). Han beskriver frontlinjeansatte som bakkebyråkrater som arbeider under tidspress, ressursknapphet og organisatoriske begrensninger, og som derfor må håndtere mange beslutninger nær praksisfeltet. I dette perspektivet kan økt ansvar forstås som mer enn en faglig oppvurdering. Det kan også forstås som en praktisk nødvendighet i en tjeneste som er avhengig av at ansatte i førstelinjen håndterer løpende vurderinger og komplekse beslutninger. Ansvar blir da ikke bare noe de ansatte får, men også noe de må bære for at tjenesten skal fungere i praksis. Dette gjør bildet mer sammensatt. Det som oppleves som tillit og mening, kan samtidig forstås som en konsekvens av organisatoriske behov og begrensede ressurser. På dette punktet fremstår Lipskys perspektiv som særlig relevant, fordi det synliggjør hvordan ansvar og skjønnsutøvelse får stor betydning i arbeidshverdager preget av knapphet og komplekse krav. Selv om Abbotts teori om profesjonell jurisdiksjon kan bidra til å forstå hvordan helsefagarbeidere får større plass i oppgavefordelingen, bidrar Lipsky i større grad til å forklare hvordan dette ansvaret håndteres i praksis. Funnene peker dermed ikke bare mot profesjonell styrking, men også mot en organisering hvor ansatte må håndtere strukturelle begrensninger gjennom egne vurderinger og sitt faglige skjønn. Tidligere forskning understøtter denne dobbeltheten. Skyrud (2024) viser hvordan økt ansvar og oppgavedeling kan bidra til mestring og utvikling (Skyrud, 2024), mens Fläckman et al. (2015) viser at organisatoriske endringer også kan føre til stress, frustrasjon og redusert jobbtilfredshet når kravene øker uten tilsvarende støtte. James et al. (2024) fremhever betydningen av relasjoner, nærhet og kontinuitet i omsorgen, mens Sundsbø (2024) viser hvordan tidspress og prioriteringskrav kan presse omsorgsarbeidet og gjøre det vanskelig å gi nettopp den typen helhetlig oppfølging ansatte oppfatter som viktig (Sundsbø, 2024). Disse studiene peker ikke nødvendigvis i motsatt retning, men de belyser ulike sider av samme fenomen. Til sammen viser de at økt ansvar både kan være utviklende og belastende, avhengig av hvilke organisatoriske betingelser det utøves under. Ekstedt et al. (2022) underbygger denne todelte karakteren ved å vise hvordan ansatte i hjemmetjenesten kontinuerlig må tilpasse seg og "få det til å fungere» i praksis (Ekstedt et al., 2022, s. 3–5). Dette kan leses som et uttrykk for høy kompetanse og mestring, men også som et tegn på at ansatte må kompensere for svakheter i systemet. I denne studien oppleves ansvar som meningsfullt nettopp når helsefagarbeiderne får følge pasientene tettere og bruke mer av sin kompetanse. Samtidig ligger det også en risiko her: Dersom dette ansvaret ikke følges av tilstrekkelig støtte og tydelige rammer, kan

det samme ansvaret utvikle seg fra mening til belastning. Denne spenningen kan videre forstås i lys av Evetts (2003), som viser at profesjonalitet både kan forstås som et normativt ideal knyttet til autonomi og faglighet, og som et organisatorisk styringsverktøy knyttet til effektivitet og ansvarliggjøring (Evetts, 2003). Når informantene beskriver økt ansvar som mer tillit og større betydning, kan dette forstås som en reell faglig anerkjennelse. Samtidig kan det, i lys av Evetts, også forstås som en del av en organisasjonslogikk hvor mer ansvar legges til ansatte på lavere nivå. Dette betyr ikke nødvendigvis at ansvaret "egentlig» bare handler om styring. Snarere peker funnene mot at begge sider eksisterer samtidig: Ansvar kan oppleves som utviklende for helsefagarbeiderne, samtidig som det fungerer som en måte å organisere knapphet og kompleksitet på. Hupe og Hill (2016) utdyper dette ved å vise at implementering av organisatoriske endringer ikke bare skjer gjennom vedtak og formelle beslutninger, men formes av handlingene til dem som utfører arbeidet i praksis. Dette innebærer at helsefagarbeiderne ikke bare mottar økt ansvar, men også er med på å definere hvordan ansvaret faktisk utøves i tjenesten. Funnene kan forstås i lys av både Lipsky (2010) og Hupe og Hill (2016), som begge understreker betydningen av frontlinjeansattes vurderinger og prioriteringer for hvordan tjenester realiseres i praksis. Når helsefagarbeiderne vurderer behov, prioriterer oppgaver og tilpasser tjenestene til den enkelte bruker, bidrar de samtidig til å forme hvordan HELTOM-modellen får konkret uttrykk i hverdagen. Ansvar handler dermed ikke bare om å utføre nye oppgaver, men om å omsette organisatoriske mål til praktisk handling under betingelser preget av begrensede ressurser, tidspress og komplekse brukerbehov. Samlet viser temaet at økt ansvar i hjemmesykepleien må forstås som en bevegelse mellom frihet og forpliktelse. På den ene siden gir ansvar helsefagarbeiderne større handlingsrom, kontinuitet og en sterkere opplevelse av faglig betydning. På den andre siden innebærer det økte krav til skjønn, vurderinger og håndtering av organisatoriske begrensninger. I lys av problemstillingen fremstår økt ansvar både som en mulighet for profesjonell utvikling og som en kilde til usikkerhet og ansvarliggjøring. Sett opp mot teori og tidligere forskning fremstår denne spenningen som nært knyttet til endringer i oppgavefordeling, økte krav til skjønn og en organisering der førstelinjeansatte i større grad må håndtere kompleksitet i praksis.

5.2 Ressurser, prioritering og skjønn

I temaet ressurser, prioritering og skjønn fremkommer det at helsefagarbeidernes arbeidshverdag er preget av en vedvarende ubalanse mellom oppgaver og tilgjengelige

ressurser. Informantene beskriver at de har "fått mer, men ikke mindre», noe som peker på at økt ansvar ikke ledsages av tilsvarende reduksjon i andre oppgaver. Funnene viser dermed at økt ansvar i praksis innebærer å håndtere mer komplekse arbeidskrav innenfor uendrede eller reduserte rammer. Samtidig gir temaet et tydelig svar på forskningsspørsmål 1: Hvordan utøver helsefagarbeidere sitt utvidede handlingsrom i praksis, og hvilke strategier bruker de for å løse nye og komplekse situasjoner? Funnene viser at dette handlingsrommet utøves gjennom kontinuerlig prioritering, tilpasning og skjønnsutøvelse i møte med begrensede ressurser og sammensatte brukerbehov. Et sentralt analytisk poeng er at prioritering i dette materialet ikke fremstår som en sekundær aktivitet, men som selve kjernen i arbeidet. Informantene beskriver en arbeidshverdag hvor planlagte oppgaver kontinuerlig må justeres, og hvor akutte behov kan endre hele arbeidsdagen. Prioritering fremstår dermed ikke som noe som skjer unntaksvis, men som en kontinuerlig praksis som gjør det mulig å få tjenesten til å fungere. I lys av Lipsky (2010) kan dette forstås som et klassisk kjennetegn ved frontlinjearbeid, hvor ansatte må håndtere et vedvarende gap mellom krav og ressurser. Han beskriver hvordan bakkebyråkrater arbeider under forhold preget av knapphet, tidspress og uklare rammer, og hvordan skjønn derfor blir nødvendig for å håndtere situasjoner som ikke lar seg standardisere. I denne studien fremstår prioritering nettopp som en slik mekanisme. Helsefagarbeiderne må kontinuerlig vurdere hva som haster mest, hvilke behov som må prioriteres, og hvordan begrensede ressurser skal fordeles i praksis. Prioritering blir dermed ikke bare en praktisk ferdighet, men en grunnleggende forutsetning for at tjenesten skal fungere i det daglige. Samtidig reiser materialet et viktig spørsmål: Er prioritering i denne sammenhengen først og fremst et uttrykk for profesjonell autonomi, eller er det snarere en nødvendighet som følger av strukturell knapphet? På den ene siden beskriver informantene at de er med på å lage arbeidslister og organisere arbeidet selv. Dette kan forstås som et utvidet handlingsrom, hvor helsefagarbeidere i større grad får påvirke hvordan arbeidet utføres. Skyrud (2024) støtter en slik tolkning ved å vise at oppgavedeling og økt ansvar kan bidra til mestring, variasjon og kompetanseutvikling blant helsefagarbeidere (Skyrud, 2024). I dette perspektivet kan prioritering forstås som en del av profesjonell utvikling og som et uttrykk for økt tillit til helsefagarbeidernes kompetanse. På den andre siden peker funnene samtidig mot at dette handlingsrommet er tett knyttet til organisatoriske begrensninger. Når informantene beskriver at de må håndtere flere oppgaver uten at noe tas bort, kan prioritering i større grad forstås som en nødvendighet enn som autonomi. Dette støttes av Fläckman et al. (2015), som viser at økte krav og ansvar kan føre til stress og belastning når ressursene ikke øker

tilsvarende (Fläckman et al., 2015). Ekstedt et al. (2022) beskriver tilsvarende hvordan ansatte kontinuerlig må tilpasse seg og "få det til å fungere» i praksis (Ekstedt et al., 2022, s. 3–5). I dette perspektivet fremstår prioritering mindre som et uttrykk for frihet og mer som en måte å håndtere en arbeidshverdag preget av knapphet og høye krav på. Funnene peker derfor mot en grunnleggende spenning mellom prioritering som autonomi og prioritering som håndtering av strukturelle begrensninger. Selv om informantene opplever at de har fått større påvirkning på organiseringen av arbeidet, fremstår dette handlingsrommet samtidig som tett knyttet til behovet for å håndtere ressursmangel i praksis. På dette punktet fremstår Lipskys (2010) perspektiv som særlig relevant. Selv om prioritering kan oppleves som et uttrykk for faglig handlingsrom, peker funnene samlet sett sterkere mot Lipskys forståelse av hvordan frontlinjeansatte må bruke skjønn for å håndtere vedvarende ressursknapphet og organisatoriske begrensninger. Det som fremstår som autonomi, kan dermed samtidig forstås som en form for ansvarliggjøring, hvor ansatte i førstelinjen må håndtere konsekvensene av strukturelle forhold gjennom egne vurderinger og prioriteringer. Denne spenningen blir tydelig når ulike forskningsbidrag settes opp mot hverandre. James et al. (2024) fremhever betydningen av relasjoner, kontinuitet og tid i omsorgsarbeid, mens Sundsbø (2024) viser hvordan tidspress og organisatoriske krav kan begrense muligheten til å utøve nettopp denne typen omsorg. Dersom helsefagarbeidere kontinuerlig må prioritere under tidspress, kan dette føre til at relasjonelt arbeid nedprioriteres til fordel for oppgaver som er mer tidskritiske eller lettere målbare. Dette skaper en spenning mellom hva ansatte oppfatter som god omsorg, og hva som faktisk er mulig å gjennomføre innenfor de organisatoriske rammene de arbeider under. Tidligere forskning peker dermed ikke i direkte motsetning til hverandre, men belyser ulike konsekvenser av de samme strukturelle betingelsene. I lys av Grimen og Molander (2008) kan dette forstås som situasjoner som åpner for, og til dels krever, profesjonelt skjønn. De viser at skjønn blir særlig viktig når ulike hensyn må veies opp mot hverandre, og når det ikke finnes entydige svar eller klare handlingsregler for hvordan situasjonen skal håndteres (Grimen & Molander, 2008,). I denne studien innebærer det at helsefagarbeidere kontinuerlig må balansere mellom tid, pasientbehov, faglige vurderinger og organisatoriske krav. Skjønn fremstår dermed ikke bare som en individuell kompetanse, men som en nødvendig måte å håndtere motstridende krav på. Samtidig innebærer dette at ansvaret for å gjøre riktige vurderinger i stor grad flyttes til den enkelte ansatte. Jo større behovet for prioritering blir, desto større blir også behovet for skjønn. Dette funnet samsvarer med Johannessen (2019), som viser og argumenterer for at skjønn ikke bare er individuelt, men formes i møte med

konkrete situasjoner og organisatoriske rammer (Johannessen, 2019). Prioriteringer fremstår derfor ikke bare som personlige valg, men som vurderinger som formes av konteksten de tas i. I denne studien blir dette tydelig når helsefagarbeidere må tilpasse seg både pasientenes behov og organisatoriske krav samtidig. Skjønn fremstår dermed som både relasjonelt og strukturelt betinget. Dette viser at prioritering ikke bare handler om effektivitet, men om å håndtere komplekse vurderinger i en arbeidshverdag hvor ulike hensyn kontinuerlig står i konflikt med hverandre. Fra et profesjonsperspektiv kan dette forstås i lys av Abbott (1988), som beskriver hvordan profesjoner er knyttet til bestemte arbeidsoppgaver og ansvarsområder gjennom jurisdiksjon. Når helsefagarbeidere får større ansvar for å prioritere og organisere arbeidet, innebærer det at de får en mer sentral rolle i utførelsen av tjenestene. Dette kan forstås som en utvidelse av deres profesjonelle rolle og ansvarsområde. Samtidig fanger Abbott i mindre grad opp hvordan dette ansvaret formes av ressursknapphet og organisatoriske begrensninger. I denne studien fremstår ikke prioritering primært som en kamp om jurisdiksjon, men som en nødvendig respons på en arbeidshverdag preget av knapphet og kontinuerlige avveininger. På dette punktet forklarer Lipskys perspektiv materialet tydeligere enn Abbott. Denne tosidigheten kan videre forstås gjennom Evetts (2003), som viser at profesjonalitet både kan innebære autonomi og fungere som et organisatorisk styringsverktøy. I denne studien fremstår prioritering nettopp som dette. På den ene siden gir det rom for faglige vurderinger og selvstendighet. På den andre siden er det en måte organisasjonen håndterer ressursknapphet på ved å flytte vurderingsansvar nærmere praksisfeltet. Ansvar fremstår dermed både som et uttrykk for tillit til helsefagarbeidernes kompetanse og som en konsekvens av organisatoriske behov. Hupe og Hill (2016) bidrar til å forstå hva dette betyr i praksis. De viser at implementering av endringer ikke bare skjer gjennom formelle beslutninger, men gjennom hvordan ansatte håndterer konkrete situasjoner i arbeidshverdagen (Hupe & Hill, 2016). Helsefagarbeiderne tilpasser seg ikke bare organisatoriske rammer, men påvirker også hvordan tjenesten faktisk fungerer i praksis gjennom de vurderingene og prioriteringene de gjør. Når de prioriterer, vurderer og tilpasser arbeidet løpende, er de samtidig med på å definere hvordan økt ansvar realiseres i hjemmesykepleien. Samlet viser temaet at økt ansvar i hjemmesykepleien ikke kan forstås uavhengig av ressursmessige og organisatoriske rammer. Helsefagarbeidere håndterer dette gjennom kontinuerlig prioritering, tilpasning og skjønnsutøvelse. Samtidig viser drøftingen at dette handlingsrommet er preget av en grunnleggende spenning mellom autonomi og strukturelle begrensninger. I lys av problemstillingen innebærer dette at helsefagarbeidere ikke bare får mer ansvar, men også må

håndtere konsekvensene av ressursknapphet gjennom eget skjønn. Funnene peker dermed mot at prioritering i større grad fremstår som en nødvendig respons på organisatoriske betingelser enn som uttrykk for full profesjonell autonomi. Dette samsvarer med funnene til Ekstedt et al. (2022), som viser at ansatte i hjemmetjenesten kontinuerlig må tilpasse arbeidet sitt til uforutsette situasjoner og skiftende behov hos brukerne. Studien beskriver hvordan ansatte ofte må gjøre selvstendige vurderinger og finne praktiske løsninger når standardiserte rutiner ikke er tilstrekkelige. Dette kan bidra til å belyse hvorfor informantene i denne studien beskriver ansvar som nært knyttet til prioriteringer, fleksibilitet og løpende skjønnsutøvelse i møte med komplekse situasjoner.

5.3 Ansvar, variasjon og strukturelle rammer

Temaet ansvar, variasjon og strukturelle rammer viser at helsefagarbeidernes arbeidshverdag er preget av en grunnleggende uforutsigbarhet, samtidig som ansvaret de bærer er stabilt og vedvarende. Informantene beskriver hvordan planlagte oppgaver kontinuerlig må justeres, og hvordan arbeidssituasjoner kan endre seg raskt. Dette innebærer at ansvar ikke utøves i en stabil kontekst, men i en praksis preget av variasjon, endring og kontinuerlige tilpasninger. I lys av problemstillingen viser dette at økt ansvar ikke bare handler om flere oppgaver, men om å håndtere ansvar i en kompleks og ustabil arbeidshverdag. Samtidig belyser temaet begge forskningsspørsmålene ved å vise både hvordan helsefagarbeidere utvikler strategier for å håndtere situasjoner, og hvordan denne kompleksiteten påvirker deres rolleforståelse. Variasjonen i arbeidshverdagen kan forstås på ulike måter. På den ene siden beskriver informantene variasjon som noe positivt. Arbeidshverdagen oppleves som variert og lite monoton, noe som kan bidra til læring, erfaring og faglig utvikling. Dette støttes av Skyrud (2024), som viser at variasjon i oppgaver kan bidra til mestring og kompetanseutvikling blant helsefagarbeidere (Skyrud, 2024). I dette perspektivet kan variasjon forstås som en viktig forutsetning for profesjonell utvikling. Det er nettopp gjennom å møte ulike situasjoner at ansatte utvikler erfaring, dømmekraft og trygghet i arbeidet. Variasjon kan dermed forstås som noe som utvider den profesjonelle rollen og gir større mulighet til å bruke faglige vurderinger aktivt i praksis. På den andre siden viser materialet at den samme variasjonen også kan oppleves som belastende. Når arbeidssituasjoner er uforutsigbare, blir det vanskelig å planlegge, prioritere og opprettholde oversikt. Fläckman et al. (2015) viser at slike arbeidsforhold kan føre til stress og opplevelse av utilstrekkelighet, mens Ekstedt et al. (2022) beskriver hvordan ansatte kontinuerlig må tilpasse seg og "få det til å fungere» i praksis

(Ekstedt et al., 2022, s. 3–5). Variasjon fremstår dermed som en dobbel størrelse: Det som kan bidra til læring og utvikling, kan samtidig skape usikkerhet, press og opplevelsen av aldri å ha full kontroll over arbeidshverdagen. Dette peker på en grunnleggende spenning i materialet mellom variasjon som ressurs og variasjon som belastning. Denne spenningen kan utdypes ved å stille et mer kritisk spørsmål: Er variasjon først og fremst et uttrykk for faglig rikdom, eller kan det også være et uttrykk for organisatorisk uforutsigbarhet og manglende struktur? En alternativ tolkning er at variasjon ikke bare skyldes kompleksiteten i pasientarbeidet, men også hvordan tjenesten er organisert. I lys av Sundsbø (2024) kan det argumenteres for at tidspress og organisering bidrar til en arbeidshverdag hvor ansatte kontinuerlig må håndtere mer enn det som opprinnelig er planlagt (Sundsbø, 2024). Variasjon blir da ikke bare en naturlig del av arbeidet, men også et resultat av strukturelle forhold som ansatte må kompensere for i praksis. Denne forståelsen støttes av Lipsky (2010), som viser hvordan frontlinjeansatte arbeider under forhold preget av knapphet, krysspress og uforutsigbarhet, og derfor må håndtere kompleksitet gjennom egne vurderinger og tilpasninger. I dette perspektivet fremstår variasjon mindre som et uttrykk for faglig frihet og mer som en konsekvens av at arbeidet ikke fullt ut lar seg standardisere eller kontrollere. Dermed blir det opp til ansatte å håndtere konsekvensene av organisatoriske begrensninger i praksis. Variasjon kan derfor ikke bare forstås som et uttrykk for profesjonell utvikling, men også som et uttrykk for at ansatte i førstelinjen må bære en stor del av ansvaret for å få tjenesten til å fungere i en kompleks arbeidshverdag. Samtidig viser materialet at helsefagarbeiderne ikke bare er passive mottakere av denne situasjonen. De utvikler strategier for å håndtere variasjonen gjennom fleksibilitet, erfaring og kontinuerlig tilpasning. Dette kan forstås i lys av Grimen og Molander (2008), som viser at skjønn er en sentral del av profesjonelt arbeid, særlig i situasjoner hvor regler og prosedyrer ikke gir klare svar. I denne studien fremstår skjønn som det som gjør det mulig å håndtere variasjon i praksis. Helsefagarbeidere må kontinuerlig vurdere hva som er viktigst, hva som haster, og hvordan oppgaver kan tilpasses situasjonen. Variasjon blir dermed tett knyttet til behovet for skjønn. Jo mer situasjonene varierer, desto større blir behovet for egne vurderinger og kontinuerlige tilpasninger. Johannessen (2019) utdyper dette ved å vise at skjønn ikke bare er individuelt, men relasjonelt og situasjonelt, og utvikles i møte med konkrete praksissituasjoner og organisatoriske rammer. Dette innebærer at variasjon ikke bare skaper utfordringer, men også er en forutsetning for utvikling av profesjonelt skjønn. Samtidig innebærer det at ansvaret i praksis blir større: Jo mer situasjonene varierer, desto mer må den enkelte ansatte selv vurdere hva som er riktig å gjøre.

Skjønn fremstår dermed ikke bare som en profesjonell ressurs, men også som en konsekvens av at ansatte må håndtere situasjoner hvor systemet ikke gir tydelige løsninger. Dette har også betydning for hvordan helsefagarbeidere forstår sin profesjonelle rolle. I lys av Abbott (1988) kan økt ansvar og variasjon forstås som en forskyvning i profesjonssystemet, hvor helsefagarbeidere får en mer aktiv rolle i å håndtere og organisere. På den ene siden kan dette tolkes som en profesjonell styrking, hvor ansatte får større handlingsrom og større betydning i den daglige oppfølgingen av pasientene. På den andre siden kan det også bety at ansatte får større ansvar uten at grensene for ansvar er tydelig definert. Profesjonsgrenser på arbeidsplassen kan være preget av flertydighet og fleksibilitet, og ansatte kan i praksis få et større handlingsrom gjennom egne vurderinger og skjønnsmessige tilpasninger (Johannessen, 2018). Dette kan bidra til å forstå hvordan helsefagarbeidere får ansvar for oppgaver som tidligere i større grad var knyttet til andre profesjoner. Denne tosidigheten blir også tydelig i lys av James et al. (2024), som fremhever betydningen av kontinuitet og relasjoner i omsorgsarbeid. Dersom variasjonen i arbeidshverdagen blir for stor, kan dette utfordre muligheten til å bygge stabile relasjoner til pasientene. Dermed oppstår en spenning mellom behovet for fleksibilitet og behovet for kontinuitet i omsorgen. Dette viser at variasjon ikke bare påvirker arbeidshverdagen, men også kvaliteten på tjenestene og muligheten til å utøve den typen omsorg ansatte oppfatter som viktig. Evetts (2003) gir en overordnet forståelse av denne situasjonen ved å vise at profesjonalitet både kan innebære autonomi og fungere som et organisatorisk styringsverktøy. I denne studien fremstår variasjon nettopp som dette. På den ene siden gir det rom for faglig skjønn og selvstendighet. På den andre siden er det også et resultat av organisatoriske krav og begrensninger som ansatte må håndtere i praksis. Variasjon kan dermed forstås både som en kilde til handlingsrom og som en konsekvens av hvordan arbeidet er organisert. Hupe og Hill (2016) bidrar til å forstå hva dette betyr i praksis. De viser at implementering av endringer ikke bare skjer gjennom formelle beslutninger, men gjennom hvordan ansatte håndterer konkrete situasjoner i arbeidshverdagen. Helsefagarbeidernes håndtering av variasjon fremstår dermed ikke bare som en tilpasning til endrede arbeidsvilkår, men også som en del av de prosessene som former tjenesten i praksis. Når ansatte tilpasser seg, prioriterer og løser situasjoner, er de samtidig med på å definere hvordan økt ansvar realiseres i praksis. Samlet viser temaet at økt ansvar i hjemmesykepleien må forstås i sammenheng med en arbeidshverdag preget av variasjon, uforutsigbarhet og organisatoriske begrensninger. Selv om variasjon kan bidra til læring, erfaring og profesjonell utvikling, viser materialet samtidig at denne variasjonen skaper økte krav til kontinuerlig tilpasning og

skjønnsutøvelse. Lipskys (2010) teori om bakkebyråkrati utgjør et viktig analytisk rammeverk for å belyse flere av funnene. Materialet preges i stor grad av uforutsigbarhet, ressursknapphet og behovet for kontinuerlige prioriteringer og tilpasninger i arbeidshverdagen. Variasjon fremstår dermed mindre som et uttrykk for profesjonell frihet, og mer som en konsekvens av organisatoriske og strukturelle forhold som helsefagarbeidere må håndtere i praksis. Abbott (1988) bidrar samtidig til å forklare hvordan helsefagarbeiderrollen utvides og får større ansvar gjennom forskyvninger i profesjonsgrenser, mens Grimen og Molander (2008) tydeliggjør betydningen av skjønn i situasjoner hvor regler og prosedyrer ikke gir entydige svar. Samlet viser studien at helsefagarbeidere må håndtere et vedvarende gap mellom krav og ressurser gjennom egne vurderinger, prioriteringer og samarbeid i arbeidshverdagen.

5.4 Ledelse og kollegafellesskap som strukturer for skjønn

Temaet ledelse og kollegafellesskap som strukturer for skjønn viser at helsefagarbeidernes ansvar i praksis ikke fremstår som et individuelt prosjekt, men som noe som er tett forankret i kollektive og organisatoriske strukturer. Informantene beskriver hvordan støtte fra både ledelse og kolleger er avgjørende for å kunne håndtere det økte ansvaret. Utsagn som at lederen "har støttet oss, har trodd på oss» og at det "ikke er flaut å spørre om» noe, peker mot at ansvar ikke bæres alene, men gjennom relasjoner, støtte og kontinuerlig samspill i arbeidshverdagen. Analysen viser dermed at ansvar i denne sammenhengen ikke bare er delegert til individet, men også sosialt organisert. Analyse viser dermed at ansvar i denne sammenhengen ikke bare er delegert til individet, men også sosialt organisert. Samtidig belyser temaet begge forskningsspørsmålene ved å vise hvilke strategier som brukes for å håndtere komplekse situasjoner i praksis, og hvordan den profesjonelle rollen formes i relasjon til kolleger og ledelse. Et første analytisk poeng er at ledelse i materialet ikke først og fremst fremstår som kontroll, men som tilrettelegging. Informantene beskriver en leder som begynte opplæring flere måneder før de skulle inn i HELTOM, og som fulgte opp underveis. Dette peker mot at ansvar ikke bare "gis», men bygges opp gradvis gjennom strukturert opplæring, støtte og oppfølging. I denne sammenhengen kan ledelse forstås som en stabiliserende faktor som reduserer usikkerhet i møte med nye oppgaver og vurderinger. Dette samsvarer med Skyrud (2024), som tydeliggjør at ledelse har stor betydning for hvordan oppgavedeling og kompetanseutvikling erfares i praksis, og at tilrettelegging for opplæring er avgjørende for om økt ansvar faktisk blir håndterbart (Skyrud, 2024). Sett i lys av denne studien betyr det at ledelse ikke bare er en bakgrunnsfaktor, men en aktiv betingelse for at økt

ansvar kan fungere i praksis. På den ene siden kan dette forstås som et uttrykk for god organisering og ansvarlig ledelse. Dersom ansatte får opplæring over tid, oppfølging og mulighet til å stille spørsmål, kan det bidra til å gjøre ansvar mer håndterbart og mindre belastendeDette støttes indirekte av James et al. (2024), som viser hvor viktig kontinuitet, nærhet og relasjonell trygghet er i omsorgsarbeid. Selv om studien primært fokuserer på relasjonen mellom ansatte og eldre, kan funnene bidra til å belyse betydningen av tillitsfulle relasjoner også i andre deler av tjenesten. Trygghet og kvalitet i praksis forutsetter relasjoner preget av tillit. I denne studien ser det ut til at ledelse kan bidra til å etablere en slik trygghet også internt i organisasjonen, ved å gi ansatte opplevelsen av at de ikke står alene med ansvaret. Samtidig åpner materialet for en mer kritisk tolkning. Dersom ledelse og kollegafellesskap er avgjørende for at ansvaret i det hele tatt skal være håndterbart, kan det også tyde på at ansvaret i seg selv er krevende å bære individuelt. En alternativ forståelse er derfor at behovet for sterk støtte ikke bare er uttrykk for god praksis, men også et tegn på at økt ansvar er lagt til ansatte under betingelser som gjør støttestrukturer nødvendige. Dette perspektivet får støtte hos Fläckman et al. (2015), som viser at organisatoriske endringer kan føre til stress, konflikt og svekket arbeidstilfredshet dersom støtte og ledelse ikke fungerer godt nok. Ledelse fremstår dermed ikke bare som noe positivt i seg selv, men som en avgjørende buffer mot belastning. Når ledelsen fungerer godt, stabiliserer den arbeidet. Når den fungerer dårlig eller er fraværende, kan det samme ansvaret oppleves betydelig tyngre. Denne tosidigheten kan utdypes i lys av Lipsky (2010). Han beskriver frontlinjeansatte som aktører som arbeider under krysspress mellom organisatoriske krav og praksisens realiteter, og som derfor utvikler strategier for å håndtere usikkerhet og arbeidspress. I et slikt perspektiv kan ledelse forstås på to måter. På den ene siden kan ledelsen fungere som en forlengelse av systemets krav, ved å videreformidle forventninger om effektivitet, ansvarlighet og fleksibilitet. På den andre siden kan ledelsen fungere som en buffer som oversetter disse kravene til noe som er praktisk håndterbart i arbeidshverdagen. Funnene i denne studien peker tydelig mot det siste. Lederen fremstår ikke først og fremst som kontrollinstans, men som en mellominstans mellom system og praksis som bidrar til å bygge trygghet og muliggjøre ansvar. Samtidig kan det diskuteres om ledelsen også fungerer som en form for organisatorisk styring. I lys av Evetts (2003) kan støtte, opplæring og tett oppfølging forstås som mekanismer som både muliggjør ansvar og bidrar til å regulere hvordan arbeidet utføres. Dette skaper en viktig teoretisk spenning i materialet. Mens Lipsky (2010) i større grad fremhever hvordan ansatte og ledelse forsøker å håndtere organisatorisk press i praksis, viser

Evetts (2003) hvordan støtte og profesjonalitet samtidig kan fungere som organisatoriske styringsmekanismer. I denne studien fremstår ledelse derfor både som støtte og styring samtidig. Selv om informantene beskriver ledelsen positivt, kan støtten også forstås som en måte organisasjonen gjør det mulig å legge mer ansvar til helsefagarbeidere uten nødvendigvis å redusere kompleksiteten i arbeidet. Materialet peker likevel sterkere mot at ledelsen først og fremst fungerer som støtte og stabilisering snarere enn kontroll. Dette skyldes at informantene særlig vektlegger trygghet, tilgjengelighet og muligheten til å spørre om hjelp. Samtidig er det ikke bare ledelse som fungerer som støttestruktur. Kollegafellesskapet fremstår minst like viktig. Informantene beskriver lav terskel for å be om hjelp, og en kultur hvor det er naturlig å spørre, diskutere og hjelpe hverandre. Dette peker mot at ansvar i praksis er kollektivt forankret, selv om det formelt kan være delegert til individet. I lys av Grimen og Molander (2008) kan dette forstås som at skjønn ikke utøves individuelt i et vakuum, men innenfor sosiale og normative rammer (Grimen & Molander, 2008, s. 180–184). Når helsefagarbeidere rådfører seg med hverandre, deler erfaringer og tester vurderinger mot andres perspektiver, blir kollegafellesskapet en arena for praktisk resonnering og uformell kvalitetssikring. Skjønn fremstår dermed ikke bare som en individuell ferdighet, men som en kollektiv praksis. Dette er et viktig analytisk poeng, fordi det utfordrer en enkel forståelse av profesjonelt ansvar som noe den enkelte "har». Dersom skjønn og ansvar i praksis er kollektivt forankret, må også profesjonell autonomi forstås mer relasjonelt. Samtidig oppstår det en viktig teoretisk spenning mellom skjønn som profesjonell ressurs og skjønn som nødvendig kompensasjon for organisatorisk kompleksitet. Grimen og Molander (2008) beskriver skjønn som en sentral profesjonell kompetanse, mens Lipsky (2010) i større grad viser hvordan behovet for skjønn oppstår fordi systemet ikke fullt ut klarer å standardisere arbeidet. I denne studien peker materialet sterkere mot det siste. Selv om kollegafellesskapet bidrar til læring, trygghet og profesjonell utvikling, fremstår det samtidig som en nødvendig måte å håndtere et komplekst og presset arbeidssystem på. Kollegafellesskapet blir dermed ikke bare en styrke ved profesjonsutøvelsen, men også en måte ansatte kollektivt håndterer organisatoriske begrensninger på. Dette samsvarer med Johannessen (2019), som viser at beslutninger i førstelinjen formes gjennom samhandling og forhandling mellom ulike aktører, og at skjønn derfor bør forstås som relasjonelt fremfor rent individuelt. I denne studien ser vi nettopp dette: ansatte håndterer ansvar gjennom å bruke hverandre som referansepunkter, ikke bare gjennom å stole på egne vurderinger. På den ene siden kan dette forstås som en styrke ved profesjonsutøvelsen. Når ansatte deler erfaringer og

støtter hverandre, kan det bidra til trygghet, læring og bedre kvalitet i beslutningene. Dette støttes av Skyrud (2024), som viser at læring og utvikling i stor grad skjer i samspill med andre, og at fysiske samlinger og kollegialt samarbeid er viktige for kompetanseutvikling (Skyrud, 2024). Det støttes også av Ekstedt et al. (2022), som viser at samarbeid og fleksibilitet er avgjørende for å håndtere komplekse situasjoner i hjemmetjenesten. På den andre siden åpner materialet også for en mer kritisk forståelse. Dersom kollegafellesskapet er så avgjørende for at ansvaret skal være håndterbart, kan dette også tyde på at ansvaret som er lagt til helsefagarbeiderrollen er vanskelig å bære individuelt. Kollegafellesskapet fremstår da ikke bare som støtte, men som en nødvendig kompensasjon for at oppgaver og ansvar er mer komplekse enn de formelle rammene tilsier. Dette er særlig relevant i lys av Johannessen (2018), som viser at profesjonsgrenser ofte er fleksible, flertydige og under kontinuerlig forhandling. Når helsefagarbeidere går inn i oppgaver og vurderinger som tidligere lå tydeligere hos andre profesjoner, kan behovet for støtte fra kolleger bli desto større, fordi grensene for ansvar ikke alltid er fullt ut avklart. Dette kan forstås i lys av Abbott (1988), som beskriver profesjoner som del av et gjensidig avhengig system. Endringer i én profesjons arbeidsoppgaver kan få betydning for andre profesjoner, og skape nye behov for samarbeid, koordinering og avklaring av ansvar. Behovet for støtte fra kolleger kan dermed forstås som en konsekvens av at arbeidsdelingen mellom yrkesgrupper er i endring. I denne sammenhengen kan kollegafellesskap og ledelse forstås som sentrale mekanismer i stabiliseringen av en rolle i endring. Når helsefagarbeidere overtar nye oppgaver, er det ikke nok at oppgavene formelt flyttes; det må også utvikles felles forståelser av hvordan oppgavene skal utføres, hva som regnes som god praksis, og hvordan ansvar skal avgrenses. Her blir kollegafellesskapet og ledelsen viktige fordi de bidrar til å skape en kollektiv forankring av kompetanse og praksis. Samtidig fanger Abbott i mindre grad opp hvordan denne kollektive støtten også kan forstås som en respons på organisatorisk press og økende kompleksitet i arbeidet. På dette punktet fremstår Lipskys (2010) perspektiv igjen som mer treffende enn Abbott, fordi materialet i større grad peker mot behovet for å håndtere usikkerhet og strukturelle begrensninger i praksis. Sundsbø (2024) tilfører en viktig nyanse ved å vise hvordan tidspress og organisatoriske krav kan begrense muligheten for samarbeid og omsorgsarbeid i praksis (Sundsbø, 2024, s. 165–167). Dette betyr at selv om kollegafellesskapet er viktig, er det ikke gitt at det alltid finnes tid og rom til å bruke det fullt ut. En viktig implikasjon av temaet er derfor at støttestrukturer ikke bare må eksistere formelt; de må også være praktisk tilgjengelige i arbeidshverdagen. Dersom tidspresset blir for høyt,

kan selv gode kollegiale kulturer få mindre betydning fordi ansatte ikke har rom til å rådføre seg og støtte hverandre slik de ellers ville gjort. Hupe og Hill (2016) gjør det mulig å løfte analysen fra individnivå til et bredere organisatorisk nivå. De viser at implementering skjer gjennom praksisfeltet, der ansatte og ledere sammen oversetter overordnede endringer til konkret arbeid. I denne studien innebærer det at ledelse og kollegafellesskap ikke bare er "støtte rundt» ansvar, men en del av hvordan det økte ansvaret faktisk blir realisert og gitt innhold i praksis. Når ansatte får opplæring, spør hverandre, justerer vurderinger og støtter hverandre i vanskelige situasjoner, er dette ikke bare hjelpemekanismer; det er selve måten omorganiseringen blir til på i det daglige arbeidet. Samlet viser temaet at økt ansvar i hjemmesykepleien ikke kan forstås som en individuell størrelse. Ansvar fremstår som noe som produseres og håndteres i samspill mellom individ, kolleger, ledelse og organisasjon. Flere teorier bidrar til å belyse ulike sider av dette, men Lipskys (2010) perspektiv fremstår som mest treffende for å forstå hvorfor støtte fra ledelse og kolleger blir så avgjørende i praksis. Materialet strukturer for å håndtere ansvar i en arbeidshverdag preget av høye krav og begrensede ressurser. Studien peker dermed mot at ansvar i hjemmesykepleien ikke bæres individuelt, men kollektivt og organisatorisk.

5.5 Mestring, læring og profesjonell utvikling i møte med økt ansvar

Temaet viser at økt ansvar ikke bare påvirker hva helsefagarbeidere gjør i praksis, men også hvordan de forstår seg selv som fagutøvere. Informantene beskriver en utvikling hvor ansvar blir tett knyttet til læring, mestring og en opplevelse av å "vokse» både faglig og personlig. Dette innebærer at økt ansvar ikke kun kan forstås som en endring i arbeidsoppgaver, men som en prosess hvor profesjonell identitet utvikles og omformes. I lys av problemstillingen viser dette at helsefagarbeidere ikke bare håndterer økt ansvar, men også integrerer dette ansvaret i forståelsen av egen rolle. Et første analytisk poeng er at læring og mestring i dette materialet fremstår som praksisbasert og erfaringsdrevet. Informantene beskriver hvordan de må "tilegne seg mer kunnskap» og gradvis blir tryggere gjennom å stå i ansvar. På den ene siden kan dette forstås som en styrke ved praksisnær læring. I tråd med Grimen og Molander (2008) utvikles profesjonelt skjønn gjennom erfaring og anvendelse i konkrete situasjoner. Når helsefagarbeidere håndterer komplekse situasjoner gjentatte ganger, utvikler de en mer raffinert dømmekraft, noe som gjør dem bedre i stand til å vurdere og handle faglig forsvarlig. Læring blir dermed ikke noe som skjer før man får ansvar, men noe som skjer gjennom ansvar. Dette peker mot at erfaring ikke bare gir mer kunnskap, men også bidrar til

utviklingen av profesjonell trygghet og identitet. Samtidig kan denne utviklingen også problematiseres. Dersom læring i stor grad skjer gjennom å "stå i det», kan det innebære at ansatte utvikler kompetanse under press, og ikke nødvendigvis under optimale læringsbetingelser. En alternativ tolkning er derfor at praksisbasert læring ikke bare er et uttrykk for faglig utvikling, men også en konsekvens av at systemet er avhengig av at ansatte lærer gjennom arbeid. I lys av Lipsky (2010) kan dette forstås som et uttrykk for at frontlinjeansatte kontinuerlig må håndtere krysspress, ressursknapphet og uforutsigbarhet i arbeidshverdagen. Dette innebærer at læring og arbeid ikke nødvendigvis er adskilte prosesser, men ofte skjer parallelt i møte med konkrete utfordringer og situasjoner. En slik utvikling kan oppleves som både utviklende og belastende. Dermed oppstår det en viktig spenning mellom læring som profesjonell utvikling og læring som nødvendig tilpasning til organisatoriske krav. Denne spenningen blir særlig tydelig om vi setter perspektivene til henholdsvis Grimen og Molander og Lipsky opp mot hverandre. Grimen og Molander (2008) beskriver læring og skjønn som en sentral del av profesjonell kompetanseutvikling, mens Lipsky (2010) i større grad viser hvordan behovet for læring oppstår fordi ansatte må håndtere organisatorisk kompleksitet og ressursmessige begrensninger i praksis. I denne studien peker materialet mot begge deler, men sterkere mot det siste. Selv om informantene beskriver mestring og faglig utvikling, fremstår denne utviklingen samtidig som tett knyttet til nødvendigheten av å håndtere stadig mer komplekse arbeidsoppgaver i en presset arbeidshverdag. Læring fremstår dermed ikke bare som en profesjonell ressurs, men også som en måte ansatte tilpasser seg økte krav og organisatoriske forventninger på. Dette peker videre mot en sentral spenning i materialet: Er økt ansvar primært en drivkraft for profesjonell utvikling, eller en måte å håndtere organisatoriske behov på? På den ene siden viser funnene tydelig at ansvar bidrar til økt mestring, motivasjon og opplevelse av å være viktig. Dette kan tolkes som en styrking av profesjonell identitet, hvor helsefagarbeidere i større grad ser seg selv som aktive fagutøvere med betydning for tjenesten. På den andre siden kan det argumenteres for at denne utviklingen også er tett knyttet til hvordan arbeidet er organisert, hvor ansatte må ta mer ansvar fordi det er nødvendig for at tjenesten skal fungere. I lys av Abbott (1988) kan dette forstås som en endring i arbeidsdelingen mellom yrkesgrupper, hvor oppgaver og ansvar fordeles på nye måter som følge av endrede organisatoriske behov. Når helsefagarbeidere ikke bare utfører oppgaver, men også mestrer vurderinger, prioriteringer og ansvar som tidligere var reservert sykepleiere, innebærer det at deres rolle i profesjonssystemet styrkes. Samtidig understreker Abbott (1988) at slik utvikling ikke skjer

automatisk, men gjennom praksis. Det er først når nye oppgaver gjentas, internaliseres og anerkjennes, at de blir en del av yrkesgruppens etablerte kompetanseområde. I denne studien ser vi nettopp dette: gjennom erfaring og mestring utvikler helsefagarbeidere ikke bare ferdigheter, men også en sterkere profesjonell identitet. Samtidig fanger Abbott i mindre grad opp hvorfor denne profesjonelle utviklingen skjer innenfor rammer preget av tidspress, ressursknapphet og kontinuerlige tilpasninger. Samtidig innebærer ikke denne utviklingen nødvendigvis at andre profesjoners posisjon svekkes. Snarere tyder funnene på at helsefagarbeiderne får et utvidet ansvar innenfor eksisterende organisatoriske rammer, samtidig som sykepleiere og andre profesjoner fortsatt har sentrale funksjoner og ansvarsområder. Utviklingen kan derfor forstås som en utvidelse av helsefagarbeidernes rolle, heller enn en direkte forskyvning av makt eller jurisdiksjon mellom profesjonene. Materialet peker i større grad mot at økt ansvar og læring utvikles fordi ansatte må håndtere organisatoriske behov i praksis, snarere enn gjennom en planlagt profesjonell utvidelse alene. Selv om vi med hjelp av Abbotts tilnærming kan forstå mye av hvordan helsefagarbeiderrollen styrkes og utvides, kan vi med utgangspunkt i Lipskys teori gi en tydeligere forklaring på hvorfor ansatte må utvikle kompetanse gjennom kontinuerlig håndtering av komplekse situasjoner i arbeidshverdagen. Samtidig reiser materialet et viktig spørsmål: I hvilken grad er denne profesjonelle utviklingen lik for alle? Tidligere deler av drøftingen har vist at ansvar oppleves og håndteres ulikt. Dette innebærer at også utviklingen av profesjonell identitet kan være differensiert. Noen ansatte opplever sterk mestring og utvikling, mens andre kan trenge mer tid og støtte. Dette nyanserer bildet av profesjonell styrking, og viser at utvikling ikke er en automatisk konsekvens av økt ansvar, men avhenger av både erfaring, støtte og organisatoriske rammer. Denne innsikten kan også kobles til Evetts (2003), som viser at profesjonalitet både kan forstås som autonomi og som en del av organisatorisk styring. I denne studien fremstår profesjonell utvikling nettopp som dette. På den ene siden utvikler helsefagarbeidere økt kompetanse, trygghet og identitet. På den andre siden skjer denne utviklingen innenfor rammer som også kan være styrt av behov for effektivisering og ressursutnyttelse. Profesjonell utvikling kan dermed ikke forstås isolert, men må sees i sammenheng med hvordan arbeidet er organisert. Dette skaper en tydelig spenning mellom profesjonell utvikling som styrking og profesjonell utvikling som organisatorisk nødvendighet. Videre viser funnene at læring og utvikling også er tett knyttet til relasjoner. Informantene beskriver hvordan støtte fra kolleger og ledelse er avgjørende i utviklingsprosessen. I tråd med Johannessen (2019) kan dette forstås som at profesjonell

utvikling skjer i samspill med andre, og at skjønn utvikles gjennom relasjonelle prosesser. Dette innebærer at profesjonell identitet ikke bare er noe den enkelte utvikler alene, men noe som formes i et faglig fellesskap. Samtidig peker materialet mot at slike relasjoner også fungerer som nødvendige støttestrukturer i møte med komplekse arbeidskrav. Kollegafellesskapet blir dermed ikke bare en arena for læring, men også en måte å håndtere organisatorisk press på. Denne utviklingen kan også settes i sammenheng med kvalitet i tjenestene. James et al. (2024) viser at god omsorg forutsetter relasjoner, kontinuitet og kompetanse. Dersom helsefagarbeidere utvikler større trygghet og kompetanse, kan dette bidra til bedre oppfølging av pasienter. Samtidig viser Sundsbø (2024) at organisatoriske rammer kan begrense hvordan denne kompetansen faktisk kommer til uttrykk i praksis. Dette innebærer at profesjonell utvikling ikke automatisk fører til bedre praksis, men er avhengig av at det også finnes rom for å bruke kompetansen. Her oppstår det igjen en spenning mellom utvikling av kompetanse og de organisatoriske rammene som setter grenser for hvordan kompetansen kan anvendes. Hupe og Hill (2016) gir en viktig overordnet forståelse av denne prosessen ved å vise at implementering av endringer skjer gjennom hvordan ansatte lærer og tilpasser seg i praksis. I denne studien innebærer det at helsefagarbeidernes læring og utvikling ikke bare er en konsekvens av omorganiseringen, men en del av hvordan den faktisk realiseres. Når ansatte utvikler kompetanse og mestrer nye oppgaver, er dette en del av hvordan tjenesten endres i praksis. Samlet viser temaet at økt ansvar i hjemmesykepleien ikke bare handler om oppgaver, men om profesjonell utvikling og identitetsendring. Flere teorier bidrar til å belyse ulike sider av denne utviklingen, men Lipskys (2010) perspektiv fremstår som mest treffende for å forstå hvorfor læring og mestring blir så sentrale i materialet. Dette skyldes at funnene i stor grad preges av hvordan ansatte utvikler kompetanse gjennom å håndtere organisatorisk kompleksitet, ressursknapphet og kontinuerlige tilpasninger i praksis. Abbott (1988) bidrar til å forklare hvordan profesjonell identitet og rolle styrkes gjennom erfaring og ansvar, mens Grimen og Molander (2008) tydeliggjør hvordan skjønn utvikles gjennom praksis. Likevel er det Lipsky som tydeligst forklarer hvorfor læring fremstår som en nødvendig del av arbeidshverdagen snarere enn bare et uttrykk for profesjonell utvikling alene. I lys av problemstillingen innebærer dette at helsefagarbeidere ikke bare håndterer økt ansvar, men også utvikler sin profesjonelle rolle gjennom kontinuerlig læring, tilpasning og erfaring i møte med organisatoriske og strukturelle krav.

Konklusjon

Denne studien har undersøkt hvordan helsefagarbeidere oppfatter og håndterer økt ansvar i hjemmesykepleien etter innføringen av HELTOM-modellen. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene om hvordan helsefagarbeidere utøver sitt utvidede handlingsrom i praksis, hvilke strategier de tar i bruk for å håndtere nye og komplekse situasjoner, og hvordan økt ansvar påvirker deres profesjonelle rolle, viser analysen at ansvar fremstår som et sammensatt fenomen. Økt ansvar innebærer både et større handlingsrom og en tydeligere ansvarliggjøring, samtidig som det stiller høyere krav til skjønnsutøvelse, prioriteringer og håndtering av organisatoriske begrensninger. Studien viser dermed at økt ansvar både innebærer faglig utvikling og et større ansvar for å håndtere konsekvensene av organisatorisk kompleksitet i praksis. Analysen av det første forskningsspørsmålet viser at helsefagarbeidere håndterer økt ansvar gjennom kontinuerlig prioritering, fleksibel oppgaveløsning, samarbeid og skjønnsbaserte vurderinger i møte med komplekse og uforutsigbare situasjoner. Strategiene som utvikles er i stor grad situasjonsavhengige og bygger på erfaring, relasjoner og tilpasning til organisatoriske rammer. Helsefagarbeiderne fremstår dermed ikke bare som utførere av tjenester, men som aktive aktører som i praksis er med på å forme hvordan tjenestene faktisk blir til. Samtidig viser studien at dette handlingsrommet er tett knyttet til strukturelle forhold som tidspress, ressursknapphet og organisering av arbeidet. Handlingsrommet fremstår derfor ikke som ubegrenset autonomi, men som situert og betinget av organisatoriske rammer. Strategiene helsefagarbeiderne utvikler kan dermed ikke bare forstås som uttrykk for profesjonell frihet, men også som nødvendige tilpasninger til en arbeidshverdag preget av kompleksitet og begrensede ressurser. I denne sammenhengen fremstår Lipskys (2010) perspektiv som særlig relevant for å forstå studiens hovedfunn. Analysen viser at helsefagarbeiderne kontinuerlig må håndtere et vedvarende gap mellom krav og ressurser gjennom egne vurderinger, prioriteringer og praktiske tilpasninger. Funnene peker dermed sterkere mot at økt ansvar må forstås som en konsekvens av organisatoriske og strukturelle forhold enn som en ren profesjonell styrking. Selv om informantene beskriver større handlingsrom og økt selvstendighet, viser studien samtidig at dette handlingsrommet er tett knyttet til ressursknapphet, uforutsigbarhet og behovet for kontinuerlig tilpasning i praksis. Helsefagarbeiderne fremstår derfor som bakkebyråkrater i Lipskys (2010) forstand, hvor skjønn og fleksibilitet blir nødvendige mekanismer for å få tjenesten til å fungere i møte med organisatoriske begrensninger. Når det gjelder forskningsspørsmål 2, viser studien at helsefagarbeiderne opplever en tydelig endring i sin profesjonelle rolle. Rollen utvikles fra å

være mer oppgaveorientert til å bli mer helhetlig, vurderingsbasert og ansvarsbærende. I lys av Abbott (1988) kan dette forstås som en forskyvning i profesjonell jurisdiksjon, hvor helsefagarbeidere overtar oppgaver og ansvar som tidligere i større grad har vært knyttet til andre profesjoner. Abbott beskriver profesjoner som del av et gjensidig avhengig system, hvor arbeidsoppgaver, ansvar og jurisdiksjoner kontinuerlig kan endres og reforhandles. Studien viser samtidig at denne rolleutvidelsen ikke innebærer full kontroll over arbeidet, men skjer innenfor organisatoriske rammer og i samspill med andre yrkesgrupper. Dette illustrerer hvordan endringer i arbeidsdeling kan påvirke profesjoners ansvarsområder og posisjon i tjenesten. Samtidig fanger Abbott i mindre grad opp hvorfor dette ansvaret utvikles under betingelser preget av ressursknapphet, tidspress og kontinuerlige tilpasninger. På dette punktet fremstår Lipskys perspektiv som mer treffende enn Abbott, fordi materialet i større grad peker mot organisatorisk press og ansvarliggjøring i førstelinjen enn mot full profesjonell autonomi. Videre viser studien at økt ansvar er tett knyttet til økte krav om skjønn og vurderinger i komplekse situasjoner. I tråd med Grimen og Molander (2008) innebærer dette at helsefagarbeidere i større grad må foreta vurderinger i situasjoner hvor det ikke finnes klare retningslinjer eller entydige svar. Skjønn fremstår dermed som en sentral kompetanse i håndteringen av økt ansvar. Samtidig viser studien at dette skjønnet ikke utøves individuelt, men i relasjonelle og organisatoriske sammenhenger, hvor kollegafellesskap og ledelse er avgjørende for hvordan ansvar håndteres i praksis. Grimen og Molander bidrar derfor til å forklare hvordan helsefagarbeidere utvikler og anvender skjønn i komplekse situasjoner. Likevel forklarer teorien i mindre grad hvorfor behovet for skjønn blir så omfattende i materialet. Studien peker her sterkere mot Lipskys (2010) forståelse av at skjønn blir nødvendig fordi frontlinjeansatte må håndtere organisatoriske begrensninger og situasjoner som ikke fullt ut kan standardiseres. Et gjennomgående funn i studien er at ansvar ikke utøves individuelt, men kollektivt og organisatorisk. Kollegafellesskap og ledelse fremstår som avgjørende for hvordan ansatte håndterer usikkerhet, prioriteringer og komplekse situasjoner i arbeidshverdagen. Ansvar fremstår dermed ikke som noe den enkelte ansatte bærer alene, men som noe som utvikles og håndteres gjennom samarbeid, støtte og relasjonelle prosesser. Dette viser samtidig at økt ansvar ikke bare innebærer større selvstendighet, men også større behov for kollektive støttestrukturer for å gjøre arbeidet håndterbart i praksis. Studien viser videre at økt ansvar ikke bare fører til belastning. Funnene viser også at ansvar kan bidra til læring, mestring, faglig utvikling og sterkere profesjonell identitet. Økt ansvar oppleves derfor både som utviklende og krevende. I lys av Evetts (2003) kan dette forstås som en utvikling hvor

profesjonalitet både innebærer økt autonomi og økt organisatorisk ansvarliggjøring. Studien viser dermed at profesjonell utvikling og organisatorisk styring ikke nødvendigvis står i direkte motsetning til hverandre, men eksisterer samtidig i praksisfeltet. På bakgrunn av dette kan problemstillingen besvares slik: Helsefagarbeidere oppfatter økt ansvar både som en mulighet for faglig utvikling, læring og større selvstendighet, og som en kilde til økt ansvarliggjøring, usikkerhet og belastning. De håndterer dette gjennom skjønnsutøvelse, prioritering, samarbeid og erfaringsbasert læring. Funnene viser samtidig at dette ansvaret utøves innenfor organisatoriske rammer preget av tidspress, ressursknapphet og kontinuerlige tilpasninger. Økt ansvar innebærer dermed ikke bare et utvidet handlingsrom, men også et økt krav til å håndtere kompleksitet i praksis. Avslutningsvis peker studien på behovet for videre forskning som undersøker hvordan økt ansvar påvirker kvaliteten i tjenestene over tid, og hvordan ulike organisatoriske modeller former balansen mellom handlingsrom, læring og belastning. Funnene viser samtidig at støtte fra ledelsen har stor betydning for hvordan helsefagarbeidere håndterer et utvidet ansvar i praksis. Dette aktualiserer behovet for studier som utforsker hvordan ledere selv forstår sin rolle i omstillingsprosesser, og hvordan ulike former for ledelsespraksis påvirker ansattes opplevelse av ansvar, trygghet og mulighet til å utøve faglig skjønn. Videre kan forskning som inkluderer ansatte med andre erfaringer eller mer kritiske perspektiver bidra til en bredere forståelse av hvordan økt ansvar oppleves og håndteres i praksis, og hvilke konsekvenser dette har for arbeidsmiljø, tjenestekvalitet og profesjonsutøvelse. Det kan også være relevant å undersøke hvordan tilsvarende endringer utspiller seg i andre deler av helse- og omsorgstjenestene. En slik videreføring kan gi økt kunnskap om hvordan ansvar omfordeles mellom yrkesgrupper, og hvordan organisatoriske endringer påvirker profesjonell praksis og tjenesteutvikling over tid.

Referanseliste

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor.* University of Chicago Press.kan du skrive den riktig?

Bukve, O. (2021). *Forstå, forklare, forandre: Om design av samfunnsvitskaplege forskingsprosjekt* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Dahle, R. (2003). *Shifting boundaries and negotiations on knowledge: Interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway*. *International Journal of Sociology and Social Policy, 23*(4–5), 139–158. https://doi.org/10.1108/01443330310790552

Dalen, H. M., Hjemås, G., Holmøy, E., & Jia, Z. (2026). *Behov for og tilgang på arbeidskraft i offentlig helse og omsorg fremover*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/behov-for-og-tilgang-pa-arbeidskraft-i-offentlig-helse-og-omsorg-fremover

Egholm, L. (2014). *Videnskabsteori: Perspektiver på organisationer og samfund.* Hans Reitzels Forlag.

Ekstedt, M., Schildmeijer, K., Backåberg, S., Ljungholm, L., & Fagerström, C. (2022). "We just have to make it work»: A qualitative study on assistant nurses' experiences of patient safety performance in home care services using forum play scenarios. *BMJ Open, 12*, e057261. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057261

Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International Sociology, 18*(2), 395–415. https://doi.org/10.1177/0268580903018002005

Fläckman, B., Skovdahl, K., Fagerberg, I., Kihlgren, M., & Kihlgren, A. (2015). Consequences of working in eldercare during organizational changes and cut backs while education and clinical supervision was provided: A mixed methods study. *Open Journal of Nursing, 5*(9), 813–827. https://doi.org/10.4236/ojn.2015.59086

Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 144–160). Universitetsforlaget.

Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179–196). Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2018). *Helsetjenester i hjemmet*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/helsetjenester-i-hjemmet

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (NOU 2023:4).* Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

Hovland, K. (2022). Tillitsreformen – viktige satsinger. Bergen kommune.

Hupe, P. L., & Hill, M. J. (2016). "And the rest is implementation.» Comparing approaches to what happens in policy processes beyond Great Expectations. *Public Policy and Administration, 31*(2), 103–121. https://doi.org/10.1177/0952076715598828

James, I., Norell Pejner, M., & Kihlgren, A. (2024). Nurse assistants' experiences and knowledge of how they create a meaningful daily life for older persons receiving municipal home healthcare. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 38(1), 159–168. https://doi.org/10.1111/scs.13219

Johannessen, L. E. F. (2018). Flertydighet og fleksibilitet: En etnografisk studie av legevaktens profesjonsgrenser. Norsk sosiologisk tidsskrift, 2(3), 242–258. https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2018-03-04

Johannessen, L. E. F. (2019). Negotiated discretion: Redressing the neglect of negotiation in 'street-level bureaucracy'. Symbolic Interaction, 42(4), 513–538. https://doi.org/10.1002/symb.451

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Larnholm, M., Hoen, B. T., & Abrahamsen, D. R. (2026). *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering: 2024-årgangen* (Rapporter 2026/5). Statistisk sentralbyrå.

https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/hjemmetjenestens-malgrupper-og-organisering

Lipsky, M. (2010*). Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed.). Russell Sage Foundation.

Midtlyng, G., & Leseth, A. B. (2024). «Men dette vet jo du»: Å forske i egen profesjon. I M. Mangsæter, H. M. Ihlebæk, T. Nordberg, & A. B. Leseth (Red.), *Tett på profesjon, arbeid og politikk: Kvalitative metodeutfordringer og verktøy for å løse dem* (s. 129–146). Cappelen Damm Akademisk.

Skyrud, R. V. (2024). Slik opplever helsefagarbeidere oppgavedeling på sitt arbeidssted. *Sykepleien, 112*, e-97443. https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.97443

Sundsbø, A. O. (2024). *«Vi er ingen selskapsdamer»: Førstelinjeansattes legitimering av nedprioritering av omsorg i hjemmetjenestene*. *Tidsskrift for omsorgsforskning, 10*(2), 156–175. https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.11

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2020). *National Early Warning Score (NEWS) i kommunehelsetjenesten*. KlinObsKommune. https://utviklingssenter.no/203615-news-web.pdf

Vedlegg 1: Intervjuguide

Introduksjon

Kort om prosjektet, anonymitet, informert samtykke og mulighet til å trekke seg.

Informere om stipend fra KS.

Innledende spørsmål:

Alder

Hvor lenge har du jobbet i hjemmebaserte tjeneste?

Er du helsefagarbeider eller assistent?

Hovedspørsmål:

1: Kan du fortelle litt om din erfaring med hjemmesykepleien, både før og etter omorganiseringen?

2: Hvordan har dine daglige arbeidsoppgaver endret seg siden omorganiseringen ble innført?

3: Hva er de største utfordringene du har møtt i forbindelse med det økte ansvaret?

4: Hvordan har du opplevd at denne endringen har påvirket din faglige utvikling og kompetanse?

5: Har du fått den opplæringen du trenger?

6: Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom helseteamet og omsorgsteamet?

7: Hvilken rolle spiller kommunikasjonen med helseteamet i det daglige arbeidet?

8: Hvilken type støtte har du fått fra ledelsen i forbindelse med omorganiseringen?

9: Hvordan opplever du at det nye ansvaret har påvirket din arbeidshverdag, både positivt og negativt?

10: Hva er dine tanker om at helsefagarbeidere av ulik alder kan oppleve disse endringene ulikt?

11: Hvordan påvirker ressurssituasjonen, som tidsbruk og bemanning, din evne til å utføre de nye oppgavene?

12: Er det noe annet du tenker er viktig å si om din opplevelse av økt ansvar i hjemmesykepleien som vi ikke har snakket om ennå?

13: kan jeg benytte data fra dette prosjektet videre dersom jeg vil gjøre mer forskning på emnet senere? Selvsagt anonymisert!

14: Har du noe spørsmål?

Takk for at du stilte til intervju!

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Høgskulen på Vestlandet

Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvordan oppfatter helsefagarbeidere å få økt ansvar for tjenestemottakerne i hjemmesykepleien, og hvordan håndterer de dette?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masterstudie hvor formålet er å undersøke hvordan oppfatter helsefagarbeidere å få økt ansvar for tjenestemottakerne i hjemmesykepleien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan helsefagarbeidere og assistenter i hjemmesykepleien opplever og håndterer økt ansvar etter omorganiseringen i Bergen kommune, spesifikt HELTOM-modellen. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål
Formålet med masteroppgaven er å gi en dypere og mer nyansert forståelse av de profesjonelle og personlige erfaringene til helsefagarbeidere og assistenter. Studien analysere hvordan disse frontlinjearbeiderne utøver sin jobb og tilpasser seg nye roller under ressursknapphet og høyt arbeidspress. Opplysningene som samles inn, vil primært bli brukt til å skrive masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?
Høgskulen på Vestlandet (HVL) v/Institutt for teknologi, miljø- og samfunnsvitskap

for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i dette prosjektet fordi du er en helsefagarbeider eller assistent som arbeider i hjemmesykepleien i Bergen kommune. Prosjektet ønsker å forstå hvordan ansatte i din yrkesgruppe opplever og håndterer økt ansvar etter omorganiseringen av tjenestene, kjent som HELTOM-modellen. Dine erfaringer og perspektiver er sentrale for å belyse denne problemstillingen. Jeg har som mål å intervjue fire til åtte deltakere, og antall vil styres av hvor mye ny informasjon som fremkommer under intervjuene.

Jeg har fått dine kontaktopplysninger fra avdelingslederen din.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i denne studien, innebærer det at du blir med på et kvalitativt intervju med meg, studenten som utfører prosjektet. Intervjuet vil finne sted på et tidspunkt som passer for deg og din leder. Intervjuet er ment å være en samtale der du kan dele dine erfaringer og perspektiver. Det forventes at intervjuet vil ta omtrent 45–60 minutter. Under intervjuet vil jeg stille spørsmål om din opplevelse av økt ansvar i hjemmesykepleien etter omorganiseringen.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger
Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun meg og min veileder ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) vil ha tilgang til de innsamlede opplysningene. Begge har taushetsplikt.
- Jeg vil transkribere intervjuet, og ditt navn og eventuelle gjenkjennbare detaljer vil bli erstattet med en kode så tidlig som mulig i prosessen. Denne koden vil lagres på en separat, adskilt fil fra selve intervjudataene, og denne filen vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder.
- All informasjon, inkludert lydopptak, transkripsjoner og notater, vil bli lagret passordbeskyttet. Lydopptakene vil bli slettet etter at de er transkribert.
- I masteroppgaven og eventuelle fremtidige publikasjoner vil du ikke kunne gjenkjennes. Alle opplysninger vil presenteres på et anonymisert og aggregert nivå. For eksempel vil sitater fra intervjuet bli presentert uten navn eller gjenkjennbare detaljer, slik at din anonymitet er fullstendig sikret. Ingen individuelle opplysninger vil bli publisert på en måte som kan identifisere deg som deltaker.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent Prosjektet skal etter planen være avsluttet innen utgangen av juli 2026. Inntil prosjektet er avsluttet vil dataene vil bli oppbevart i anonymisert form i passordbeskyttet pc som bare undertegnede har tilgang til . Etter endt prosjekt vil opptak fra intervjuene, kodelisten med navn og kontaktinformasjon bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.
På oppdrag fra Institutt for samfunnsvitskap v/HVL har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Student, Nancy Amorim: nancygamorim@gmail.com
- Forskningsansvarlig/veileder, Laila Nordstrand Berg: laila.nordstrand.berg@hvl.no
- Personvernombud ved HVL, Trine Anikken Larsen: personvernombod@hvl.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Håvard Brede Aven Prosjektansvarlig/veileder	Nancy Geralda Amorim Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: *Hvordan oppfatter helsefagarbeidere å få økt ansvar for tjenestemottakerne i hjemmesykepleien, og hvordan håndterer de dette?*

, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- at intervjuet blir tatt opp på lydfil
- at funnene fra studien kan publiseres i anonymisert form i masteroppgaven
- at opplysningene mine blir behandlet frem til prosjektet er avsluttet
- at data fra intervjuet kan brukes i anonymisert form etter prosjektslutt

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Sikt skjema

Sikt

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Type vurdering	Dato
745591	Standard	26.09.2025

Tittel
Hvordan oppfatter helsefagarbeidere og assistenter å få økt ansvar for tjenestemottakerne i hjemmesykepleien, og hvordan håndterer de dette?

Behandlingsansvarlig institusjon
Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitskap / Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Prosjektansvarlig
Håvard Brede Aven

Student
Nancy Geralda Amorim

Akademisk nivå
Master

Behandlingsperiode
20.10.2025 – 20.07.2026

Kategorier personopplysninger
Alminnelige
- Navn
- Stemme på lydopptak

Lovlig grunnlag
Samtykke, jf. GDPR art. 6(1)(a)

Samlet vurdering

> Vi har vurdert at behandlingen av personopplysninger oppfyller kravene i personvernregelverket. Vi gjør vurderinger på vegne av behandlingsansvarlig institusjon. Du må følge institusjonens retningslinjer for informasjonssikkerhet, og eventuelle vilkår i vurderingen.