

7. semester ekstern, teoretisk prøve

Professionsbachelorprojekt

Frit valg i praksis - Hjemmesygeplejerskens oplevelse af samarbejdet med private leverandører af hjemmehjælp

Forfatter:

Kristensen, Barbora
Poulsen, Casper Høgh Wittingsrud
SV21S-Net

Vejleder:

Bendix Andersen, Anne

Afleveringsdato: 02-01-2025

Tegn i opgaven inkl. mellemrum: 79.946

Antal siders litteratur: 1.516 normalsider

*VIA University College
Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg
Prinsens Alle 2, 8800 Viborg*

Resumé

Når en borger i Danmark vælger at modtage hjemmepleje af en privat leverandør og samtidig modtager sundhedsydelser af den kommunale hjemmesygepleje, kræver dette et samarbejde mellem disse to aktører. Vi har anvendt en kvalitativ, induktiv tilgang med afsæt i hermeneutikken for at belyse sygeplejerskens oplevelse af dette samarbejde. Formålet med dette er at opnå viden om, hvordan det påvirker det samlede borgerforløb. Data er indhentet fra 3 semistrukturerede interviews med hjemmesygeplejersker. Til analysen har vi anvendt Dahlager og Fredslunds 4 trins model. Vi fandt frem til, at flere af udfordringerne i samarbejdet med private leverandører minder om dem, man ser i et tværsektorielt samarbejde. Det kan give sygeplejersken oplevelsen af, at forløbet er af ringere kvalitet, end hvis borgeren havde haft den kommunale hjemmepleje. Opgaven kan bidrage med viden om et område, der traditionelt ikke er forsket indenfor, men som kan have en direkte effekt på kvaliteten af plejen.

Abstract

When a Danish citizen chooses to receive home care from a private provider while simultaneously receiving health care services by the municipal home nurses, it requires cooperation between these two partners. We have used a qualitative inductive approach based on a hermeneutic method to explore the nurse's experience of this collaboration. The aim of this was to gain knowledge about the impact of this collaboration on patient experience. Data was collected through three semi-structured interviews with home nurses. For the analysis, we applied Dahlager and Fredslund's four-step model. We found that challenges in this collaboration resemble those of a cross-sectoral collaboration. This could lead the nurses to perceive the care process as being of lower quality compared to if the citizen had received municipal home care. This paper may contribute with knowledge about a subject that can directly impact on the quality of care, but where much research traditionally hasn't been done.

Indholdsfortegnelse

Introduktionsafsnit.....	2
Problembeskrivelse	2
Samfundsperspektiv.....	2
Curologisk perspektiv	4
Afgræsning	5
Problemformulering.....	5
Metode	5
Videnskabsteoretisk ståsted	5
Hermeneutik	6
Forforståelse	6
Litteratursøgning.....	6
Enkeltmandsinterview.....	8
Udvælgelse af informanter	9
Etiske overvejelser.....	9
Interessekonflikt.....	10
Analysemetode	10
Helhedsindtryk.....	11
Meningsbærende enheder identificeres og kategoriseres	11
Operationalisering.....	11
Rekontekstualisering	12
Resultater.....	12
Fund	12
Tema 1 Når kendskabet til plejegruppen får betydning	13
Tema 2 Bruger jeg min tid fornuftigt?	14
Tema 3 Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor.....	15
Tema 4 Det frie valg udfordrer sygeplejersken.....	17
Diskussion af fund	18
KlaPb-modellen	18
Fund 1: Når kendskab til plejegruppen får betydning.....	19
Fund 2: Bruger jeg min tid fornuftigt?	20
Fund 3: Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor	22
Fund 4: Det frie valg udfordrer sygeplejersken	24
Metodediskussion	26

Troværdighed.....	26
Pålidelighed.....	27
Bekræftelighed.....	27
Overførbarhed	28
Konklusion.....	28
Perspektivering	29
Indholdsfortegnelse	30
Bilagsfortegnelse	39

Introduktionsafsnit

Dette bachelorprojekt tager udgangspunkt i samarbejdet mellem de private leverandører af hjemmepleje, herefter benævnt PLH, og den kommunale hjemmesygepleje. Fokus er på hvordan samarbejdet påvirker det samlede borgerforløb. Vores interesse udspringer fra de observationer som vi begge har gjort i løbet af vores praktikperioder i primær sektor samt gennem fritidsarbejde i den kommunale hjemmepleje. Vi har begge observeret, hvordan samarbejdet til tider har ført til frustration for den kommunale hjemmesygeplejerske.

På baggrund af en ustruktureret, indledende litteratursøgning samt kædesøgning fandt vi sparsomt med viden om emnet. Den litteratur vi fandt genspejlede ikke de udfordringer, som vi observerede at hjemmesygeplejerskerne oplevede. I stedet fremhævede litteraturen primært den stigende brug af den private hjemmepleje, og de samfundsmæssige fordele denne service kunne have. Det vi så var også, at når der blev sat spørgsmålstejn ved effekten af ydelsen, så var fokus på prisen af at benytte en privat leverandør. Dette kan tyde på, at der hersker et unuanceret billede af, hvordan dette samarbejde fungerer og effekten heraf på kvaliteten af plejen. Ønsket med dette bachelorprojekt bliver derfor at undersøge hvordan sygeplejerskerne oplever, at dette samarbejde påvirker deres arbejdsgang og derigennem det samlede borgerforløb.

I de følgende afsnit belyses emnet ud fra et samfundsmæssigt og curologisk perspektiv, samtidig med at der argumenteres for den sygeplejefaglige relevans. Til slut afgrænses problemet, hvilket udmunder i en problemformulering med afsæt i hjemmesygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet med PLH.

Problembeskrivelse

Samfundsperspektiv

Siden 1980'erne har danske borgere fået hjælp i eget hjem til personlig pleje og rengøring gennem det offentlige system (1) (2). I 2002 blev programmet velfærd og valgfrihed igangsat, og programmet indeholdt bl.a. fritvalgsreformen, der trådte i kraft i 2003 under den daværende VK-regering (1). Reformen gjorde det muligt for borgerne at vælge mellem et kommunalt og et privat hjemmeplejetilbud (1) (3). I udgangspunktet var de 2 aktørers tilbud identisk, da borgerne blev visiteret til en bestemt ydelsespakke (1). Hensigten med reformen var at øge brugerautonomien, skabe mere sundhed for pengene samt fremme konkurrenceudsættelse af serviceydelser (1). I 2013 kom der en ændring i serviceloven, som betød at prisen for hjemmeplejeydelserne kunne sendes i udbud. (1). Det kunne altså potentielt blive billigere for samfundet at bruge PLH sammenlignet med det kommunale tilbud. I 2022 valgte i gennemsnit 41 procent af

borgerne, som var blevet visiteret til praktisk hjælp og/eller personlig pleje, en privat leverandør, hvilket er det højeste nogensinde (4). I enkelte kommuner er det op mod 60 procent af borgerne, som vælger en PLH (5). En analyse foretaget af Dansk erhverv i 2017 viser også, at den danske befolkning under pensionsalderen generelt er positivt indstillet overfor PLH. Ud af 1006 informanter foretrak 26% PLH sammenlignet med 33%, der foretrak kommunen (6). På trods af at flere og flere danskere vælger at benytte sig af PLH, findes der sparsomt med data ift., om introduktionen har været en succes i Danmark. Den viden, som findes, fokuserer primært på prisen af plejen og hvor mange som vælger PLH. Ikke om introduktionen af denne aktør har haft en effekt på kvaliteten af den leverede pleje. Samtidig er den data, der fokuserer på prisen af at benytte PLH et debatindlæg fra 2009 og en rapport fra VIVE, som er over 10 år gammel. Ser vi på debatindlægget og rapportens data tyder de på, at introduktionen af PLH kan gøre det dyrere for kommunerne at tilbyde den nødvendige hjemmehjælp (7) (8). På baggrund af den sparsomme mængde data, lod vi os inspirere af, hvordan man håndterer det i Sverige og Norge, siden deres sundhedssystemer ligner det danske (9) (10) (11) (12), og de har været igennem en lignende privatisering af primær sektor (13) (12) (14). Imidlertid er der også begrænset viden her (15). Et norsk studie tilbage fra 2002 påpeger, at norske erfaringer med privatiseringen på daværende tidspunkt var begrænset, men tallene tydede på at privatisering på kort sigt havde en positiv effekt på kvaliteten (16). Til gengæld nævnes det også, at det prispres som sættes på udbyderen, når der konkurreres om pris, kan påvirke kvaliteten af ydelserne negativt (16). Et svensk studie fra 2022 har vist, at der ikke er bevis på at privatiseringen har haft den ønskede effekt. I studiet var der en lille effekt på den subjektive kvalitet, som er brugertilfredsheden, men ingen åbenbar effekt på den objektive kvalitet, såsom en reduktion i hospitalsindlæggelser (15). Studiet påpegede også, at indførelsen af PLH havde haft en negativ effekt på lighed i sundhed. Der opstod en skævvridning ift. hvor PLH etablerede sig i landet, samtidig med at den rigeste del af befolkningen købte sig til ydelser, som den fattigste del ikke kunne (15). Dette er en tendens som umiddelbart også finder sted i Danmark. Dette ses bl.a. gennem hjemmeservice, hvor ældre, som er utilfredse med den hjælp de får fra kommunen til praktiske opgaver, kan købe sig til ekstra hjælp og tillægsydelser, hvis de har råd, og bruger PLH (2). Ser vi på behovet for hjælp i eget hjem, forventes det at der i 2036 har været en stigning på 80% i antallet af plejekrævende ældre i aldersgruppen 80+ sammenlignet med i dag (17). Dette gør diskussionen om hvilken rolle PLH skal spille, samt hvordan samarbejdet med sygeplejerskerne i kommunen skal varetages, endnu mere aktuelt. Årsagen til dette er både de blandede erfaringer fra sammenlignelige, skandinaviske sundhedssystemer og stigningen i plejekrævende borgere. Desuden er det relevant at beskæftige sig med det sygeplejefaglige perspektiv, idet det er sygeplejersken, som skal samarbejde med PLH om at levere sundhedsydelser til de borgere, der har behov herfor.

Curologisk perspektiv

I 2007 flyttede en større del af behandlingen fra hospitalerne og ud i borgerens hjem (18). Der blev herigennem introduceret flere ydelser fra sundhedsloven i primærsektor (1) (19) (20). De kommunale sygeplejerskers fik hermed flere opgaver og et større ansvarsområde (19) (20). Det betød også, at der skete en opdeling af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen, siden de nu opererede under 2 forskellige love. Henholdsvis service – og sundhedsloven (21). Social – og ældreminister Astrid Krag (S), udtaler i 2021 i et debatindlæg, at en af udfordringerne i hjemmeplejen og sygeplejen har været det tværprofessionelle samarbejde (22). I en analyse foretaget af VIVE påpeger sygeplejerskerne, som deltog, at nogle af de udfordringer, de oplever er, at de er kommet længere væk fra plejegruppen. Dermed mister de følingen med de forløb, hvor plejegruppen løser majoriteten af opgaverne. De oplevede også usikkerhed ift. om der blev fulgt op på uddelegerede opgaver, dårligere kommunikation mellem medarbejdere og øget risiko for fejl (23, s. 46-61). Teams-Konceptet kan ifølge Astrid Krag være med til at forbedre kontinuiteten og det tværfaglige samarbejde i kommunen (22) og dermed potentielt løse nogle af de udfordringer som sygeplejerskerne oplevede. Konceptet udspringer af den hollandske Buurtzorg-model (24). Det går ud på at samle professionerne, som står for det samlede borgerforløb, herunder sygeplejerskerne og plejegruppen, i små tværfaglige teams (25). Denne organisering er testet i flere danske kommuner med positive resultater (26). Generelt har introduktionen af teams betydet større kontinuitet i personalet, der besøger borgerne, højere kvalitet i plejen samt øget borger- og medarbejdertilfredshed (27) (28) (29) (30). Der er imidlertid andre forudsætninger for den omstrukturering, som finder sted i kommunerne når PLH introduceres. Her kan nævnes, at PLH kun håndterer ydelser fra serviceloven, de er underlagt en anden ledelse og er fysisk adskilt fra den kommunale sygepleje. Der er derfor ikke de samme muligheder for at skabe et tværprofessionelt samarbejde. Opdelingen af hjemmesygeplejen og plejegruppen vil stadig være en udfordring i denne kontekst. En udfordring som sygeplejersken skal agere i, på bedst mulig måde, i hendes samarbejde med PLH. Selvom det muligvis ikke er den optimale organisering af plejen, er sygeplejersken stadig forpligtet til at respektere patientens ret til selvbestemmelse herunder om de ønsker den private eller kommunale hjemmepleje (31). Samtidig arbejder hjemmesygeplejersken i et sundhedsvæsen, hvor behandling af høj kvalitet og at borgerne oplever en sammenhæng mellem ydelserne er i fokus (32). Dette ses bl.a. gennem de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Mere specifikt mål 1, bedre sammenhængende patientforløb, og mål 4, behandling af høj kvalitet (33). På baggrund af forskningen om tværprofessionelle teams kan det tyde på, at sygeplejerskernes forudsætninger for at opretholde denne kvalitet bliver udfordret i samarbejdet med PLH. Derfor er det af sygeplejefaglig relevans at undersøge, hvordan samarbejdet opleves for hjemmesygeplejerskerne, for at få et bedre indblik i hvordan plejen udarter sig, når de 2 aktører skal samarbejde.

Afgræsning

I denne opgave er fokus på hjemmesygeplejerskens oplevelse af samarbejdet med private leverandører af hjemmepleje i komplekse borgerforløb. Komplekse forløb defineres i denne kontekst, som forløb hvor PLH og hjemmesygeplejen er gensidigt afhængige af hinanden, for at sikre, at borgeren får hjælp. Det er forløb som kræver koordinering på ugentlig basis, og handler om mere end at borgeren skal have doseret medicin af kommunen og får praktisk hjælp, f.eks. rengøring af PLH. Her er f.eks. tale om, at hjemmesygeplejersken skal give smertestillende medicin før personlig pleje, eller at PLH skal mobilisere borgeren til seng og hjælpe med lejrning ved sårpleje. Grundet opgavens omfang, hvor der afholdes interviews med 3 informanter, fokuserer vi på 1 kommune. Dette gøres for at få et mere komplet billede af, hvordan hjemmesygeplejerskerne i denne kommune oplever samarbejdet. Dette leder os til følgende problemformulering.

Problemformulering

Hvordan oplever hjemmesygeplejersken, at samarbejdet med private leverandører af hjemmeplejen påvirker det samlede borgerforløb?

Metode

I dette afsnit redegøres der for opgavens videnskabsteoretiske ståsted, hvilket indeholder argumentation for valget af et kvalitativt forskningsdesign og den hermeneutiske spiral. Derefter følger en beskrivelse vores litteratursøgning, samt af den anvendte analysemetode.

Videnskabsteoretisk ståsted

Opgavens videnskabsteoretiske ståsted er den humanvidenskabelige tradition og herunder det kvalitative design, da det giver mulighed for *“at studere menneskers personlige erfaringer med et fænomen”* (34, s. 140). En kvalitativ tilgang er velegnet, da opgavens formål er at undersøge fænomenet

“hjemmesygeplejerskens oplevelse af samarbejdet med PLH og påvirkning heraf på borgerforløbet”.

Hermed søges en forståelse af, hvordan sygeplejersker oplever et fænomen, hvilket gør kvalitative metoder velegnede (35). Vi indsamler vores data igennem kvalitative, semi-strukturerede interviews og anvender en induktiv tilgang, hvor vores data danner udgangspunkt for den efterfølgende analyse og diskussion (36, s. 194). Dette giver mulighed for at være åben overfor sygeplejerskernes oplevelser og lade dem tale frit, da deres udtalelser ikke skal passe ind i en teoretisk ramme (37, s. 43).

Hermeneutik

Hermeneutikken er en videnskabsteori under humanvidenskaben og beskæftiger sig med at forstå den underliggende mening, der kommer til udtryk i enten en tekst eller et interview (38, s. 160). Hermeneutik kommer fra græsk og betyder fortolkning, hvor man søger at opnå en ny forståelse for det fænomen, man beskæftiger sig med (38, s. 160). Dette gøres med fokus på, hvad betydning oplevelsen har for det enkelte menneske og ikke kun på selve oplevelsen (38) (39). I hermeneutikken findes flere forskellige retninger, hvor vi i denne opgave tager udgangspunkt i Hans-Georg Gadammers filosofiske hermeneutik (38) (40, s. 161). I analysemetodeafsnittet redegør vi for, hvordan vi arbejder hermeneutisk i analysen, men først introducerer vi grundtankerne bag Gadammers principper.

Hans- Georg Gadamer var en tysk filosof og hermeneutikker (41) . Han hævder, at vi som mennesker ikke kan være objektive, da vores erfaringer, forestillinger og antagelser altid vil præge vores forståelse (39,41). Disse erfaringer, forestillinger og antagelser er defineret som vores forforståelse og danner grundlag for, hvordan vi forstår verden. Gadamer antager, at forforståelsen danner en horisont, også kaldet et synsfelt, som verden fortolkes ud fra (38) (40, s. 161). Når vores forståelse møder en anden forståelse, kan horisonten, gennem dialog, komme tættere på en anden horisont, hvilket giver mulighed for, at der sker en horisontsammensmeltning. (40) Denne hermeneutiske fortolkningsproces er udgangspunktet for den hermeneutiske spiral, som symboliserer en cirkulær proces, hvor ny viden kontinuerligt fortolkes og skabes (42, s. 114). For at kunne bringe sin egen forforståelse ind i fortolkningsprocessen er det vigtigt at være bevidst og have defineret sin forståelse på forhånd for at kunne bestemme, hvilken betydning den har for ens opgave (38) (39,40). Dette gøres i det følgende afsnit.

Forforståelse

Vores forforståelse er baseret på vores erfaringer i praktikforløb og studiearbejde i hjemmesygeplejen. Vi har oplevet, hvordan samarbejdet med private leverandører er foregået på en anden måde end samarbejdet med den kommunale leverandør af hjemmepleje. Det blev observeret, at forskellene i samarbejdet til tider kunne skabe frustration for de involverede kommunale hjemmesygeplejersker. Denne frustration bundede ofte i, at parterne stillede forskellige krav til arbejdsmiljøet i hjemmet samt i kommunikationsproblemer. Dette har bidraget til vores forforståelse om, at der er andre udfordringer i dette samarbejde, end der er internt i den kommunale plejesektor.

Litteratursøgning

For at opnå baggrundsviden om emnet har vi først lavet en eksplorativ, også kaldet en ustruktureret, søgning på google scholar, microsofts chatbot copilot, bibliotek.dk og på Idunn (43, s. 156). Vi har fravalgt engelske søgetermer, idet en skattefinansieret hjemmepleje primært er et skandinavisk

fænomen. I andre lande er der brugerbetaling, og/eller er hjemmehjælp finansieret gennem forsikringen. At det ikke giver mening at søge på "primærsektor" underbygges af Cinahls og Pubmed's liste over relevante emneord, hvor der står, at søgning på "primary care" ikke kan anvendes i f.eks. en amerikansk kontekst (44). Derfor er vi endt med udelukkende at lave en systematisk søgning på Idunn med norske, svenske og danske søgstermer og en søgning efter baggrundsviden på VIVE.

I vores systematiske søgning har vi lavet en søgeprofil (Bilag A) og opstillet en række in- og eksklusionskriterier. Disse bidrager til at afgrænse søgningen og derved øge troværdigheden af et studie (45) (46, s. 58). I vores søgning har vi fokuseret på at søge på VIVE og på Idunn.

Figur 1: In – og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Artiklens alder: Publiceret de sidste 24 år Geografi: Skandinavien Sprog: Artikler på engelsk, dansk, norsk og svensk	Artiklens alder: artikler ældre end 24 år Geografi: Alle lande udenfor Skandinavien Sprog: Alle andre sprog end engelsk, dansk, norsk og svensk og russisk

VIVE er et uafhængigt dansk forskningscenter, der leverer praksisnær og evidensbaseret viden på velfærdsfærdsområdet, herunder om primær sektor (47). På VIVE er der søgt på "privat leverandør af hjemmepleje" og "privat leverandør", hvilket har givet hhv. 17 og 68 resultater (Bilag B). Af disse blev enkelte fundet egnede til at bidrage med viden til baggrundsafsnittet.

Idunn er det norske Universitetsforlagets digitale platform for fag – og forskningstidsskrifter og åbne forskningsbøger. Det er nordens største tidsskriftsdatabase og indeholder artikler fra alle skandinaviske lande (44). Vi lavede vores udvælgelsesproces ud fra vores ind- og eksklusionskriterier. Da Idunn har artikler fra alle Skandinaviske lande, er der søgt på henholdsvis dansk, norsk og svensk (Bilag C). Udover de generelle ind- og eksklusionskriterier udvalgte vi også de relevante tidsskrifter at søge i på Idunn, siden databasen ikke kun fokuserer på sundhedsvidenskab. Vi brugte et flowchart til at systematisere og dokumentere sorteringsprocessen (Bilag D). Artikler hvor der ikke var en direkte sammenhæng til vores problemformulering, men hvor delaspæker potentielt kunne nuancere vores problem blev medtaget til

læsning af hele artiklen. Ud af søgningen på Idunn kom 1 artikel (Bilag D). Den fokuserede på om kvaliteten af plejen reduceres, når den sættes til udbud (16). Der blev foretaget en referencesøgning af dennes kilder. Referencerne var tilbage fra slutningen af 90'erne og de mulige brugbare referencer var enten udateret eller ikke tilgængelige længere. Dermed konkluderede vi, at der mangler brugbar og aktuel viden på området, og at problemformuleringen ikke kan besvares ved et litteraturstudie. Derfor vælger vi at lave interview og selv generere data.

Enkeltmandsinterview

Svend Brinkman er professor i almenpsykologi og kvalitative metoder og er forfatter til flere bøger, herunder *"Interview"* (35). Denne bog danner grundlag for vores dataindsamlingsprocess, da den kombinerer teori og praktiske metoder, så man sikrer, at interviewprocessen foregår på en systematisk og etisk korrekt måde (48) (49).

Interview definerer Sven Brinkman som samtaler med det bestemte formål at indhente viden om et, på forhåndsbestemt, emne (50, s. 38). I denne opgave anvendes det kvalitative semi-strukturerede interview, som giver mulighed for at fokusere interviewet, men samtidig give informanten mulighed for frit at dele, hvad der er vigtigt for ham/hende (51, s. 182). At opnå forståelse for informantens opfattelse og holdninger er en essentiel del af den filosofiske hermeneutik, som Gadamer beskæftiger sig med (52). Vi opnår dette ved, at vi på forhånd har udarbejdet en interviewguide (Bilag E), som interviewerens støtter sig til under interviewet. Denne guide er desuden udarbejdet til at sikre, at vi arbejder hermeneutisk og får sat vores forståelse i spil. Dette er gjort ved dels at spørge ind til, hvordan informanten oplever fænomenet, men samtidig spørge ind til dennes fortolkninger, meninger og holdninger (51, s. 182). Udformning af interviewguide og planlægningen af vores interviews tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmans 7 trins guide (49). Derudover har vi anvendt Kvale og Brinkmans 6 kvalitetskriterier for interview, da kvaliteten af den efterfølgende analyse afhænger af interviewenes kvalitet (53). Vores problemformulering danner udgangspunkt for 2 forskningsspørgsmål, som igen danner udgangspunkt for interviewspørgsmål. Vi lavede 3 interviews, hvor det første fungerede som et pilotinterview, hvorefter vi tilpassede interviewguiden. Interviewene er udført ved først at præsentere formål og få informanterne til at føle sig godt tilpas, hvilket er essentielt til at sikre, at de er trygge og åbne overfor at dele deres oplevelser (54). Gennem interviewene blev der desuden anvendt aktiv lytning, som omfatter både det verbale og det nonverbale sprog (55) (56). Dette blev bl.a. gjort ved at gentage nøgleord og pointer for at sikre, at man forstod, hvad der blev sagt. Interviewene er optaget på en lydfil og transskriberet ved hjælp af et computerprogram. Herefter har vi vha. en transskriberingsmanual (Bilag F) manuelt lyttet til lydfilen og rettet evt. fejl lavet af

computerprogrammet. Dette giver mulighed for at få interviewene fra talesprog til skriftsprog, så det bliver nemmere at analysere data (57) (58)

Udvælgelse af informanter

Udvælgelse af informanter er næste trin. Vi fandt vores informanter ved at kontakte en hjemmesygeplejegruppe, hvor en af os tidligere har været i praktik i år. Derfor havde vi på forhånd valgt et sted, hvor vi ved, at hjemmesygeplejegruppen samarbejder med PLH. På forhånd havde vi sagt, vi gerne ville tale med sygeplejersker, som primært kører ude og ikke f.eks. er ansat til at lave vagtplan, være koordinator eller klinisk vejleder. Dette skyldes, at vi ønskede at øge muligheden for, at sygeplejersken havde et samarbejde med PLH. På dagen var der dog sygdom, hvorfor en af vores informanter var koordinator, men også udekørende sygeplejerske. Vi interviewede 3 sygeplejersker, som alle har været hjemmesygeplejersker i mere end 5 år og har erfaring med at samarbejde med PLH.

Etiske overvejelser

I de følgende afsnit redegør vi for og diskuterer de 3 overordnede etiske temaer, som har været vores rettesnor i udarbejdelsen af bacheloropgaven. Disse er: etiske retningslinjer for forskning, etiske overvejelser og dilemmaer samt principper for videnskabelig redelighed (59) (60).

Videnskabelig redelighed handler om at sikre integritet i forskningen (60). Dette bygger på 3 principper: ærlighed, gennemsigtighed og ansvarlighed (61, s. 27-28). For at sikre ærlighed i opgaven har vi bl.a. været opmærksomme på, hvordan fund præsenteres og brugt styrkemarkører i vores påstande for ikke at vildlede læseren ift. hvor meget eller lidt som kan konkluderes ud fra vores fund. Når det kommer til gennemsigtighed, redegør vi for eventuelle interessekonflikter samt synliggøre hvilke forskningsmetoder og modeller som er blevet benyttet i udarbejdelsen af opgaven og hvordan de er brugt. Ansvarlighed handler bl.a. om at overholde alle relevante bestemmelser, når det kommer til forskning (61). Dette kommer der et eksempel på senere i afsnittet.

Vi har overholdt de etiske retningslinjer for forskning og Helsinki deklARATIONEN. De beskæftiger sig bl.a. med håndteringen af deltagernes data, samt at der sikres frit og informeret samtykke (62, § 24, 25)(63, §7 styk 2) Dette håndterede vi på følgende måde: først er der blevet ansøgt om tilladelse til at besøge den givne hjemmesygepleje for at interviewe potentielle informanter (Bilag G). Da tilladelsen til dette var blevet hentet, fik informanterne tilsendt informationsmateriale om deltagelse i projektet 1 uge før de blev interviewet (Bilag H). I tillæg blev informationen gennemgået med dem igen på selve dagen før interviewstart. Deltagerne gav skriftligt samtykke ved at underskrive en samtykkeerklæring (Bilag I), som blev opbevaret i et låst skab på deres arbejdsplads. Personoplysninger er i henhold til databeskyttelsesloven

kun blevet behandlet af os selv, som er de dataansvarlige i projektet (64). Oplysningerne blev opbevaret på en password beskyttet computer som det kun var os, der havde tilgang til (64). Ved projektets afslutning blev persondata, herunder lydfilerne fra interviewene, slettet efter Datatilsynets retningslinjer (65) (66).

En af de etiske overvejelser vi gjorde os, og et eksempel på ansvarlig praksis ses, da vi valgte undersøgelsesmetoden. Her var vi opmærksomme på ikke at bruge informanternes tid på en uhensigtsmæssig måde ved at undersøge et emne, der allerede var kortlagt og veldokumenteret (67). Dette blev bl.a. gjort gennem den indledende litteratursøgning, hvor vi afdækkede et videnshul som blev udgangspunktet for projektet. Informanterne kunne også til enhver tid trække deres samtykke tilbage, hvilket blev understreget overfor dem. Vi måtte derfor forholde os til, hvordan vi evt. håndterede dette. Ifølge persondataloven kan data benyttes efter samtykket er tilbagetrukket, hvis der ikke er risiko for, at det spores tilbage til informanten (60). Vi ønskede midlertidigt at respektere informantens ønske om ikke at deltage, og at alt data skulle slettes, hvis samtykket blev trukket tilbage. Et etisk dilemma vi stødte ind i var, at interviewene blev lavet ved en hjemmesygepleje, hvor en af os var i praktik og senere sommerferievikar. Dermed kunne der komme en konflikt mellem denne persons rolle som interviewer/opgaveskriver og som tilknyttet stedet. For at imødekomme disse udfordringer valgte vi at denne person ikke foretog nogen af de tre interviews, men kun observerede.

Interessekonflikt

Vi erklærer at der ikke har været nogen form for interessekonflikt i udarbejdelsen af denne opgave.

Analysemetode

Analysen af opgavens empiri tager afsæt i Lisa Dahlager og Hanne Fredslund hermeneutiske analysemodel, som bygger på Hans-Georg Gadamers filosofiske hermeneutik (52). Selve modellen består af 4 trin og to overordnede kategorier, hhv. dekontekstualisering og rekontekstualisering. Det første trin er dekontekstualisering, hvilket handler om at bryde empirien ned i mindre dele, med henblik på nøje at betragte den og forstå enkeltdelene. Herefter følger en Rekontekstualisering, hvor materialet sættes sammen på en ny måde, for på den måde at svare på opgavens problemformulering (52). Det er også igennem dette trin at vi sætter vores empiri i en bredere referenceramme, hvor vi ser sagen i dens helhed og kontekst, hvilket er formålet med den hermeneutiske tankegang (52, s. 177). Vi har valgt at analysere vores empiri induktivt. Når materiale analyseres på denne måde, er transparens, stringens og systematik af særlig vigtig karakter (68, s. 75). Begrundelsen for dette er, at en induktiv analyse er teorigenererende og derfor ikke hviler på allerede etableret forskning på samme måde som ved en deduktiv analyse. (68) (69). I denne opgave har vi opfyldt kriterierne om stringens, transparens og systematik ved at anvende Dahlager

og Fredslund 4 trins model, hvor hvert analysetrin gennemgås trin for trin. På denne måde har vi valgt en systematik, hvor det bliver tydeligt, hvad det enkelte trin indeholder, hvorfor vi sikrer stringens og transparens.

For at styrke validiteten af opgaven, er der i analysen gennemført forskertriangulering (70). Dette vil sige, at vi i første omgang har udført analysen enkeltvis for at få flere forskellige vinkler på vores datamateriale.

Helhedsindtryk

Indledningsvist har vi begge lyttet til optagelserne med interviewene og læst den transskriberede tekst (Bilag J) for at få et helhedsindtryk af materialet. Dette trin er inspireret af Giorgis fænomenologiske analyse (71). Formålet i dette trin er at fokusere på, hvordan fænomenet fremtræder uden at inddrage vores egen forforståelse. (52) (71) Selvom dette egentlig er i modsætning til hermeneutikken, som ikke anser det som værende muligt, er trinnet essentielt for det videre arbejde med vores hermeneutiske analyse.

Begrundelsen for dette er, at formålet med hermeneutikken er at skabe en ny forforståelse og herigennem forståelse (42) (40). Dette opnår vi igennem en dialog med vores materiale (42) (40). Denne dialog er kun mulig, hvis vi, i første omgang, er sensitive overfor hvad materialet siger (52)

Meningsbærende enheder identificeres og kategoriseres

Dette trin handler om organiseringen af materialet i meningsbærende enheder. Formålet er ikke at tolke teksten endnu, men at studere det som bliver sagt. Når de meningsbærende enheder er identificeret tildeles de en eller flere kategorier (52). Efter dette trin havde vi 69 forskellige meningsenheder og 62 forskellige meningskategoriseringer (Bilag K).

Operationalisering

I operationaliseringen har vi gennemgået vores kategorier for at undersøge, om nogen overlappede hinanden, om kategorierne var for brede eller uspecifikke (52). Dahlager og Fredslund argumenterer også for, at hvis meningsenheder blev tildelt mere end 1 meningskategori betyder dette ofte, at man er nødt til at redefinere sine kategorier (52). Derudover har vi defineret, hvad hver enkelt kategorier betyder for at ensrette, hvad vi mener med dem. Operationalisering er vi endt med at gøre i 5 omgange. Efter meningskategorisering i foregående trin havde vi 62 forskellige meningskategorier, hvor flere mindede om hinanden. Her lagde vi bl.a. planlægning og koordinering sammen, da de dækkede over det samme og fik 29 kategorier (Bilag K). Vi lagde materialet væk i et døgn, før vi tog en endelig tredje gennemgang, hvor vi også forsøgte at beskrive indholdet af kategorierne. Denne gennemgang gjorde, at vi lagde yderligere kategorier sammen og fik 25 forskellige (Bilag K). Dog blev vi herefter udfordret på, at kategorien "samarbejds

karakter” optrådte ved 45 citater, som ledte til en 4. operationalisering. Her blev “samarbejdets karakter” til “udfordringer i samarbejdet” og en del meningsenheder endte med at høre til andre meningskategorier. Sluttelig tog vi en 5. omgang, hvor “rammer og vilkår” blev til “den organisatoriske kontekst”. Den endelige operationalisering resulterede i 17 meningskategorier (Bilag K). Herefter fortsatte vi til næste og sidste trin: rekontekstualisering.

Rekontekstualisering

Formålet med dette trin er at undersøge hvordan materialet kan svare på opgavens problemformulering (52). I vores analyse identificerede vi 4 forskellige temaer, som er: “Når kendskabet til plejegruppen får betydning”, “Bruger jeg min tid fornuftigt?”, “Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor” og “Det frie valg udfordrer sygeplejersken”. Hvert tema indeholder en række af kategorierne fra de tidligere trin i analysen (Bilag K). Måden, hvorpå temaerne er blevet identificeret, er ved at analysere om der er gennemgående mønstre i ens kategorier, som kan bruges til at knytte dem sammen (52). Rekontekstualiseringen viser, hvordan den hermeneutiske tankegang er blevet sat i spil. I hermeneutikken snakker man om forståelsens cirkularitet, hvilket illustreres ved den hermeneutiske spiral (72) Det handler om at man ud fra sin forforståelse kan skabe en ny forståelse, som igen udfordrer og ændrer forforståelsen. Helheden som er forståelsen forstås ud fra delelementerne, som er forforståelsen. Samtidig kan delelementerne kun forstås ud fra helheden (40,42). Dette ses her når vi går i dialog om de forskellige kategorier med henblik på at knytte dem sammen i temaer. Her gå vi ”bag om materialet” for at finde ud af hvad der egentlig snakkes om, lede efter indbyrdes relationer og derigennem forsøger at forstå materialet i en større sammenhæng. Dette bidrager samtidig til en dybere forståelse af den enkelte kategori (40,42).

Resultater

Fund

I det følgende afsnit vil vi præsentere de 4 temaer, som udsprang af analysen (Bilag L). De understøttes med udvalgte citater fra de 3 forskningsinterviews.

Figur 2: Uddrag fra analyse

Meningsenheder	Meningskategorisering	Operationalisering	Rekontekstualisering
<i>“Jamen, vi bruger jo en del, hvad hedder det, Cura. Og der har vi jo haft lidt problem nogle gange</i>	Kompetencer	Dokumentation	Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor

<i>med, at deres dokumentation ikke har været sådan særlig fyldestgørende.” Interview 2</i>	Dokumentation		
<i>“Jeg tror bare, at mit svar vil være, at jeg tror ikke, de dokumenterer lige så godt, som vores hjælpergruppe heroppe”. Interview 1</i>	Udfordringer i samarbejdet Dokumentation, Kompetencer		
<i>“Der har også været leget lidt med, hvordan vi kan mødes med dem. Men der er noget logistik. Jeg har siddet i en arbejdsgruppe, og samarbejder med private leverandører. Men der er noget logistik, for de er kørt af sted, inden vi i det hele taget har tænkt på at køre afsted.” Interview 1</i>	Udfordringer i samarbejdet Koordinering Den organisatoriske kontekst	Koordinering	

Tema 1 Når kendskabet til plejegruppen får betydning

Det første tema vi har identificeret er "Når indsigt i plejegruppen får betydning". Dette tema undersøger, hvordan sygeplejerskens kendskab til plejepersonalet har indflydelse på hendes virke som sygeplejerske.

De følgende to citater viser, hvordan et kendskab til det enkelte plejepersonale kan hjælpe sygeplejersken med at vurdere, hvordan den enkeltes kompetencer får betydning for opgaveløsningen. Samtidig resulterer kendskabet til plejepersonalet i bedre mulighed for at støtte op om den enkelte. Citaterne kan tyde på, at sygeplejerskerne bliver mere usikre i mødet med PLH, da de ikke har samme forhåndskendskab til kollegerne.

“Det gør det nemmere for det første, så har vi siddet sammen om morgenen, og jeg har en idé om.. Jeg har måske en bedre idé om, hvilke stærke kompetencer og ressourcer, der kan ligge ved den hjælper. Og hvor hjælperen måske kan være mere udfordret, hvor jeg bedre kan støtte op og hjælpe.” – Citat 1

“Jamen, jeg skal jo ligesom spore mig ind på, hvad har vi med at gøre i dag? Er det en, der er helt uvidende, ufaglært, eller er det en, som kommer her dagligt? Så det kræver rimelig meget, at man lige skal finde ud af det i løbet af kort tid.” – Citat 2

Ovenstående usikkerhed udtrykkes også i det første af de nedenstående 2 citater. I tillæg illustrerer begge citater at den fysiske lokation er en betydningsfuld faktor når det kommer til sygeplejerskens oplevelse af samarbejdet med PLH. Sygeplejerskernes pointe er, at samarbejdet med PLH opleves som værende mere udfordrende på baggrund af en større fysisk afstand.

“det er nok lidt svært at beskrive, hvor meget det gør. Altså ud over, at det gør rigtig meget. Vi kan i hvert fald, når vi mangler dem, så kan vi også mærke det. For det der samarbejde, den der lidt ens tilgang, vi har til situationen eller opgaven i hjemmet, i og med, at vi kan koordinere det. Den har vi jo ikke med en forholdsvis fremmed i gåseøjne, som vi møder ude i hjemmet. Så nogle gange skal man først ud i hjemmet til lige at aftale, gør du det der, så skal jeg lige gøre det. Så man er ikke helt forberedt på samme måde. Så vi er ligesom forberedt sammen om, hvad er det for et hjem, vi skal ud i.” – Citat 3

“så har vi et tættere samarbejde med vores kommunale hjælpere end de private. Fordi vi fysisk er mere sammen med dem.” – Citat 4

Ovenstående peger på, at kendskabet til plejepersonalet påvirker sygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet med PLH og derigennem hendes opgaveløsning. Sygeplejersken kan bl.a. føle sig usikker på, hvordan hun skal understøtte PLH's arbejde samt mindre forberedt til mødet med patienten i hjemmet. Hjemmesygeplejerskerne påpeger, at en af de medvirkende faktorer til dette er den fysiske afstand mellem de 2 samarbejdspartnere.

Tema 2 Bruger jeg min tid fornuftigt?

Det næste tema vi kom frem til, er: “bruger jeg min tid fornuftigt?”. Dette tema beskæftiger sig med sygeplejerskens oplevelse af, at samarbejdet med PLH kan ændre på, hvordan hun prioriterer sin tid.

De følgende tre citater peger på, at rammerne for samarbejdet med PLH sætter nogle begrænsninger for sygeplejerskens opgaveløsning, som ikke findes hos kommunen. De viser, at sygeplejersken ikke har rammerne til at kunne oplære plejepersonalet ved PLH. Derved fjernes hendes mulighed for at videredelegere opgaver. Dette kan være med til at skabe frustration hos hjemmesygeplejersken. Årsagen er, at det dermed ikke er muligt at frigive tid til mere komplekse opgaver som ikke kan videredelegeres til plejegruppen.

“Men det er jo også i vores egen interesse at få dem oplært i det. Det er også i deres interesse og borgernes interesse, at vi ikke kommer forskellige til. En til øjendryp, en til bad, og en til... Så det er til alles bedste, tænker jeg. Og der er der en hård, klar markering ved private leverandører, at det må vi ikke” – Citat 5

“Så synes man, bare fordi det er en privat leverandør, så skal vi ud og varetage de opgaver, hvor jeg synes, at det var der andre, der kunne gøre det lige så godt. Så det strandede lidt i regler og paragraffer på en eller anden måde” – Citat 6

“Og det jeg synes er forkert, det er at vi ikke kan få lov til at uddelegere vores ydelser til dem, ligesom vi kan på samme måde til vores egen private... vi får ekstra besøg, fordi de ikke må have lov til at få uddelegerede ydelser. Fordi der er mange ting, de godt kunne gøre, som ikke er nødvendige, vi skal ud til. Men som på grund af politiske indblandinger, hvis man kan sige det sådan, ikke er muligt. “ – Citat 7

Nedenstående citater illustrerer, hvordan det ikke nødvendigvis er udførelsen af opgaven, som kan få betydning for om sygeplejerskerne oplever at deres tid bruges optimalt. Den forudgående planlægning og koordinering har også betydning. Citatet underbygger, at sygeplejersken oplever, at koordineringen er mere “bøvlet” i samarbejdet med PLH, hvilket kan tolkes som at hun føler, at det tager længere tid end nødvendigt.

“Nej, vi må ikke have en hjælper med, når det er sådan, at de har varetaget PLH. Men det er måske lidt mere kompliceret for os, og det har ikke noget med, hvordan de udfører opgaver, men det kan være lidt mere kompliceret for os at planlægge med PLH i forhold til vores egen kommunale. For vi arbejder jo i Teams, så jeg kan jo sidde inde i Teams og sige ”Marianne hjælper, hvornår er du dernede?” Det er her, jeg skal ringe til PLH, og det lyder som en simpel opgave, men det er faktisk lidt bøvlet, når du også skal ned og finde nogle bilnøgler, eller at du skal mange praktiske opgaver inden. Så bliver det sådan lidt, altså ja, det lyder simpelt, men du har mange sådan simple ting, inden du skal ud af døren, så det faktisk bliver sådan lidt...” – Citat 8

Dette tema illustrerer dermed, hvordan sygeplejersken kan få oplevelsen af, at hendes tid ikke nødvendigvis udnyttes mest hensigtsmæssigt i samarbejde med PLH. Dette skyldes bl.a. at hun selv må varetage ydelser som kan uddelegeres til kommunens plejegruppe samt at koordineringen af enkelte opgaver kan føles vanskeligere.

Tema 3 Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor

Dette tema belyser, hvordan nogle af de udfordringer, som sundhedsvæsenet oplever i det tværsektorielle samarbejde (20) (73) (74) (75), går igen i samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og PLH.

At samarbejdet kan minde om et tværsektorielt samarbejde, hvor kontakten er mere sporadisk (20) (74), ser vi i nedenstående citat. Her siger sygeplejersken, at der ikke nødvendigvis er en daglig kontakt, og at hun oplever, at hun mangler føling med situationen ved den enkelte borger. Citat 10 understøtter, at den daglige kontakt har betydning for sygeplejerskens oplevelse af at kunne koordinere et forløb. Her henviser hun dog

til specifikke palliationsforløb, som er kendetegnet ved at begge parter kommer meget ofte i hjemmet, og de udgør en lille del af forløbene.

“Og det (følelsen med borgerens situation) forsvinder lidt for mig, fordi jeg ikke har den daglige kontakt med dem, der kommer dernede.” – Citat 9

“Men når vi er ude i de her palliationsbesøg, så får vi jo på en eller anden måde, fordi lige pludselig kommer vi jo meget i hjemmet, det gør PLH1 også, eller hvad hedder det, den private leverandør. Så på en eller anden måde, så får vi jo stødt på hinanden og får snakket sammen, hvornår giver det mening, at du kommer, og så bliver det jo,” – Citat 10

Ud over dette er informationsudveksling også en af udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde (20) (73). I følgende citat påpeges, at sygeplejersken oplever at dette også er tilfældet i samarbejdet med PLH, hvilket udspiller sig som manglende dokumentation,

“Jamen, på en eller anden måde, så har jeg ikke rigtig en fornemmelse.. mit svar vil egentlig være nej. At de ikke er lige så gode (til at dokumentere). Men det kan godt være, at de ikke har lige så mange problemer, eller lige så udfordrende borgere, som vi har, eller som Plejen har. Men det er... Jeg tror, jeg vil sige, at de er dårligere til at dokumentere, end hjælpergruppen heroppe.” – Citat 11

Nedenstående citat beskriver, at en af udfordringerne i samarbejdet er, at man har forskellige tilgange til hhv. arbejdsmiljø og opgaven/situationen i hjemmet

“Ja, og det tror jeg også godt kan være udfordringen ind imellem. Det er den følelse, jeg kan have, at de lige strækker det lidt. Jeg har også, hvor jeg er kommet ud og har sagt, jeg skal lige hjælpe dig med støttestrømper i dag. Hvor de plejer bare at sætte sig på gulvet. What? [...] Tag nu bare den der samtale her og find en taburet eller få noget til at fungere.” – Citat 12

I det sidste citat ser vi, at sygeplejersken også oplever, at viden kan gå tabt. Hun nævner særligt den tavse viden, hvilket handler om den type viden, der er svær at videreformidle. Dette illustrerer igen, hvordan samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og PLH kan opfattes som et tværsektorielt samarbejde, da det også kan være præget af utilstrækkelig informationsudveksling og tavs viden (73), hvilket sygeplejersken også oplever her.

“Og nogle gange får man jo ved at være omkring borgeren sammen, så kommer det (den tavse viden) frem af en eller anden grund. Men hvis ikke man har den kommunikation på samme basis, som vi har herinde,” – Citat 13

På baggrund af ovenstående belyser dette tema, at samarbejdet mellem hjemmesygeplejersken og PLH potentielt har nogle af de samme kendetegn som det tværsektorielle samarbejde. Dette varierer fra

udfordringer med vidensudvekslingen og koordineringen til at forskellige arbejdskulturer skal finde en måde at samarbejde på.

Tema 4 Det frie valg udfordrer sygeplejersken

Det sidste tema fokuserer på hjemmesygeplejerskens oplevelse af, at der potentielt kan være en kvalitetsforskel i den pleje, som bliver leveret af henholdsvis kommunen og PLH. Herigennem sættes der spørgsmålstegn ved, om Fritvalsreformen har fungeret efter hensigten.

Første citat understreger ovenstående, hvor sygeplejersken reflekterer over det frie valg i samarbejdet med PLH:

“det hedder sig jo sin tid, også overfor borgeren, når de skal vælge, om de vil have en kommunal eller en privat leverandør, så er der ingen forskel i princippet. Så kan de frit vælge. Men det er der jo. Der er jo en forskel. Blandt andet den, at vi har noget større samarbejde med vores kommunale leverandører. Vi kender de piger, der kører ude i hjemmene. Vi er noget tættere med dem. Og det giver dig et bedre forløb, det er helt sikkert.” – Citat 14

De nedenstående 3 citater tyder på at hjemmesygeplejersken oplever at de eksisterende organisatoriske rammer kan reducere borgerens mulighed for at have et reelt frit valg. Citat 15 viser, at sygeplejersken føler sig bedre klædt på til at varetage borgerne, hvor kommunen har ansvaret for plejen grundet kommunikationsniveauet. Citat 16 og 17 peger på, at hjemmesygeplejersken har bedre mulighed for at undervise den kommunale plejegruppe. Dette kan i yderste konsekvens betyde at der bliver så stor forskel i kompetencerne mellem de 2 organisationer, at der ikke er lige behandlingsmuligheder og det frie valg i realiteten derfor ikke er frit.

“Helt personligt prøver jeg jo at give den sygepleje til alle borgere, altså uden at gøre forskel. Men jeg tror, at jeg er en anden i og med, at jeg føler mig lidt bedre rustet, fordi jeg har, som sagt, talt med hjælperne om det hjem vi skal ud i. Der kan også være nogle ting, noget som de fortæller mig, som jeg skal være opmærksom på.” – Citat 15

“Måske andre tilgang til... Men jeg synes heller ikke, det er en fordel. Det synes jeg ikke, fordi der er det her gab imellem to samarbejdspartnere. Så længe de ikke kommer til at have sygeplejerske og andet, så synes jeg, de er hæmmet på nogle områder.” – Citat 16

“Informant: Det er ved, at vi ikke har det samme samarbejde med dem, som vi har med vores egen hjælpere.

Interviewer: Og hvilken konsekvens kan det få for borgere?

Informant: Det kan være, at der er nogle ting, vi går glip af. Rent oplysningsmæssigt. Hvad de ser, og hvad vi ser. Og dygtiggørelse af dem, der er i det private. Tit kan der jo være en undervisningssituation på selve stedet ved et eller andet. Og det får vi jo ikke på samme måde med dem.” – Citat 17

Hermed viser dette tema, at hjemmesygeplejersken oplever, at samarbejdet med PLH kan påvirke borgerens frie valg i negativ retning. Dette bunder i oplevelsen af, at der er forskel på kvaliteten grundet den organisatoriske ramme.

Diskussion af fund

Formålet med opgaven har været at undersøge hjemmesygeplejerskens samarbejde med PLH og dets betydning for borgerforløbet. Dette samarbejde blev en realitet på baggrund af fritvalgsreformen som blev introduceret i 2003 (1). På trods af, at reformen er over 20 år gammel, er der sparsomt med viden på området, hvilket er baggrunden for vores opgave. Som vist har analysen resulteret i 4 temaer. Vi har valgt at tema 4: "det frie valg udfordrer sygeplejersken", bliver et overordnet tema for diskussionen. Dette er ikke måden hvorpå Dahlager og Fredslund anbefaler at temaerne behandles (52). Vi vælger alligevel at gøre dette, fordi fritvalgsreformen og dens udformning står centralt når det kommer til, hvordan samarbejdet med PLH udarter sig. Herigennem også hvordan det påvirker sygeplejerskens kliniske praksis, det samlede borgerforløb og derved sygeplejerskens oplevelse af samarbejdet. De øvrige 3 temaer, som analysen har resulteret i, beskæftiger sig alle med forskellige aspekter af hjemmesygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet med PLH, samt hvordan det påvirker det samlede borgerforløb. De bruges derfor til at skabe et mere nuanceret billede af hvordan introduktionen af PLH påvirker sygeplejerskens arbejdsgang og derigennem fritvalgsreformen som en helhed.

I det følgende afsnit vil vi diskutere tema 1, 2 og 3 med fokus på sygeplejerskens kliniske lederskab, da dette er afgørende for hvordan hun interagerer med PLH, kvaliteten af borgerens forløb og dermed patientsikkerheden (76) (73). Derfor vil en diskussion af sygeplejerskens mulighed for at udøve klinisk lederskab i samarbejdet med PLH bidrage til en besvarelse af problemformuleringen.

KlaPb-modellen

Sygeplejerskens kliniske lederskab blive diskuteret med KlaPb som referenceramme (73, s. 44). Konkret vil vi diskutere hvert tema med udgangspunkt i forskellige elementer fra KlaPb-modellen. Denne model er valgt til dette formål er, da den synliggør de forskellige elementer, som indgår i sygeplejerskens kliniske lederskab. Herigennem hvilke aspekter, der skal medtænkes når sygeplejersken udøver dette lederskab (73, s. 44). De udvalgte elementer fra KlaPb-modellen som indgår i denne opgave uddybes i det følgende.

Den dobbelte kompetence

Denne indgår både i KlapB-modellen og er en selvstændig model, som er udviklet af Arne Orvik (77). Modellen indeholder 2 forskellige typer kompetence, som tilsammen skal skabe en faglig forsvarlig

sygepleje, højne kvaliteten af plejen og derigennem øge patientsikkerheden. De 2 kompetencer er den kliniske – og den organisatoriske kompetence (77)

Koordinering

Koordinering handler om integreringen af de forskellige professioners handlinger i det samlede borgerforløb. Et aspekt af koordineringen er selvledelse, som fokuserer på, hvordan sygeplejersken koordinerer og prioriterer egne arbejdsopgaver i løbet af en dag. (73) Der findes flere former for koordinering. Bl.a. adaptiv koordinering hvilken handler om koordinering i realtid. F.eks. når sygeplejersken og ansatte i PLH koordinerer plejen af et forløb, når de mødes hos borgeren. (78)

Tværsektorielt samarbejde

Tværsektorielt samarbejde handler om at skabe samarbejde mellem professioner på tværs af organisationer med forskellig struktur, incitamenter og rammer for udøvelse af praksis. At opnå dette mål er et fælles ansvar for alle professioner, der er involveret i forløbet. Målet med dette samarbejde er at sikre et sammenhængende forløb for patienten og dens pårørende. (20) (74)

Fund 1: Når kendskab til plejegruppen får betydning

Som vist i fund 1, kan hjemmesygeplejerskens kendskab til plejepersonalet få betydning for hendes opgaveløsning. I citat 1,2 og 4 fra vores analyse ser vi nogle af de udfordringer, der opstår når sygeplejerskerne ikke kender kollegerne fra PLH. Udfordringerne tolker vi, som at hun på baggrund af det manglende kendskab til personalets stærke og svage sider kan føle sig usikker. Dette er både ift. at løse egne opgaver, men også at støtte op om plejepersonalets arbejde. Det er sygeplejerskens kliniske lederskab der er i fokus, idet det handler om at skabe den gode opgaveløsning (73) (79). Mere specifikt er det den kliniske kompetence fra den dobbelte kompetence (77).

Der er også en mulighed for, at det ikke er kendskabet til kollegerne, som skaber den usikkerhed, som sygeplejersken oplever. Det kan også handle om hendes erfaringsniveau. Patricia Benner, som er en amerikansk sygeplejeteoretiker, argumenterer i sin bog, fra novice til ekspert for, at sygeplejerskens opgaveløsning er baseret på hendes erfaringsniveau (80). Hendes teori om udvikling af klinisk ekspertise omhandler de fem niveauer, en sygeplejerske går igennem, når hun tilegner sig sygeplejefaglige færdigheder og er baseret på Dreyfusmodellen (81) (82). De fem niveauer er: novice, avanceret nybegynder, kompetent, kyndig og ekspert (80). En sygeplejerske, som befinder sig på novice- eller avanceret nybegynderstadiet betegnes i denne opgave som uerfaren, mens en sygeplejerske på kompetent -, kyndig - eller ekspertstadiet betegnes som værende erfaren. Ifølge Benner har en uerfaren sygeplejerske behov for regler og retningslinjer, mens en erfaren sygeplejerske anvender sin erfaring og intuition til bl.a. at lave planer samt

omsætte sin forståelse til handling (80). Dette kan perspektiveres til den dobbelte kompetence, hvor sygeplejerskens kliniske kompetence er betinget af hendes erfaringsgrundlag (73)

En af hjemmesygeplejerskerne påpegede i et af opgavens forskningsinterviews, at hendes erfaring og kompetencer kunne kompensere for manglende kendskab til kollegerne. Derimod nævner hun også, at dette potentielt kan være et større problem for de yngre eller uerfarne sygeplejersker.

“Nu er jeg så gammel, at jeg kan se mange ting selv. Og det kan måske være et problem for de lidt yngre, som ikke har den erfaring med. [...] Der har jeg helt klart en fordel. Fordi jeg har været sygeplejerske i så mange år.” - Informant 2

Informantens antagelse om, at en uerfaren sygeplejerske kan have svært ved at kompensere for manglende kendskab til kollegerne understøttes af Benner. I hendes teori argumenterer hun får at den uerfarne sygeplejerske har problemer med at se tilbagevendende, meningsfulde mønstre i deres arbejde (80, s. 38). og kan have svært ved at tilgå plejesituationen på en hollistisk måde (80). Dette kan dog være nødvendigt for at sætte den kliniske kompetence i spil (83). Der kan derfor argumenteres for, at de havde været usikre i opgaveløsningen uanset om de kendte kollegerne eller ikke. Hvis vi ser på essensen af klinisk lederskab, som bl.a. handler om at udnytte de enkelte teammedlemmers kompetencer og ressourcer mest effektivt (79), kan der argumenteres for, at kendskab til kollegerne ikke er ubetydeligt i sygeplejerskens opgaveløsning. Dette skyldes, at hvis ikke sygeplejersken kender kollegernes stærke og svage sider, har hun svært ved at sætte dem i spil på en hensigtsmæssig måde. I tillæg argumenterer Benner også for, at den uerfarne sygeplejerske er afhængig af hjælp og sparring fra kolleger i udøvelsen af hendes kliniske lederskab (80). At spørge om denne hjælp fra plejegruppen kan potentielt være nemmere, hvis sygeplejersken kender dem. De 2 synspunkter behøver derfor ikke være gensidigt modstridende. Behovet for at kende kollegerne kan variere baseret på sygeplejerskens erfaringsniveau.

Fund 2: Bruger jeg min tid fornuftigt?

I fund 2 ser vi, at hjemmesygeplejersken har en oplevelse af at bruge deres tid uhensigtsmæssigt i samarbejdet med PLH. De føler at der bruges mere tid på koordinering samt opgaver, som kunne være uddelegeret til plejegruppen, hvis samarbejdet havde været med den kommunale hjemmepleje.

I det følgende afsnit diskuterer vi, om hjemmesygeplejersken bruger sin tid uhensigtsmæssigt i samarbejdet med PLH, eller om den blot/bare bruges anderledes. Dette gøres med udgangspunkt i koordineringsaspektet fra KlAPb-modellen (83). Koordineringsaspektet falder under det organisatoriske perspektiv i Sidsel Vinges model for kompleksitet i hjemmesygeplejen (23, s. 46-61). Vinge er konsulent, foredragsholder, debattør og tidligere projektchef for VIVE – Det Nationale Forsknings – og Analysecenter

for Velfærd (84). i 2018 hjalp hun Dansk Sygeplejeråd med at analysere sygeplejerskernes oplevelse af kompleksitet i den kommunale sygepleje. Formålet var at bidrage til en bedre forståelse af, hvad dette begreb dækker over (23, s. 12-13). Vi benytter Vinges model i denne diskussion, da den kan være med til at nuancere effekten samarbejdet med PLH har på sygeplejerskens organisatoriske rammer og derigennem dets påvirkning på hendes tidsforbrug.

Modellen indeholder 3 forskellige typer kompleksitet. Disse er social -, medicinsk og organisatorisk kompleksitet. De 2 første udgør tilsammen borgerperspektivet og den sidste udgør det organisatoriske perspektiv (23, s. 46-61). I det organisatoriske perspektiv fremlægger Vinge, hvordan rammerne i organisationen kan være med til at øge eller reducere kompleksiteten i de opgaver, som sygeplejersken skal løse (23, s. 46-61)(85). Vi antager at jo mere kompleks en opgave er, jo mere tid og energi koster den. Som påvist i citat 6 og 7 på s. 15 fra vores analyse, kan sygeplejerskerne ikke uddelegere ydelser til PLH og har derfor flere opgaver at løse. I citat 7 på s. 15 ser vi, at dette resulterer i en følelse af ekstra arbejde.

Baseret på Vinges undersøgelse af kompleksiteten i hjemmesygeplejen, er der dog en sandsynlighed for, at følelsen af ekstra arbejde, ikke nødvendigvis betyder, at det koster sygeplejersken ekstra tid. I sin undersøgelse, af den organisatoriske kompleksitet, fandt Vinge frem til, at hvis sygeplejersken selv påtog sig opgaverne, reducerede det kompleksiteten, hun oplevede i hverdagen. Årsagen til dette var, at det reducerede behovet for ledelsesmæssige kompetencer såsom planlægning, uddelegering og opfølgning (23, s. 46-61). Dette kan være et argument for, at sygeplejerskerne ikke bruger mere tid i samarbejdet med PLH, men at det blot føles sådan. En årsag til dette kan være, at når sygeplejersken ikke kan uddelegere opgaverne til PLH's plejegruppe, kommer der flere fysiske besøg hos borgere på hendes køreliste. I samarbejdet med kommunen, vil der derimod være færre besøg på listen, men hun vil til gengæld bruge mere tid på ledelsesmæssige opgaver.

Et modargument til dette kan findes i citat 4 på s. 14. Her påpeger sygeplejersken, at koordineringen i sig selv er vanskeligere med PLH. Dette kan betyde, at selvom der er færre opgaver som skal koordineres, tager den enkelte opgave længere tid. Der kan også argumenteres for, at det er uhensigtsmæssig brug af tiden at påtage sig opgaver som kunne være videredelegeret. Det stjæler tid som kunne være brugt på andre, mere komplekse opgaver, hvilket er det som demonstreres i vores analyse i citat 5, 6 og 7 på s. hhv. 14 og 15. Det modarbejder også den tendens til opgaveglidning, der ses i dag, som er et svar på det øgede pres og behov for optimalisering af plejen, som vi ser i sundhedsvæsenet i dag (86) (87)

En anden udfordring som ses, er i den adaptive koordinering (78) der sker med PLH's koordinator hver morgen og som demonstreres i citatet under

Jamen, altså, vi har jo helt fra morgenstunden af, så skal de jo egentlig ringe til os, og spørge, om der er noget på vores triagering..... De skal ringe hver morgen, også selv de morgener, hvor der ikke er nogen borgere, der triagerer rød eller gul..... Men omvendt ville man jo også gerne det gode samarbejde, så det er jo også fint nok lige at have en snak. Så der har vi i hvert fald en snak lige fra morgenstunden af” Interview 2

Her skal gule – og rødt triagere borgerforløb koordineres. Udfordringen bliver at dette også gøres på dage hvor der ikke er nogen aktuelle borgere at snakke om, hvilket koster hjemmesygeplejerskerne ekstra tid

Vinge påpeger også, at en af de mest signifikante årsager til øget kompleksitet i hjemmesygeplejen er antallet af involverede aktører i borgerforløbet (23, s. 46-61). Når plejen varetages af PLH tilføjes en ekstra aktør. Dette kan bl.a. gøre det vanskeligere for sygeplejersken at bevare overblikket og dermed koordinere forløbet. Komplexiteten øges derved, og det gør tidsforbruget potentielt også. Dermed vil der være tale om, at der bruges mere tid og ikke kun at tiden bruges anderledes.

Fund 3: Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor

Fund 3 illustrerer, hvordan flere af udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde går igen i samarbejdet mellem hjemmesygeplejersken og PLH. Dette er alt fra forskellige kulturer, strukturelle rammer såsom retningslinjer til at viden går tabt mellem samarbejdspartnere (20) (73) (74) (75). At viden går tabt i samarbejdet mellem PLH og hjemmesygeplejen demonstreres i citat 9 og 11 fra analysen s. 16. De viser udfordringer ift. dokumentation og kommunikation, som er 2 af de måder hvorpå videndeling finder sted. Vores fund peger på at hjemmesygeplejen har en tendens til at håndtere samarbejdet med PLH på samme måde som med den kommunale plejegruppe. Med udgangspunkt i sygeplejerskens kliniske lederskab og KLaPb kan det diskuteres, om det er hensigtsmæssigt, eller om det bør behandles som værende et tværsektorielt samarbejde. Baggrunden for dette er, at der er andre rammer for det tværsektorielle samarbejde. F.eks er der ikke fælles ledelse eller økonomi (74). Dette kan betyde, at de 2 aktører har forskellige opfattelse af, hvad målet for plejen er, samt hvordan det skal opnås.

Jody Hoffer Gittel er en amerikansk professor der i hendes teori, relationel koordinering, fokuserer på at styrke det tværprofessionelle samarbejde. Hun argumenterer bl.a. for at manglen på fælles mål kan få negative konsekvenser for kvaliteten af plejen (88) (89) og herigennem det samlede borgerforløb. Det kan derfor diskuteres, om Gittels løsningsforslag til at håndtere de tværsektorielle udfordringer også kan anvendes i samarbejdet mellem PLH og hjemmesygeplejerskerne. Gittels teori om relationel koordinering beskriver, hvordan effektive relationer og kommunikation styrker samarbejdet på tværs af sektorer (88). Teorien fokuserer på tre centrale elementer: fælles mål, fælles viden, gensidig respekt og fire kommunikative aspekter (88) (89)

Et argument for at behandle samarbejdet mellem PLH og hjemmesygeplejerskerne som et tværsektorielt samarbejde er de konsekvenser et dårligt samarbejde kan få. Dette kan variere fra forsinkelse i plejen og brug af unødige udgifter i behandlingen og plejen til helbreds-mæssige konsekvenser for patienten (88).

Nedenstående citat fra analysen demonstrerer dette i konteksten af samarbejdet mellem PLH og hjemmesygeplejen:

“Fordi sidst jeg var nede, efter de havde ringet på et akutkald, jeg aner ikke engang, hvordan hun ser ud, og det er jo ikke vigtigt for min opgave. Men jeg skulle alligevel ringe og fortælle, er vedkommende sådan her habituelt? Fordi det kunne jeg ikke finde nogen steder. [...] men det er måske noget kommunikation, som på en eller anden måde kan gå tabt. Altså den tavse viden. [...] sådan nogle små ting, som man ikke skriver i journalen. Ja, han er fuldstændig kendt med at snøve.” Interview 1

I citatet blev sygeplejersken usikker grundet manglende tavs viden om borgeren, som gik tabt mellem de 2 aktører. Dette kunne have fået alvorlige konsekvenser for patienten hvis sygeplejersken havde undervurderet, hvad som måske var symptomer på kritisk sygdom. En øget grad af relationel koordinering mellem de 2 aktører kunne derfor sandsynligvis have bidraget til at gøre opgaveløsningen tryggere for sygeplejersken og patienten.

Citat 9 og 11 fra analysen s. 16 er 2 andre eksempler på at dokumentation og kommunikation er 2 områder, hvor samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og PLH er udfordret. I Gittels model falder dette under de kommunikative parametre (88). F.eks. ses det i citat 9 at sygeplejersken mister følelsen med borgerens forløb grundet for sjælden kommunikation. At øget kommunikation kan forbedre samarbejdet, illustreres i Citat 10 fra analysen, som beskæftiger sig med palliative forløb. Her kommer både PLH og sygeplejersken oftere i hjemmet grundet borgerens tilstand. Dette fører til en større tilfredshed med samarbejdet for sygeplejerskens side, grundet en øget kontaktflade, som understøtter sygeplejerskens kliniske lederskab. Klapb-modellen viser desuden, at det tværsektorielle samarbejde kræver, at kommunikationen også skal være situationsbestemt og tilpasset den kulturelle kontekst (90). Dette kan besværliggøres af, at samarbejdet går på tværs af to organisationer, som kan have forskellige kulturer og sprog.

Argumentet imod at behandle samarbejdet mellem hjemmesygeplejersken og PLH som et tværsektorielt samarbejde er, at man i det tværsektorielle samarbejde har med forskellige aktører indenfor den offentlige sektor at gøre. Derimod er samarbejdet mellem PLH og en kommunal hjemmesygepleje en relation mellem en offentlig og en privat virksomhed. PLH er et privat firma, hvor et evt. underskud skal betales af ejerne af firmaet og kan resultere i konkurs. Dette er ikke tilfældet med kommunen, hvis eksistens ikke på samme måde bliver påvirket af et under- eller overskud. Dog går nogen af de samme strukturer igen i samarbejdet mellem hjemmesygeplejersken og PLH som i et tværsektorielt samarbejde

Gittel er amerikansk og hendes teori er universelt gældende og omhandler relationer mellem forskellige organisationer, uagtet deres ejerforhold (88) (89). Derfor mener vi, at teorien om relationel koordinering kan anvendes her. Relationel koordinering fremmer det gode tværsektorielle samarbejde (91). Dette indebærer bl.a. at have fælles mål (88). Her kan man diskutere, om det kan være sværere at sætte fælles mål for forløbet, når der er tale om en privatejet- og en offentlig organisation med forskellige visioner og mål, end når der f.eks. er tale om to offentlige organisationer med samme mål. Et eksempel på dette er 7. citat i analysen, hvor der ses en forskel mellem, hvad PLH og hjemmesygeplejersken stiller af krav til arbejdsmiljøet. Dette kan bunde i, at der er tale om to organisationer med forskellige mål og visioner, men en mulighed er også at graden af relationel koordinering blot er for lav.

Vi har vist, at udfordringerne minder om dem fra det tværsektorielle samarbejde, og at relationel koordinering kan være løsningen. Selvom samarbejdet mellem PLH og den kommunale hjemmesygeplejerske ikke er et tværsektorielt samarbejde i den traditionelle forstand, da det er indenfor samme sektor, kan Gittels model finde relevans. Dette skyldes, at det særligt er de strukturelle og organisatoriske rammer, der udfordrer samarbejdet mellem hjemmesygeplejersken og PLH. Forskning viser, at det er de samme udfordringer som genspejles i det tværsektorielle samarbejde (92). Med udgangspunkt i analysen tyder det på, at et øget fokus på kommunikationen mellem de 2 parter sandsynligvis vil gavne sygeplejerskens mulighed for at udøve klinisk lederskab. Dette kan få en positiv indvirkning på det samlede borgerforløb og derigennem oplevelsen af samarbejdet med PLH.

Fund 4: Det frie valg udfordrer sygeplejersken

Vores analyse har vist, at det frie valg udfordrer sygeplejersken. Dette afspejles i citat 14 og 15 på s. 17, hvor der gives udtryk for, at en konsekvens af samarbejdet med PLH er, at sygeplejerskerne ikke altid kan levere sygepleje af samme kvalitet. De 3 foregående temaer underbygger også dette og illustrerer nogle af udfordringerne og konsekvenserne ved dette samarbejde. I særdeleshed handler det om et øget opgavepres på sygeplejerskerne, da de ikke kan uddelegere opgaver til PLH, nedsat informationsudveksling og et større koordineringsarbejde, hvilket kan reducere kvaliteten af plejen og derigennem patientsikkerheden. I det følgende diskuteres, hvorvidt Fritvalsreformen har haft den tilsigtede intention om at give et frit valg og dermed et bedre sundhedstilbud. Nedenstående citat illustrerer en af sygeplejerskernes holdning til samarbejdet med PLH og derigennem Fritvalsreformen:

“Den skal jeg da lige... Havde du nu givet mig et døgn tid, til at tænke over det? Så kan det være, at jeg kom med et eller andet kvalificeret bud?.. Styrker i privatleverandør? For os som sygeplejersker? Ja. Det kan jeg ikke lige helt komme på.” - Interview 3

på baggrund af ovenstående citat kombineret med de foregående 3 temaer, kan der argumenteres for, at sygeplejersken oplever at Fritvalsreformen ikke er understøttende for deres arbejde og for den samlede

kvalitet af borgerforløbet. Målet for Fritvalgsreformen er, gennem sund konkurrence, at fremme effektivitet og innovation for at forbedre hjemmeplejen (1). På trods af, at der er begrænset viden om, hvorvidt en privatisering af hjemmeplejen har bidraget til ovenstående, præsenteres det generelt som værende et positivt samarbejde. Der er særligt fokus på, at flere og flere ældre vælger PLH (4) (5) (6). Vi tolker dette, som at samarbejdet præsenteres som værende en succes. Følgende citat fra vores analyse kan også være med til at belyse en af fordelene ved samarbejdet med PLH:

"[...] hvis at borgere af en eller anden grund vælger det.. det kan også være, fordi de har nogen, de kender i det offentlige, så vil de helst have de private. Så skal man have lov til at have de samme muligheder [...]" Interview 2

Valgfriheden, som beskrevet ovenfor, er præcist, hvad Jakob Scharff (rådmand i Aarhus kommune for venstre) og Christian Budde (branchedirektør for Dansk Industri) beskriver som en fordel i artiklen "Valgfrihed giver bedre velfærd" (93). De skriver, at flere valgmuligheder giver den enkelte mulighed for at finde et tilbud, som passer til ens behov og ønsker (93). Vigtigheden af det frie valg understreges også af en rapport fra Sundheds- og ældreministeriet i 2017. Her mente 61% af de adspurgte deltagere, som modtog hjemmehjælp, at det frie valg var "vigtigt" eller "meget vigtigt" (94). På den anden side kan valgfrihed også gøre et valg mere uigennemsigtigt, hvis man ikke forstår, hvad det er, man kan vælge mellem. Denne udfordring understreges i citat 1 på s. 13, hvor sygeplejersken pointerer, at selvom valget præsenteres som frit og uden forskel, er det det ikke i praksis. Som vist i de 3 tidligere fund og argumenteret for, mangler de organisatoriske rammer som skal understøtte samarbejdet mellem PLH og hjemmesygeplejersken, hvilket påvirker kvaliteten af plejen negativt. Dette gør, at selvom der er indført frit valg juridisk, så kan det betyde at borgerne ikke har et reelt frit valg, da de organisatoriske rammer ikke understøtter det.

Spørgsmålet er også, hvordan der kan være en så stor diskrepans mellem hvordan samarbejdet fremstilles i den offentlige debat og hvordan hjemmesygeplejerskerne oplever det. En forskningsartikel fra 2023 publiceret i "The international journal of nursing" kan være med til at belyse dette (95). Den illustrerer den problematik, der kan være, når kvantitative måleskalaer anvendes til at bedømme plejen. Dette kan resultere i et ukomplet billede af den samlede kvalitet af sygeplejen. Artiklen understreger, at visse værdier ikke er målbare, hvorfor det ikke giver mening udelukkende at bruge kvantitative variable (95). Artiklens fund kan ligeledes bidrage til en større forståelse af forskellen mellem, hvordan samarbejdet præsenteres i medierne, og hvordan det opleves af sygeplejersken. Årsagen hertil er, at de udfordringer som sygeplejerskerne oplever, er de udfordringer, som er beskrevet i de 3 foregående temaer, og som ikke kan kvantificeres. Dette er f.eks. tid til at lære samarbejdspartnerens svage og stærke sider at kende (fund 1) eller koordinering med PLH (fund 2).

En anden vinkel, der kan hjælpe med at belyse ovennævnte diskrepans, kan være Davina Allens teori om synligt vs. usynligt arbejde (96, s. 30). Davian Allen er en britisk sygeplejeteoretisk forsker og sociolog. Hun fokuserer på organiseringen af sundhedsarbejde og service (97). I hendes teori beskriver hun, hvordan dele af en professions arbejde ikke er synligt. Hvilken del af arbejdet der ender som synlig eller usynlig, kommer an på kontekst og perspektiv, men oftest er den synlige del af arbejdet faktorer som kan dokumenteres og kvantificeres. F.eks. hvor mange ældre, som vælger PLH, hvorimod aspekter af arbejdet, som f.eks. sygeplejerskens skøn, hvilket er vanskeligt at kvantificere, forbliver usynligt. Dette kan forklare, hvorfor sygeplejerskernes oplevelse er forskellige fra den offentlige diskurs, da det "usynlige" arbejde, som f.eks. koordinering bag en skærm, kun er synlig for sygeplejerskerne. Hermed kan sygeplejersken opleve, at den organisatoriske ramme ikke omfavner det usynlige arbejde. Derved kan hun føle sig hæmmet i hendes kliniske praksis, hvilket vil påvirke det samlede borgerforløb negativt, da både det synlige og usynlige arbejde er vigtigt for kvaliteten af plejen. Et eksempel på usynligt arbejde ses i citat 14 s. 17, hvor sygeplejersken udtrykker, at relationen, som hun har brugt tid på at opbygge til hjælperne, mangler i samarbejdet med PLH. Denne relations dannelse er usynlig for andre end sygeplejersken.

Hermed ses at sygeplejerskerne oplever at fritvalsreformen og samarbejdet med PLH kompromitterer borgerens informerede samtykke og herigennem det samlede borgerforløb. Årsagen til, at det kan tolkes sådan er, at valget mellem PLH og kommunen, præsenteres for borgeren som at der ikke er forskel på, om de vælger det ene eller det andet. Problemet er, at på baggrund af det usynlige arbejde, som sygeplejersken udfører, oplever hun, at der er forskel. Borgerens valg bliver derfor ikke truffet på et fuldstændigt og fyldestgørende grundlag, som er kravet for at man kan kalde samtykket for informeret (98). Dermed kan der sættes spørgsmålstegn ved om sygeplejersken har rammerne for at fremme det enkelte menneskers ønsker og behov som specificeret i det sygeplejeetiske grundlag (31)

Metodediskussion

Metodediskussionen tager udgangspunkt i de fire kvalitetskriterier for kvalitative bacheloropgaver(99), som kvalitetsvurderingsredskabet VAKS også bygger på (100). I det følgende afsnit vil, vi diskutere om projektet lever op til disse enkeltvis.

Troværdighed

I vores bacheloropgave har vi forsøgt at øge troværdigheden ved at anvende triangulering (70) Triangulering bidrager til at belyse det undersøgte fænomenet fra forskellige vinkler for at eliminere svagheder ved en enkelt teori/metode/analytiker (101). Vi har anvendt forskertriangulering, hvor vi begge har lavet analysen individuelt for derefter at sammenligne vores resultater. Dog har vores resultater været meget ens, da vi

skrev vores forforståelse sammen og ligeledes har lavet rettelserne efter pilotinterviewet sammen. Derfor kan man diskutere, om det kunne have øget troværdigheden yderligere at have en ekstern person til at lave analysen. Kildetriadning er anvendt, da vi har interviewet 3 forskellige sygeplejersker og dermed har 3 forskellige kilder. Her kan diskuteres, om det kunne have styrket undersøgelsen at interviewe sygeplejersker fra forskellige hjemmesygeplejersker i samme kommune. Dette har dog ikke været muligt grundet tidsperspektivet. Teoritriadning er anvendt, da vi i diskussionen har anvendt klinisk lederskab, men brugt forskellige teorier til at belyse det fra flere forskellige vinkler. Vi har desuden inddraget etik i vores diskussion. Metodetriadning er ikke anvendt i vores analyse, idet vi har forholdt os til en enkelt kvalitativ metode, som er valgt i forhold til vores problemformulering.

Troværdighedskriteriet udgøres også af kriteriet om, at der er en passende tillidsfuld relation mellem interviewer og informant (99). I opgaven er beskrevet, at en af forfatterne til dette bachelorprojekt havde en relation til informanterne, idet hun har været i praktik og arbejdet der. Dette er der taget højde for, idet denne forfatter ikke har interviewet. Dog har hun været til stede i rummet. Derfor kan det diskuteres, om hendes tilstedeværelse har påvirket deltagerne.

Sammenlagt vurderer vi, at troværdigheden af vores bachelorstudium er høj, idet der er anvendt 3 ud af 4 triadningsmetoder. Desuden opfylder opgaven kriterier fra kvalitetsvurderingsværktøj for kvalitative artikler om, at formålet er beskrevet, metoden er beskrevet og valgt, og der er en beskrivelse af forskningsprocessen, samt hvordan data er indsamlet samt opbevaret.

Pålidelighed

Pålidelighed bygger på, om læseren tydeligt kan følge ens forskningsproces, og hvordan fundene er fremkommet, uden nødvendigvis at komme frem til samme resultat (99). Dette har vi søgt at sikre ved at anvende en systematisk opbygning med IMRAD, have en rød tråd og underbygge vores resultater med citater, så sammenhæng mellem rådata og resultater fremgår tydeligt. Derudover har vi beskrevet, hvordan vi er kommet fra det ene trin i analyseprocessen til det næste og har understøttet dette visuelt med relevante bilag. Derfor vurderer vi, at vores undersøgelse lever op til kravet om pålidelighed.

Bekræftelighed

Bekræftelighed beskæftiger sig med i hvilken grad, projektets fund kan bekræftes af andre (99, s. 388). I projektet har vi beskrevet vores forforståelse, samt redegjort for, hvordan denne har påvirket udarbejdelsen af vores interviewguide. Projektet er hermeneutisk funderet, hvilket fodrer at vores forforståelse skal bringes i spil. Derfor har vi ikke forsøgt at se bort fra vores forforståelse, men hele tiden være bevidst om den. Vi har dog i interviewprocessen forsøgt at sikre, at vores interviewspørgsmål ikke påvirkede vores

informanter negativt ved først at lave et pilotinterview, hvorefter vi sikrede at ingen spørgsmål blev stillet, så informanternes følte, de skulle svare noget bestemt.

I processen har vi desuden løbende været bevidst om ikke at udplukke enkelte citater, som understøtter vores teori, men valgt at inddrage flere forskellige vinkler. Dette ses bl.a. i diskussionen af tema 1, hvor vi inddrager et citat, som er modstridende med fundene generelt. På denne måde har vi sikret, vi inddrager alle perspektiver og er tro mod vores data.

Samlet vurderer vi, at vores bachelorprojekt lever op til kriteriet om bekræftelighed.

Overførbarhed

Overførbarheden beskæftiger sig med, om ens resultater er overførbare til en anden kontekst (99, s. 388). Kvalitative projekter har automatisk en lavere overførbarhed end kvantitative projekter, da de beskæftiger sig med dybdegående beskrivelser af fænomeneres oplevelser (35).

Overførbarheden for vores undersøgelse kan være begrænset, idet vi har beskæftiget os med en enkelt hjemmesygepleje i en enkelt kommune. Der er stor forskel kommunerne imellem på organiseringen af både den kommunale hjemmesygepleje og hjemmepleje samt antallet af private aktører (102). Dette vil spille ind på oplevelsen af samarbejdet, idet den organisatoriske kompleksitet afhænger af antallet af aktører (23, s. 46-61). Dermed kan sygeplejersker i en større kommune, som f.eks. Aarhus, med mange aktører opleve en meget større grad af kompleksitet end i en mindre kommune, som den vores undersøgelse foregår i.

Derudover bygger vores projekt på resultaterne fra 1 ud af 4 hjemmesygeplejeenheder i en mindre kommune. Det kunne have øget overførbarheden at interviewe sygeplejersker fra flere hjemmesygeplejeenheder i denne enkelt kommune.

Vi har dog forsøgt at sikre mest muligt overførbarhed ved tydeligt at beskrive konteksten for vores undersøgelse og antallet af informanter. På denne måde vil læseren tydeligt få indtryk af, i hvilke sammenhænge resultaterne er overførbare i.

Dermed kan vi konkludere, at vores studie lever op til kravene om troværdighed, pålidelighed, bekræftelig og i mindre grad om overførbarhed. Sidstnævnte er dog forventeligt for kvalitative studier.

Konklusion

Denne opgave bygger på resultaterne fra 3 enkeltmandsinterviews og søger at undersøge hjemmesygeplejerskens oplevelse af samarbejdet med PLH og dets betydning for det samlede borgerforløb. De 3 interviews er blevet analyseret hermeneutisk, ved hjælp af Dahlager og Fredslunds analysemodel. Vi

har fundet frem til 4 forskellige temaer, der belyser forskellige elementer af samarbejdet mellem de kommunale hjemmesygeplejersker og PLH.

Sygeplejerskens kendskab til plejegruppen er et af temaerne og belyser at manglende viden om kollegerne fra PLH kan gøre sygeplejersken usikker i udøvelsen af hendes kliniske lederskab. Samtidig oplever sygeplejerskerne, at deres tid ikke altid blev brugt fornuftigt, da PLH ikke varetager opgaver fra Sundhedsloven. Opgaver som kunne være blevet uddelegeret, hvis det var den kommunale plejegruppe, som står for plejen af borgeren. I tillæg mindede samarbejdet mellem hjemmesygeplejerskerne og PLH om et tværsektorielt samarbejde på trods af, at de arbejder inden for samme sektor. Årsagen er, at flere af udfordringerne ved det tværsektorielle samarbejde, såsom vidensdeling og koordinering går igen i samarbejdet mellem PLH og hjemmesygeplejen. Sygeplejerskerne oplevede også en kvalitetsforskel i forløbet, da PLH varetog plejen. Baggrunden for dette varierede fra at hjemmesygeplejerskerne føler sig mindre forberedt når de selv kom hjem til en borger til begrænsede muligheder for at hjælpe og undervise PLH's ansatte grundet de organisatoriske rammer.

Vi kunne have styrket studiet ved at interviewe flere hjemmesygeplejersker fra flere forskellige distrikter indenfor den samme kommune. Det havde ikke nødvendigvis givet mening at interviewe sygeplejersker fra andre kommuner. Årsagen er, at der kan være forskelle ift. organiseringen af arbejdet internt i kommunen samt antallet af aktører. Dette kan potentielt ændre hjemmesygeplejerskens oplevelse af samarbejdet med PLH. På baggrund af dette kan opgaven bruges til at give et billede af, hvordan hjemmesygeplejersken i det aktuelle distrikt oplever samarbejdet med PLH samt hvordan det påvirker det samlede borgerforløb. Den kan ikke bruges til at generalisere på landsbasis. Der er derfor behov for yderligere forskning på området.

Perspektivering

Perspektiveringen tager afsæt i vores konklusion, som har vist, at sygeplejerskerne føler sig udfordret i samarbejdet med private leverandører af hjemmepleje. De oplever ikke, at den organisatoriske ramme er optimal, hvilket kan påvirke kvaliteten af det samlede borgerforløb. Sundhedsreformen 2024 lægger op til et lovforslag om at gøre det muligt for private leverandører af hjemmepleje også at varetage "almene" sygeplejeopgaver inden for sundhedsloven fra 2026 (103, s. 53-56) (104)

Reformen opdeler hjemmesygeplejen i en kommunal "almen sygepleje" og en regional "kompleks sygepleje" (103, s. 56). Regionerne får ansvaret for at etablere hjemmebehandlingsteams, som skal håndtere en del af den sygepleje, som hidtil har hørt til den kommunale sygepleje. Disse teams skal i udgangspunktet samarbejde med kommunen (103, s. 56). At private leverandører kan varetage sygeplejefaglige opgaver kan løse nogle af de udfordringer, som vores opgave har påvist i samarbejdet med hjemmesygeplejerskerne. En

udfordring når det kommer til opdelingen i en "almen" og "kompleks" sygepleje er, at det er ikke besluttet om der skal etableres et offentligt/ privat samarbejde, mellem private leverandører og regionens teams (103, s. 56), hvilket er bekymringsværdigt. Dette bunder i, at hvis de regionale teams skal samarbejde med de kommunale sygeplejersker, men ikke de private, hvordan skal de borgere, som vælger en privat leverandør, men har brug for den komplekse kompetence fra regionerne, så varetages? Det er derfor forventeligt, at der fortsat er et behov for et offentligt privat samarbejde, som får en tværsektoriel komponent i form af de regionale teams. Udfordringerne som opgaven har belyst, tyder på, at rammerne ikke har været til stede for at sikre et optimalt samarbejde mellem hjemmesygeplejerskerne og de private leverandører efter introduktionen af fritvalgsreformen i 2003. Vi håber at den nye sundhedsreform kan være med til at ændre på dette. Det kræver dog at samarbejdet mellem private leverandører og de nye regionale teams granskes. Ellers er der en risiko for, at udfordringer blot flyttes fra de kommunale hjemmesygeplejersker til de regionale teams. Opgaven kan bidrage til at understrege behovet for at inddrage hjemmesygeplejerskens og andet plejepersonalets perspektiv, når man vil indføre og implementere ny lovgivning i 2026 på området. Denne opgave har ikke undersøgt i hvilken grad sundhedspersonalet er blevet inddraget i lignende lovgivning tilbage i 2013, da frit valgsreformen blev ændret. Dog står det klart, at den manglende viden og forskning på området, har ledt til stilstand på området i 10 år.

Referencer

1. Rostgaard T. Frit valg i hjemmeplejen - Arbejdsvilkår for medarbejdere i privat og offentlig hjemmepleje [Internet]. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2017 [henvist 15. november 2024]. Tilgængelig hos: https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/68776493/11158_frit_valg_i_hjemmeplejen_analysenotat_1_.pdf
2. Lewinter M. Udviklingen i hjemmehjælp i Danmark: et case studie i velfærdsstatens omstrukturering. 24. februar 2003;5–11.
3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Forslag til Lov om fremme af frit valg for borgerne ved levering af serviceydelser i kommuner [Internet]. Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005 [henvist 15. november 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.ft.dk/samling/20051/almDEL/KOU/bilag/30/216035.pdf>
4. Dansk Industri. Ny rekord: Ældre vil have privat pleje [Internet]. 2023 [henvist 15. november 2024]. Tilgængelig hos: <https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/13686280/ny-rekord-aeldre-vil-have-privat-pleje?publisherId=5524343>
5. Kraufeldt AR. MedTechNews. 2016 [henvist 16. november 2024]. Privat eller kommunalt? Stor forskel på borgernes valg. Tilgængelig hos: https://www.medtechnews.dk/article/view/248829/privat_eller_kommunalt_stor_forskel_pa_borgernes_valg
6. Munkøe M. Danskerne er åbne over for privat velfærd til deres pårørende [Internet]. Dansk Erhverv; 2017 [henvist 28. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.danskerhverv.dk/contentassets/bf748b013af445c2b30c8513ac48d816/danskerne-er-abne-over-for-privat-velfard-til-deres-parorende>
7. Houlberg K. vive.dk. 2025 [henvist 28. december 2024]. Hjemmehjælp. Frit valg koster i kommuner. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/nyheder-og-debat/hjemmehjaelp-frit-valg-koster-i-kommuner-qz5q8nz8/>
8. Richter L. Information. 2009 [henvist 28. december 2024]. Frit valg af hjemmehjælp koster kommuner dyrt. Tilgængelig hos: <https://www.information.dk/indland/2009/10/frit-valg-hjemmehjaelp-koster-kommuner-dyrt>
9. Regjeringen.no. Grunnstrukturen i helsetjenesten [Internet]. 2023 [henvist 21. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
10. Braut GS, Hagen TP. Det store medisinske leksikon. 2024 [henvist 21. december 2024]. kommunehelsetjenesten. Tilgængelig hos: <https://sml.snl.no/kommunehelsetjenesten>
11. Nordisk samarbejde. Sundhedsvæsen i Sverige [Internet]. [henvist 21. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.norden.org/da/info-norden/sundhedsvaesen-i-sverige>
12. Veteranpoolen. Veteranpoolen. Privat hemtjänst.
13. Braut GS. Helsevesenet [Internet]. 2024 [henvist 21. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://sml.snl.no/helsevesenet>

14. Upphandlingsmyndigheten. Upphandlingsmyndigheten. 2009 [henvist 21. december 2024]. Lagen om valfrihetssystem (LOV). Tilgængelig hos: <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/lagen-om-valfrietssystem-lov/#:~:text=Lagen%20om%20valfrietssystem%20%28LOV%29%20reglerar%20vad%20som%20ska,%28LOV%29%20tr%C3%A4dde%20i%20kraft%20den%201%20januari%202009.>
15. Fredriksson M, Isaksson D. Fifteen years with patient choice and free establishment in Swedish primary healthcare: what do we know? *Scand J Public Health*. november 2022;50(7):852–63.
16. Bogen H. Konkurransetsetting av omsorg: Reduseres kvaliteten? 12. august 2002;394–412.
17. 2. Den aldrende befolkning. I: Fremtidens sundhedsvæsen - 5 megatrends, der udfordrer - læs analysen [Internet]. [henvist 9. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/fem-megatrends-der-udfordrer-fremtidens-sundhedsvaesen-3vy4ldvy/>
18. Andersson K m. fl., Glasdam S, redaktører. 2. Hjemmesygepleje belyst i et historisk perspektiv med fokus på i dag – en funktion i forandring. I: *Det nære sundhedsvæsen : perspektiver på samfundsudvikling og møder mellem mennesker*. 1. udgave. Kbh.: Munksgård; 2016. s. 25-35.
19. Delmar C, Møller LA. Hjemmesygeplejerskers rolle, opgaver og ansvar i sammenhængende patientovergange fra hospital til primærsektor. 11. juni 2029;156–65.
20. Damkjær Syse M. 4.1 Organisatoriske betingelser og vilkår for det tværsektorielle samarbejde. I: Høgsgård D, redaktør. *Fagligt samarbejde i sundhedssektoren : grundbog i sygepleje*. 1. udgave. Kbh.: FADL; 2022. s. 186-207. (Uddannelse - klinik - viden).
21. Hagstrøm J. Kapitel 1. Sundhedsvæsnets organisering. I: *Det sammenhængende borger- og patientforløb*. 1. Munksgaard; 2017. s. 13–36.
22. Kjellberg PK. Astrid Krag's selvstyrende ældreteams kan slå hul på ældreplejens udfordringer [Internet]. 2021 [henvist 27. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/nyheder-og-debat/astrid-krag-selvstyrende-aeldreteams-kan-slaa-hul-paa-aeldreplejens-udfordringer-dx3k2qzb/>
23. VVinge S. Komplexitet i den kommunale sygepleje [Internet]. VIVE – Viden til Velfærd Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; [henvist 15. oktober 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/media/pure/rv73bdxn/2305498>
24. Kjellberg PK, Buch MS, Kjellberg J, Beck M. Buurtzorg - den organisatoriske grundmodel [Internet]. VIVE; 2023 [henvist 27. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/media/pure/5xpnmpv7/18774199>
25. Beck M, Buch MS, Kjellberg PK. VIVE.dk. 2022 [henvist 27. december 2024]. Selvstyrende teams – er det svaret på organiseringen af fremtidens ældrepleje? Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/selvstyrende-teams-er-det-svaret-paa-organiseringen-af-fremtidens-aeldrepleje-mxjj8px4/>
26. Sundhedsstyrresen, Videnscenter for værdig ældrepleje. Case: Faste hjælpere skaber kontinuitet og tryghed for ældre i Københavns Kommune [Internet]. [henvist 28. december 2024]. Tilgængelig hos: http://www.sst.dk/da/Vaerdighed/Udgivelser-cases-og-film/2021/09_Fast_hjaelp_hjemmepleje_Koebenhavn

27. Buch MS, Topholm EHE. Hvis vi gør det rigtigt, kan den hollandske Buurtzorg-model blive et afsæt for varig forbedring af ældreplejen i Danmark [Internet]. 2020 [henvist 27. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/nyheder-og-debat/hvis-vi-goer-det-rigtigt-kan-den-hollandske-buurtzorg-model-blive-et-afsaet-for-varig-forbedring-af-aeldreplejen-i-danmark-lxm7boxd/>
28. Manniche KJB. Tårnby Kommune: "Fremtiden er faste teams" [Internet]. 2024 [henvist 27. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/nyheder-og-debat/2024/taarnby-kommune-fremtiden-er-faste-teams/>
29. Buch MS, Topholm EHE, Christensen J. 3. Resultater for borgerrettet kvalitet. I: Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner [Internet]. VIVE.dk; 2024 [henvist 27. december 2024]. s. 36–45. Tilgængelig hos: https://www.sm.dk/Media/638502361658313625/302239_Hovedrapport_Faste_teamevaluering_PDF-UA.pdf
30. Buch MS, Topholm EHE, Christensen J. 2. Faglige og organisatoriske resultater. I: Faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen – erfaringer fra 25 kommuner [Internet]. VIVE.dk; 2024 [henvist 27. december 2024]. s. 22–35. Tilgængelig hos: https://www.sm.dk/Media/638502361658313625/302239_Hovedrapport_Faste_teamevaluering_PDF-UA.pdf
31. Sygeplejeetisk Råd. dsr.dk. [henvist 9. december 2024]. Etisk grundlag for Sygeplejersker. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejeetisk-raad/etisk-grundlag-for-sygeplejersker/>
32. Justitsministeriet. LBK nr 903 af 26/08/2019 sundhedsloven [Internet]. s. Kapitel 1 Formål, opgaver, ansvar m.v. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210>
33. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Nationale mål for sundhedsvæsenet 2024 [Internet]. [henvist 9. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-2024>
34. 6. Kvalitativt design. I: Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. 2. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2018. s. 139-150.
35. Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion. I: Kvalitative metoder : en grundbog. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2020. s. 15-29.
36. Rienecker L, Jørgensen PS, Skov S m. fl., Sonne-Ragans V, redaktører. 8. Videnskabsteori i opgaven, projektet specialet. I: Den gode opgave : håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning. 6. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2022. s. 189-222.
37. Henricson M, Priebe C, Landstrom C, redaktører. 1. Den videnskabelige erkendelses muligheder og begrænsninger - grundlæggende videnskabsteori. I: Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. 2. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2018. s. 37-56.
38. 10. Teori. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne : håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019. s. 133–72.
39. Gilje N. 6. Hermeneutik - teori og metode. I: Järvinen M, Mik-Meyer N, redaktører. Kvalitativ analyse : syv traditioner. 1. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2017. s. 143–203.

40. Hansen BH. Kap. 7. Hans - Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik. I: Fænomenologi og hermeneutik - Anvendelse og argumentation i sygeplejen. 1. 2019. s. 143–55.
41. Gadamer HG. Kapitel II.1.: Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. I: Sandhed og metode : grundtræk af en filosofisk hermeneutik. 2. udgave. Kbh.: Academica; 2007.
42. Birkler J. 6. Forståelse. I: Videnskabsteori : en grundbog. 2. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2021. s. 109-137.
43. Rienecker L, Jørgensen PS, Skov S m. fl. 6. Litteratur- og informationssøgning til opgaven. I: Den gode opgave : håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning. 6. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2022. s. 149-172.
44. VIA bibliotek. Databaser med mere. 2024 [henvist 29. december 2024]. Sygepleje. Tilgængelig hos: <https://biblioteket.via.dk/mit-fagomraade/sygepleje/>
45. Hørmann E. 3. Litteratursøgning. I: Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område. 2. Munksgaard; 2016. s. 37–49.
46. 4. Protokol i bachelorprojektet. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne : håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019. s. 53-64.
47. Det Nationale forsknings- og analysecenter for velfærd. vive.dk. 2024 [henvist 29. december 2024]. Om VIVE. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/om-vive/>
48. Kvale S, Brinkmann S. 4. Etske spørgsmål i forbindelse med interview. I: Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. s. 105–26.
49. Kvale S, Brinkmann S. 6. Tematisering og design af en interviewundersøgelse. I: Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. s. 149-176.
50. Forskellige former for kvalitative forskningsinterview. I: Det kvalitative interview. 1. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2014. s. 35-57.
51. Kvalitative dataindsamlingsmetoder. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne : håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019. s. 181-203.
52. Dahlager L, Fredslund H. 7. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. I: Vallgård S, Koch L, redaktører. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udgave. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. s. 157-182.
53. 9. Interviewkvalitet. I: Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. s. 219-234.
54. 7. Udførelse af et interview. I: Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2015.
55. Jørgensen K. 6. Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar. I: Kommunikation - for sundhedsprofessionelle. 5. udgave. Kbh.: Gad; 2021. s. s. 109-124.

56. Engers AC. Kapitel 11. Målrettet kommunikation. I: Mødet med patienten og borgeren. 1. Munksgaard; 2018. s. 187–208.
57. 10. Transkription af interview. I: Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. s. 235-248.
58. Glasdam S. 8. Semistrukturerede interviews af enkeltpersoner. I: Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område. 2. Munksgaard; 2016. s. 99–116.
59. Bøgeskov BO, redaktør. 14. Etik i projektarbejde. I: Etik i sygeplejen. 1. udgave. FADL; 2022. s. 252-273.
60. 9. Etik. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne : håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019. s. 121-132.
61. Uddannelses- og forskningsministeriet. Uddannelses- og Forskningsministeriet. [henvist 10. december 2024]. Den danske kodeks for integritet i forskning. Tilgængelig hos: <https://ufm.dk/publikationer/2015/den-danske-kodeks-for-integritet-i-forskning>
62. World Medical Association. WMA - The World Medical Association-Revised Declaration of Helsinki adopted by the global medical community, strengthening ethical standards in clinical research involving humans [Internet]. [henvist 22. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.wma.net/news-post/revised-declaration-of-helsinki-adopted-by-the-global-medical-community-strengthening-ethical-standards-in-clinical-research-involving-humans/>
63. Justitsministeriet. LOV nr 429 af 31/05/2000 Persondataloven [Internet]. 429 maj 31, 2000 s. Kap. 4. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2000/429>
64. Justitsministeriet. LOV nr 502 af 23/05/2018 Databeskyttelsesloven [Internet]. 502 maj 23, 2018 s. Kap. 3 Behandling af oplysninger. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/502>
65. Datatilsynet. datatilsynet.dk. [henvist 20. november 2024]. Særligt om sundhedsområdet. Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/vejledning/forskning-og-statistik/saerligt-om-sundhedsomraadet>
66. Datatilsynet. datatilsynet.dk. [henvist 20. november 2024]. Generelt om forskning og statistik. Tilgængelig hos: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/vejledning/forskning-og-statistik/generelt-om-forskning-og-statistik>
67. Glasdam S. Jura og Etik. I: Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder. 2. udgave. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2015. s. 27-36.
68. 4. Selve analysen. I: Det magiske øjeblik : kvalitativ analyse skridt for skridt. 1. udgave. Kbh.: Hans Reitzel; 2019. s. 53-93.
69. Lyhne CN, Bjerrum M. Kvalitativ indholdsanalyse – En hands-on introduktion. Klin Sygepleje. 10. december 2021;35(4):304–22.
70. Patton MQ. Module 77: Four Triangulation Processes for Enhancing credibility. I: Qualitative evaluation methods. Fourth edition. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.; 2015. s. 661-676.

71. Tanggaard L. 4. Fænomenologi som kvalitativ forskningsmetode. I: fænomenologi i kvalitativ analyse - de syv traditioner. 1. Hans Reitzels Forlag, København 2017; 2017. s. 79–102.
72. Schwennesen N, Christensen LKT. 17. Hermeneutik: filosofi, analyse og metode. I: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 6. udg. Munksgaard; 2021. s. 418–40.
73. Jakobsen R, Sørensen D. 1. Klinisk lederskab. I: Hundborg S, redaktør. Sygepleje : Klinisk lederskab - bind 2. 1. udgave. Kbh.: FADL; 2019. s. 26-49.
74. Jørgensen K. 1. Tværprofessionelt samarbejde i en sundhedsfaglig kontekst. I: Bendix Andersen A m. fl., redaktør. Tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet : teorier, metoder og implementering. 1. udgave. Kbh.: Gad; 2024. s. 13-20.
75. Jørgensen K, redaktør. 10. Implementering af nye tværsektorielle samarbejdsformer og indsatser. I: Tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet : teorier, metoder og implementering. 1. udgave. Kbh.: Gad; 2024. s. 167-188.
76. Glasscock T. Kapitel 1: Klinisk lederskab i sygeplejen. I: Glasscock T, Eldrup DS, redaktører. At lede sygepleje - sygeplejerskens virksomhedsområde. 2. udgave. Kbh.: Gad; 2019. s. 13-52.
77. 1. Den dobbelte sygepleierkompetansen. I: Organisatorisk kompetanse : i sygepleie og helsefaglig samarbeid. 1. udgave. Oslo: Cappelen akademisk; 2004. s. 15-36.
78. Frederiksen K, Bendix Andersen A, redaktører. 5. Tværsektorielt samarbejde og koordinering. I: Borgernær sygepleje : viden og kompetencer i det nære sundhedsvæsen. 1. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2022.
79. Glasscock T. 1. Klinisk lederskab i sygeplejen. I: At lede sygepleje. 2. Gads Forlag; 2019. s. 13–53.
80. 2. Dreyfusmodellen for tilegnelse af færdigheder, tilpasset sygeplejen. I: Fra novice til ekspert : mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepspraksis. 2. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2013. s. 29-49. (Sygeplejeteorier).
81. Benner P. From Novice to Expert. Am J Nurs. 1982;82(3):402–7.
82. Benner P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. Bull Sci Technol Soc. 1. juni 2004;24(3):188–99.
83. Dau S, Nielsby U, Petersen JN, redaktører. 3. Den dobbelte kompetence i klinisk lederskab. I: Klinisk lederskab : en grundbog i sygeplejen. 2. udgave. Kbh.: FADL; 2023. s. 43-66. (Uddannelse - klinik - viden).
84. Kommunal Sundhed. Forfatter: Sidsel Vinge [Internet]. [henvist 28. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://kommunalsundhed.dk/author/sidsel-vinge/>
85. Bak Thorup S. Sundhedsmonitor. 2022 [henvist 28. december 2024]. Sidsel Vinge om ledelse: Sundhedsvæsenets største problemer er selvskabte. Tilgængelig hos: <https://sundhedsmonitor.dk/nyheder/art8817789/Sundhedsv%C3%A6senets-st%C3%B8rste-problemer-er-selvskabte>

86. Vinge S. 3. Det nære sundhedsvæsen. I: Falk K, Friis Andersen J, redaktører. Sundhedsvæsenet på tværs. 3. udgave. Kbh.: Munksgård; 2018. s. 61-84.
87. 1. Eksempler på sundhedspolitiske problemstillinger. I: Dansk sundhedspolitik. 1. udgave. Kbh.: Munksgård; 2018. s. 13-25.
88. Bendix Andersen A m. fl., Jørgensen K, redaktører. 3. Relationel koordinering - om tværprofessionelt samarbejde og kommunikation. I: Tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet : teorier, metoder og implementering. 1. udgave. Kbh.: Gad; 2024. s. 37-54.
89. Andersen DR, redaktør. 2. Hvad er relationel koordinering? I: Effektivitet i sundhedsvæsenet : samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. 1. udgave. Kbh.: Munksgaard; 2012. s. 29-38.
90. Jakobsen R, Sørensen D. Kap.1 Klinisk lederskab. I: Hundborg S, redaktør. Sygepleje og Klinisk lederskab - Bind 2 [Internet]. Kbh.: Nota; 2019. s. 26-49. Tilgængelig hos: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/641687>
91. Revisiting Relational Coordination: A Systematic Review - Rendelle Bolton, Caroline Logan, Jody Hoffer Gittell, 2021 [Internet]. [henvist 7. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0021886321991597>
92. Doessing A. Formal and informal inter-organizational coordination: How nurses adapt in complex pathways. Int J Health Plann Manage. juli 2018;33(3):690–703.
93. Scharff J, Budde C. Dansk Industri. [henvist 22. december 2024]. Valgfrihed giver bedre velfærd - DI. Tilgængelig hos: <https://www.danskindustri.dk/offentlig-privatsamarbejde/nyheder/nyheder---arkiv/nyhedsarkiv/2022/8/valgfrihed-giver-bedre-velfard/>
94. Sundheds- og ældreministeriet. Servicetjek af frit valg på ældreområdet [Internet]. 2018 [henvist 12. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/Media/0/3/Servicetjek-af-det-frie-valg-paa-aeldre.pdf>
95. Allen D, Jacob N, Strange H, Jones A, Burton C, Rafferty AM. “It’s not just about the numbers”: Inside the black box of nurses’ professional judgement in nurse staffing systems in England and Wales: Insights from a qualitative cross-case comparative study. Int J Nurs Stud. 1. november 2023;147:104586.
96. 1. En omvendt figur-grunn-relasjon. I: Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg. 1. udgave, 1. oplag. Bergen: Fagbokforlaget; 2019. s. 27-60.
97. AllenAcademic PD, supervision research staff S of HSM commentator A for postgraduate. Cardiff University. [henvist 28. december 2024]. Professor Davina Allen - People. Tilgængelig hos: <https://profiles.cardiff.ac.uk/staff/allenda>
98. Informeret samtykke [Internet]. [henvist 28. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/informeret-samtykke>
99. 21. Diskussion. I: Det gode bachelorprojekt i sundhedsuddannelserne : håndbog i opgaveskrivning og metode. 1. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2019. s. 381-395.

100. Høstrup H, Schou L, Poulsen S, Lyngsø E. Vurdering af Kvalitative Studier - VAKS [Internet]. DASYs - Danske Sygepleje Selskab; 2009. Tilgængelig hos: [file:///C:/Users/m75743/Downloads/VAKS-danskversion.H%C3%B8strup.et.al.%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/m75743/Downloads/VAKS-danskversion.H%C3%B8strup.et.al.%20(5).pdf)
101. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncol Nurs Forum*. september 2014;41(5):545–7.
102. Kjær Foged S, Houlberg K. 2. Spørgeskemaundersøgelse om det frie hjemmeplejevalg. Kommunernes Tilvejebringelse Af Det Frie Valg Af Hjemmepleje Og Brug Af Udbud. :15-39.
103. Aftale om sundhedsreform 2024 [Internet]. [henvist 28. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/aftale-om-sundhedsreform-2024>
104. Nyt om regeringens udspil til en reform af ældreområdet: Private aktører vil i fremtiden kunne tilbyde borgerne helhedsorienterede plejeforløb med udvidelse af det frie valg | Social- og Boligministeriet [Internet]. [henvist 28. december 2024]. Tilgængelig hos: <https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/13771575/nyt-om-regeringens-udspil-til-en-reform-af-aeldreområdet-private-aktorer-vil-i-fremtiden-kunne-tilbyde-borgerne-helhedsorienterede-plejeforlob-med-udvidelse-af-det-frie-valg?publisherId=13560921&lang=da>

Bilagsfortegnelse

Bilag A: Søgeprofil

Bilag B: Eksempel på søgning på VIVE.dk

Bilag C: Flowchart over artikkelsortering

Bilag D:: Eksempel på søgning på Idunn

Bilag E: Interviewguide

Bilag F: Transkriberingsmanual

Bilag G: Ansøgning til klinisk uddannelsessted om tilladelse til at foretage dataindsamling i forbindelse med opgaver og projekter

Bilag H: Information om deltagelse i opgaver og projekter i sygeplejerskeruddannelsen

Bilag J: Eksempel på transskribering

Bilag K: Trin i analyseprocessen

Bilag L: Eksempel fra analyse

Bilag

Bilag A Søgeprofil

Problemstilling:

Hvordan oplever hjemmesygeplejersken, at samarbejdet med private leverandører af hjemmeplejen påvirker det samlede borgerforløb?

Delemne	Synonymer	Norsk oversættelse	Svensk oversættelse	tidsskrifter på Idunn.no
Hjemmesygepleje		Hjemmesykepleie	hemsjukvård	Tidsskrift for omsorgsforskning Klinisk sygepleje Nordisk sygeplejeforskning
Offentlig privat samarbejde		offentlig privat samarbeid	offentlig privat samverkan	
Privat leverandør		Privat leverandør	privat leverantör	
Hjemmepleje	Hjemmetjenester	Hjemmetjenester	Hemtjänst	Tidsskrift for samfunnsforskning
	Hjemmehjælp	Hjemmehjelp	hemhjälp	
Privatisering		Privatisering	Privatiserad	Tidsskrift for velferdsforskning

Søgestrategi – Hvilke kilder søges der i?

Kilder	Begrundelse
Idunn.no	Nordens største database med relevant forskning fra alle Skandinaviske lande. Giver os derfor mulighed for også at finde relevant materiale fra Norge og Sverige siden der er sparsomt med viden i Danmark
VIVE.dk	Forsknings – og analysecenter med fokus på velfærdsområdet. Er derfor en database ,hvor vi forventer at finde materiale med relevans for vores emne, med god mulighed for referencesøgninger
Google /Google Scholar / Micorsoft Chatbot / Copilot	Hurtig måde at få oversigt over området samt mulige søgetermer til den videre søgning

Bibliotek.dk	En måde at få oversigt over hvilken litteratur der findes på danske biblioteker som kan være relevant for vores emne
--------------	--

Noter: I tillæg til søgning i de ovenstående databaser er der også foretaget en kilde/referancesøgning i den litteratur som er fundet.

Bilag B: Eksempel på søgning på VIVE.dk

🔍✕

Vidensområder ▾Medarbejdere ▾

RESULTATER

Viden 17 Temaer 1 Aktuelt 2



🔍✕

Vidensområder ▾Medarbejdere ▾

RESULTATER

Viden 68 Temaer 1 Om VIVE 1 Medarbejdere 1



Bilag C: Eksempler på søgning på Idunn



(((Offentlig privat) AND (samarbejde) OR (samverkan) OR (samarbeid) AND (hemvård*) OR (hjemtjænst*) OR (hemsjukvård





 Logg inn

 NO ▼

Tidsskrifter Bøker Fagområder ▼ Info ▼

Tilgang gitt av VIA University College

APPLIED FILTERS

Nordisk sygeplejeforskning X

Tidsskrift for samfunnsforskning X

Tidsskrift for velferdsforskning X

Klinisk Sygepleje X

Tidsskrift for omsorgsforskning X

Clear all

ARTIKKELTYPE

Forskningsartikkel 64

Artikkel 28

ARTIKLER OG KAPITLER

1 - 20 av 94 resultater for "(((Offentlig privat) AND (samarbejde) OR (samverkan) OR (samarbeid) AND (hemvård*) OR (hjemtjænst*) OR (hemsjukvård*) OR (hjemmesygepleje*) OR (hjemmepleje*) OR (hjemmetjeneste*) (Hjemmesykepleie*) OR (hjemmepleie*))"

Lagre søk

RSS

Utdyp søket ▼

Sorter etter: Relevance ▼

ÅPEN TILGANG

Vitenskapelig publisasjon

Artikkel

juni 2021

Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg

Heidi Gautun og Jørdar Sørvoll

Tidsskrift for velferdsforskning | Volum 24, Utgave 3

FORHÅNDSVIS SAMMENDRAG ▼



(((Privatisering) OR (privatiserad) AND (hjemmesygepleje*) OR (hjemmepleje*) OR (hjemmetjeneste*) OR (hjemmesykeple





 Logg inn

 NO ▼

Tidsskrifter Bøker Fagområder ▼ Info ▼

Tilgang gitt av VIA University College

APPLIED FILTERS

Nordisk sygeplejeforskning X

Tidsskrift for samfunnsforskning X

Tidsskrift for velferdsforskning X

Klinisk Sygepleje X

Tidsskrift for omsorgsforskning X

Clear all

ARTIKKELTYPE

Forskningsartikkel 179

Artikkel 167

ARTIKLER OG KAPITLER

1 - 20 av 376 resultater for "(((Privatisering) OR (privatiserad) AND (hjemmesygepleje*) OR (hjemmepleje*) OR (hjemmetjeneste*) OR (hjemmesykepleie*) OR (hjemmepleie*) OR (hjemtjænst*) OR (hemvård*) OR (hemsjukvård*))"

Lagre søk

RSS

Utdyp søket ▼

Sorter etter: Relevance ▼

ÅPEN TILGANG

Vitenskapelig publisasjon

Artikkel

november 2023

Byrom i skvis: Mellom attraksjon og interaksjon

Sverre Bjerkedal

Tidsskrift for samfunnsforskning | Volum 64, Utgave 4

FORHÅNDSVIS SAMMENDRAG ▼



(((privat leverandør) OR (privat leverantör) AND (hjemmesygepleje*) OR (hjemmepleje*) OR (hjemmetjeneste*) OR (hjemm





 Logg inn

 NO ▼

Tidsskrifter Bøker Fagområder ▼ Info ▼

Tilgang gitt av VIA University College

APPLIED FILTERS

Nordisk sygeplejeforskning X

Tidsskrift for samfunnsforskning X

Tidsskrift for velferdsforskning X

Klinisk Sygepleje X

Tidsskrift for omsorgsforskning X

Clear all

ARTIKKELTYPE

Forskningsartikkel 174

Artikkel 152

ARTIKLER OG KAPITLER

1 - 20 av 352 resultater for "(((privat leverandør) OR (privat leverantör) AND (hjemmesygepleje*) OR (hjemmepleje*) OR (hjemmetjeneste*) OR (hjemmesykepleie*) OR (hjemmepleie*) OR (hemsjukvård*) OR (hemvård*) OR (hjemtjænst*))"

Lagre søk

RSS

Utdyp søket ▼

Sorter etter: Relevance ▼

ÅPEN TILGANG

Vitenskapelig publisasjon

Artikkel

juni 2021

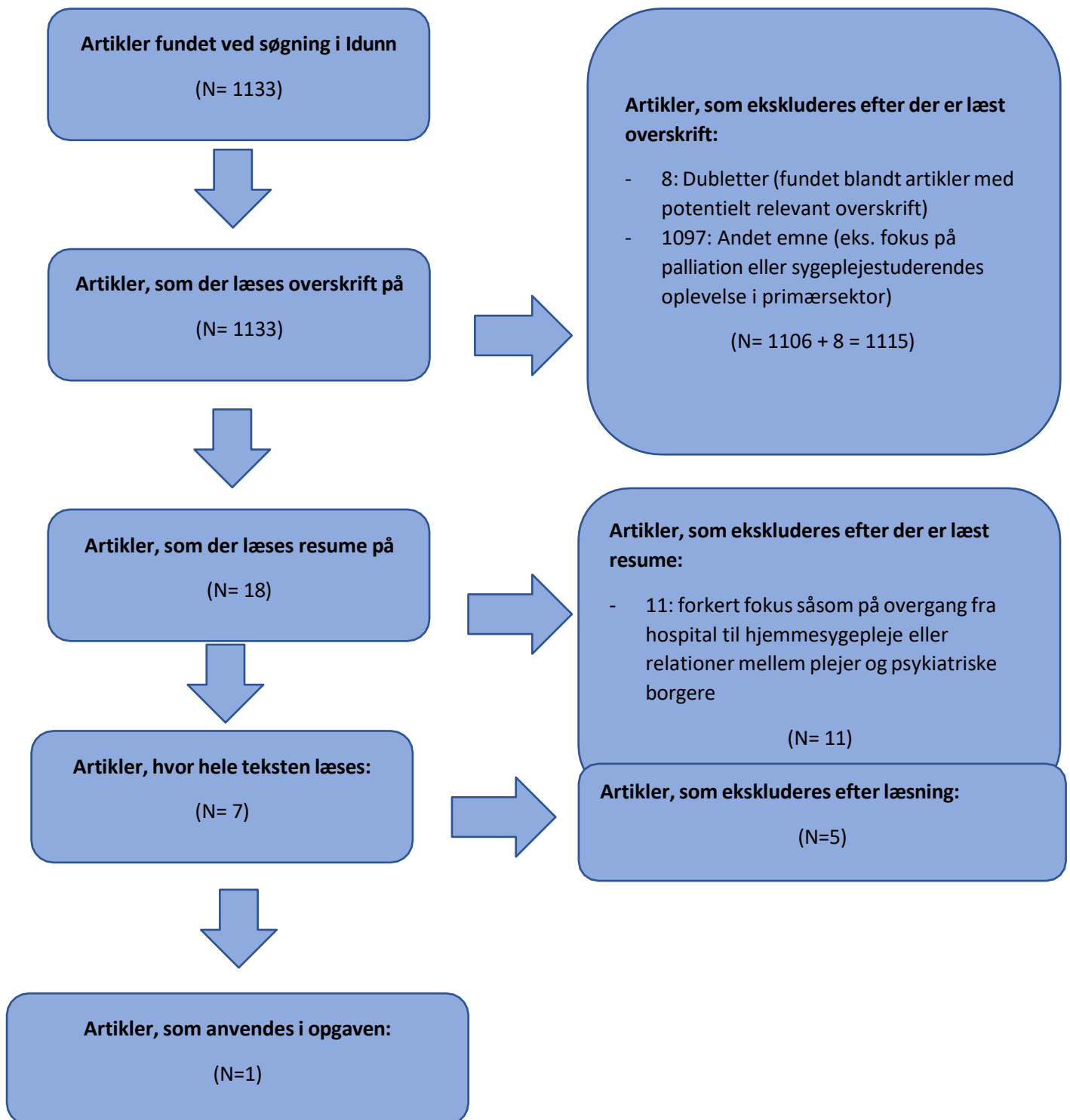
Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg

Heidi Gautun og Jørdar Sørvoll

Tidsskrift for velferdsforskning | Volum 24, Utgave 3

FORHÅNDSVIS SAMMENDRAG ▼

Bilag D: Flowchart over artikelsortering



Bilag E: Interviewguide

Interviewguide	
Introduktion	● Hvem er vi? Vi er 2 sygeplejestuderende, Casper og Barbora, som er i gang med vores bachelorprojekt på sygeplejeuddannelsen. ● Interviewets formål Formålet med interviewet er at opnå viden om, hvordan du oplever samarbejdet med private leverandører af hjemmepleje (f.ex. Midtjysk pleje og Svane pleje) Vi fokusere primært på borgere med en hvis tyngde - giv eksempel ● Tidsramme: Interviewet tager ca. 30 min. ● Optagelse af interviewet: Vi vil bede dig underskrive en samtykkeerklæring på, at vi må optage interviewet. Optagelsen anvendes til at transskribere interviewet, hvorefter det vil indgå i vores bachelorprojekt. ● Anonymisering: Der vil indgå citater fra det transskriberede materiale i vores projekt. Vi sikrer, at alt anonymiseres, så det ikke kan føres tilbage til dig. Optagelsen og transskriberingen gemmes efter gældende regler i Center for Forskning i Klinisk Sygepleje og slettes, når projektet er afleveret og eksamen er gennemført. ● Afslutningsvist: Du er her frivilligt og kan når som helst trække din samtykkeerklæring til at indgå i projektet tilbage. Så hører vi dit bidrag fra projektet. Har du nogle spørgsmål, før vi går i gang?
Interviewet startes: Der tændes for optageren	Vil du præsentere dig selv? (Hvad hedder du? Hvor længe har du været sygeplejerske? Hvor længe har du været

	hjemmesygeplejerske? Hvor mange timer arbejder du "ude" om ugen?)
Forskningsspørgsmål (tema): Hvordan udspiller samarbejdet sig mellem kommune og PLH (tema: Samarbejdets karakter)	
Interviewspørgsmål 1. Beskriv hvordan du har samarbejdet med private leverandører af hjemmeplejen det sidste år. 2. Prøv at fortælle hvordan et typisk samarbejde ved en borger ser ud 3. Hvordan oplever du, at den samlede pleje og behandling koordineres? 4. Hvordan vurderer I, at den administrative kvalitet i arbejdet er når det kommer til borgere med PLH (bedre? værre?)	Opfølgende spørgsmål 1.1 Kan du give et eksempel? 2.1 Hvordan vil du vurdere samarbejdet mellem KHSP og PLH fungerer? 2.2 Hvor meget tid bruger du på et samarbejde ved en borger med PLH? Ligeså meget som ved en, der har den kommunale hjemmepleje?
Forskningsspørgsmål (tema): Hvordan påvirker samarbejdet med private leverandører den samlede plejekvalitet for borgerne? (tema: Indflydelse på borgerforløb)	
Interviewspørgsmål 1. Hvad ser du som styrker og udfordringer ved samarbejdet med PLH?	Opfølgende spørgsmål 1.1 Hvordan tænker du, at dette samarbejde påvirker den overordnede pleje af borgerne?

2. I har et system, hvor i om morgenen mødes i teams. Dette er ikke muligt med PLH, føler du at det får en indflydelse på borgerens forløb? 3. Har I som sygeplejersker den fornødne information til at sikre kvaliteten i det samlede borgerforløb?	1.2 Føler du, at den overordnede sygepleje du er i stand til at yde, er af lige så høj kvalitet til PLH som kommunens brugere 1.3 Kan du give et eksempel? 2.1 Føler du, at der er klare aftaler for, hvordan i samarbejder om at varetage borgerens behov? 3.1 Har I adgang til den dokumentation, som PLH foretager?
Afslutning:	Er der noget du føler vi har glemt/undladt, som kan være vigtigt for at få det fulde billede af samarbejdet med PLH?

Bilag F: Transkriberingsmanual

I = interviewer

I2 = Interviewer 2, som primært var passiv og sad i hjørnet under interviewet.

A = informant i interview 1

B = informant i interview 2

C = Informant i interview 3

PLH1 = navn på en bestemt leverandør af hjemmepleje

PLH2 = navn på en anden bestemt leverandør af hjemmepleje

PLH3 = navn på en tredje bestemt leverandør af hjemmepleje

(utydeligt) = utydelig tale

(griner) = informanten griner

(sukker) = informanten sukker

(...) = Pause i tale

[...] = Brugt i citater til at markere når noget tekst er udeladt

Ny linje hver gang der er skift mellem talpersoner

Bilag G: Ansøgning til klinisk uddannelsessted om tilladelse til at foretage dataindsamling i forbindelse med opgaver og projekter

Få tankerne ned
VIA University College



Dato: 21-10-2024

Ansøgning til klinisk uddannelsessted om tilladelse til at foretage dataindsamling i forbindelse med opgaver og projekter i/på:

I perioden: Oktober-December 2024

Opgave/projekt: Bachelorprojekt

Formål: At undersøge, hvordan hjemmesygeplejersker oplever samarbejdet med private leverandører af hjemmepleje.

Problemformulering:

Dataindsamlingsmetode: (sæt x)

Interview af enkelt personer:	X
Gruppeinterview:	
Spørgeskema:	
Observation:	
Andet:	

Deltagere: Beskriv typer og antal

	Hvilken gruppe?	Hvor mange?
Fagpersonale	Sygeplejersker	3 stk.
Patienter i et bestemt afsnit eller med en bestemt diagnose		

Andre		
-------	--	--

Information til deltagerne

	Hvornår?	Hvem informerer?
Der gives mundtlig information	Ved interviewets start	Intervieweren
	Hvornår udleveres det?	Hvem udleverer det?
Der gives skriftlig information	Skriftligt materiale sendes til deltagende sygeplejersker 1 uge før interview.	Barbora og Casper

Med venlig hilsen

Navn og Studienummer:

Casper Wittingsrud Poulsen 314105

Barbora Kristensen 314164

Uddannelsessted: VIA University college

E-mail adresse og telefon:

Prinsens Alle 2

8800 Viborg

Ovenstående er godkendt af

Vejleder: (underviser) Anne Bendix Andersen
Uddannelsessted: VIA University College, Campus Viborg
E-mail adresse og telefon: ABEA@VIA.DK - t: 22388101
Vejleders underskrift: 

Den ansvarlige kliniske leder:

Undertegnede imødekommer hermed ovennævnte ansøgning:

Dato: _____ Navn: _____

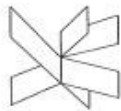
Undertegnede kan desværre **ikke** imødekomme ovennævnte ansøgning

Dato: _____ Navn: _____

VIA Sundhed, Sygeplejerskeuddannelsen

Bilag H: Information om deltagelse i opgaver og projekter i sygeplejerskeruddannelsen

Få tankerne ned
VIA University College



Dato: 21.10.2024

Information om deltagelse i opgaver og projekter i sygeplejerskeruddannelsen

Vi er studerende ved Sygeplejerskeruddannelsen i Viborg

I forbindelse med vores studium er vi i gang med at udarbejde en bacheloropgave, der omhandler: samarbejdet mellem private leverandører af hjemmepleje og den kommunale hjemmesygepleje.

Vi har til dette formål brug for at få kontakt med 3 hjemmesygeplejersker, som vil deltage i et interview om deres oplevelser med at samarbejde med private leverandører af hjemmeplejen.

Vi vil spørge om du vil deltage i projektet på følgende betingelser:

- Din deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trække dig fra deltagelse. Hvis du trækker dig, vil ingen af de informationer, du har bidraget med blive anvendt.
- Dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt.
- Oplysninger der indgår i projektet vil blive opbevaret forsvarligt indtil opgaven/projektet er afsluttet. Herefter slettes/makuleres alle oplysninger.
- Der er ingen risici forbundet ved deltagelse i projektet.

Såfremt du har spørgsmål og eller problemer i forbindelse med din deltagelse, kan du kontakte:

Barbora Kristensen: 26338110

Casper Høgh Wittingsrud Poulsen +4748420458

Såfremt du vil deltage bedes du underskrive en samtykkeerklæring. Denne vil blive opbevaret i et låst skab på arbejdspladsen

Med venlig hilsen
Barbora Kristensen
Casper Høgh Wittingsrud Poulsen

Vejleder: _____

Navn: Anne Bendix Andersen

Underskrift:  23/10/24

Arbejdstelefonnummer: 22383101

Arbejds- E-mail: abea@via.dk

Bilag J: Eksempel på transskribering

I: Er du primært udekørende, eller er det mere kontorarbejde, du sidder med?

A: Uhh, Jeg tror, at efter jeg er blevet koordinator sidste år, så er vi nok ude i halvdelen af tiden er jeg ude og den anden halvdel af tiden sidder jeg inde på kontoret. Men det kører meget. Nu kommer jeg ind i en periode, hvor jeg sidder meget på kontoret. Nu har jeg lige været ude i en periode, hvor jeg har været meget ude at køre.

I: Så det er meget skiftende?

A: Så det er sådan en rullende overgang. Men jeg vil sige, som udgangspunkt, halv, halv. Måske med overvægt til udekørende, men så har jeg jo noget vejledning i stedet for. Så det er halv, halv.

I: Så det varierer lidt fra årstid og studerende?

A: Ja.

I: Ok, fair nok. Har du arbejdet sammen med private leverandører det sidste års tid? Altså i plejen.

A: Ja, fordi vi arbejder jo sammen med PLH2 og PLH1.

I: Ehm ok (...)

A: Dem har vi jo inden over, når det er sådan, at de ikke vælger den kommunale.

I: Har du nogen fornemmelse for, hvor mange borgere I har i den type forløb lige nu, hvor I som sygeplejersker er inden over, og de tager sig af alt andet?

A: Det har jeg faktisk ikke. De ringer til os hver morgen. PLH1. Men jeg er faktisk lidt usikker (...) Der er også PLH3. Dem arbejder vi ikke så meget sammen med. Men nej, jeg har faktisk ikke nogen idé om det.

I: Har du haft..

A: Men vi kan finde ud af det.

I: Ok

A: Det kan vi i hvert fald se på, ja. (...)

I: Har du selv været inden over forløb de sidste halve år til et års tid, hvor de har stået for resten, og hvor du er kommet som sygeplejerske i hjemmet?

A: Ja. Okay.

I: Kan du give et eksempel på, hvordan du har været med?

A: Det har været (...) Måske ikke lige forløb. Jo, jeg har faktisk en borger i mit team, hvor at PLH1 kommer der dagligt, men vi kommer der kun til medicindosering og sårpleje.

K:Trin i analyseprocessen

1. omgang - n=62

Afstandens betydning - Arbejdet i teams - Arbejdsgruppe - Arbejdsmiljø - Arbejdsvilkår/betingelser - Argumentation -- Borgerforløbets kvalitet - Dem og os - Dokumentation - Fleksibilitet - Forforståelsen i spil - Forskel på kompetencer- Forskellig kommunikation - Forskellige arbejdsgange - Forskel i plejen - Frit valg -Fysisk samværs betydning -Informationsniveau - Individuel planlægning - Kendskab til kollegaer - Kendskab til ens samarbejdspartnere - Kollegasparring - Kommunikation - Kompetenceudvikling - Komplexitet - Kontaktfladen - Kontinuitet - Kontrol - Koordinering - Kulturforskelle - Ledelsesstruktur - Lige muligheder - Mangler - Muligheder - Opgaveløsning - Palliationsbesøg - Planlægning - Politik - Rammer - Relationens betydning - Ressourceforbrug - Samarbejdets karakter - Serviceloven - Sundhedsloven - Sygeplejerskens ansvar - Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe - Sygeplejerskens præferencer - Sygeplejerskens autoritet - Systemer - Synlig/ikke synlig viden - Spørgsmål - Styrker ved PLH- Tavs viden - Tilgang - Uddannelsesniveau - Udelegering af ydelser -Udfordringer i samarbejdet - Usikkerhed - Vidensdeling - Vilkår

2. omgang - n=29

Dem og os: dem og os

Den fysiske afstands betydning: afstandens betydning, fysisk samværs betydning

Dokumentation: dokumentation

Fleksibilitet: fleksibilitet

Forforståelsen i spil: forforståelsen i spil

Frit valg: frit valg

Kendskab til samarbejdspartnere: kendskab til kollegaer, kendskab til ens samarbejdspartnere, kollegasparring

Kommunikation: forskellig kommunikation, kommunikation

Kontaktfladen: kontaktfladen.

Kompetencer: forskel på kompetencer, kompetenceudvikling, Uddannelsesniveau , usikkerhed

Koordinering: arbejdet i teams, individuel planlægning, koordinering, planlægning

Kulturforskel: kulturforskel

Kvalitet i borgerforløbet: borgerforløbets kvalitet, forskel i plejen, kontinuitet, mangler

Opgaveløsning: opgaveløsning

Palliationsbesøg: palliationsbesøg

Rammer og vilkår: arbejdsmiljø, arbejdsvilkår/betingelser, forskellige arbejdsgange, kompleksitet, ledelsesstruktur, politik, rammer - Serviceloven - Sundhedsloven, vilkår,

Relationens betydning: relationens betydning

Ressourceforbrug: ressourceforbrug

Samarbejdets karakter: samarbejdets karakter,

Styrker ved PLH: Styrker ved PLH

Sygeplejerskens ansvar: sygeplejerskens ansvar

Sygeplejerskens autoritet: argumentation, sygeplejerskens autoritet,

Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe: sygeplejerskens mulighed for at hjælpe, lige muligheder, muligheder, spørgsmål

Sygeplejerskens præferencer: kontrol, sygeplejerskens præferencer

Systemer: systemer, arbejdsgruppe

Tavs viden: informationsniveau, Synlig/ikke synlig viden, tavs viden

Tilgang: tilgang

Uddelgering af ydelser: uddelegering af ydelser

Vidensdeling: vidensdeling

3. omgang - n=25

Dem og os: dem og os

Den fysiske afstands betydning: afstandens betydning, fysisk samværs betydning

Dokumentation: dokumentation, systemer

Frit valg: frit valg

Kendskab til samarbejdspartnere: kendskab til kollegaer, kendskab til ens samarbejdspartnere, kollegasparring, Sygeplejerskens præferencer

Kommunikation: forskellig kommunikation, kommunikation

Kontaktfladen: kontaktfladen.

Kompetencer: forskel på kompetencer, kompetenceudvikling, uddannelsesniveau ,

Koordinering: arbejdet i teams, individuel planlægning, koordinering, planlægning

Mulig kulturforskelle?: forforståelsen i spil, kulturforskelle

Kvalitet i borgerforløbet: borgerforløbets kvalitet, forskel i plejen, kontinuitet, mangler

Opgaveløsning: opgaveløsning

Palliationsbesøg: palliationsbesøg

Rammer og vilkår: arbejdsmiljø, arbejdsvilkår/betingelser, forskellige arbejdsange, fleksibilitet kompleksitet, ledelsesstruktur, politik, rammer, Serviceloven, Sundhedsloven, vilkår,

Relationens betydning: relationens betydning, usikkerhed

Ressourceforbrug: ressourceforbrug

Samarbejdets karakter: samarbejdets karakter,

Styrker ved PLH: Styrker ved PLH

Sygeplejerskens ansvar: sygeplejerskens ansvar

Sygeplejerskens autoritet: argumentation, sygeplejerskens autoritet,

Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe: sygeplejerskens mulighed for at hjælpe, lige muligheder, muligheder, spørgsmål

Tavs viden: informationsniveau, Synlig/ikke synlig viden, tavs viden

Tilgang: tilgang

Uddelgering af ydelser: uddelegering af ydelser

Vidensdeling: vidensdeling

4. omgang - n=17

Dem og os: dem og os

Den fysiske afstands betydning: afstandens betydning, fysisk samværs betydning

Den organisatoriske kontekst: rammer og vilkår (denne kategori fra trin 3 er omdøbt til den organisatoriske kontekst og meningsbærende enheder som ikke passede til dette blev rekategoriseret), styrker ved PLH, kompetencer

Dokumentation: dokumentation, systemer

Frit valg: frit valg

Kendskab til samarbejdspartnere: kendskab til kollegaer, kendskab til ens samarbejdspartnere, kollegasparring, relationens betydning, sygeplejerskens præferencer

Kontaktfladen: kommunikation, kontaktfladen, vidensdeling

Koordinering: arbejdet i teams, individuel planlægning, koordinering, planlægning

Mulig kulturforskelle?: forforståelsen i spil, kulturforskelle, tilgang

Kvalitet: kvalitet i borgerforløbet, sygeplejerskens ansvar, sygeplejerskens autoritet

Opgaveløsning: opgaveløsning, palliationsbesøg, ressourceforbrug, sygeplejerskens ansvar,

Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe: sygeplejerskens mulighed for at hjælpe, lige muligheder, muligheder, spørgsmål

Tavs viden: informationsniveau, Synlig/ikke synlig viden, tavs viden

Udfordringer i samarbejdet: samarbejdets karakter (gik en ny runde med denne, og den blev til udfordringer i/for samarbejdet)

Uddelgering af ydelser: uddelegering af ydelser

Sidste omgang - n=4

1. Når kendskab til plejegruppen får betydning

- Kendskab til ens samarbejdspartnere
- Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe
- Den fysiske afstands betydning
- Dem og os

2. Bruger jeg min tid fornuftigt?

- Opgaveløsning
- Ressourceforbrug
- Uddelegering af ydelser
- Udfordringer med samarbejdet

3. Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor

- Koordinering
- Dokumentation
- Mulig kulturforskel
- Kontaktfladen
- Tavs viden

4. Det frie valg udfordrer sygeplejersken

- Kvalitet
- Frit valg
- Den organisatoriske kontekst
- Kompetencer

Bilag L: Eksempel fra analyse

Eksempel fra analyse foretaget vha. Dahlager og Fredslunds analysemodel. Er kun inkluderet 2 meningsbærende enheder fra hver operationalisering selvom der i nogle har været flere.

Meningsbærende enhed	Meningskategorisering	Operationalisering	Rekontekstualisering
<i>"Der har også været leget lidt med, hvordan vi kan mødes med dem. Men der er noget logistik. Jeg har siddet i en arbejdsgruppe, og samarbejder med private leverandører. Men der er noget logistik, for de er kørt af sted, inden vi i det hele taget har tænkt på at køre afsted."</i> Interview 1	Udfordringer i samarbejdet Koordinering Den organisatoriske kontekst	Koordinering	Et tværsektorielt samarbejde i egen sektor
<i>"Jamen, altså, vi har jo helt fra morgenstunden af, så skal de jo egentlig ringe til os, og spørge, om der er noget på vores triagering..... De skal ringe hver morgen, også selv de morgener, hvor der ikke er nogen borgere, der triagerer rød eller gul..... Men omvendt ville man jo også gerne det gode samarbejde, så det er jo også fint nok lige at have en snak. Så der har vi i hvert fald en snak lige fra morgenstunden af"</i> Interview 2	Koordinering Kontaktflade Kendskab til ens samarbejdspartnere		
<i>"Jamen, vi bruger jo en del, hvad hedder det, Cura. Og der har vi jo haft lidt problem nogle gange med, at deres dokumentation ikke har været sådan særlig fyldestgørende."</i> Interview 2	Kompetencer Dokumentation	Dokumentation	
<i>"Jeg oplever det mest (at der er mangelfuld dokumentation) fra det private. Men det er jo netop, fordi jeg kan sidde der om morgenen og sige "få lige taget et billede" eller "tag lige urinprøven fra". Det har en kæmpe betydning."</i> Interview 1	Udfordringer i samarbejdet Koordinering		
<i>"Ja, og det tror jeg også godt kan være udfordringen ind imellem. Det er den følelse, jeg kan have, at de lige strækker det lidt. Jeg har også, hvor jeg er kommet ud og har sagt, jeg skal lige hjælpe dig med støttestrømper i dag. Hvor de plejer bare at sætte sig på gulvet. What? [...]</i> <i>Tag nu bare den der samtale her og find</i>	Udfordringer i samarbejdet Mulig kulturforskel? Dem og os	Mulig kulturforskel	

en taburet eller få noget til at fungere.” Interview 1			
“Måske. Jeg ved det ikke. Når jeg har samarbejdet med dem, så er det egentlig ikke fordi, at der er noget, eller at de ikke vil borgeren. Så kan jeg ikke sige, hold da op noget sjuskeri, men det giver ikke mening det med røgen. Det giver ikke mening, at der ikke er kommet plejeseng. Det giver ikke mening, at de skal sidde på knæ på gulvet.” Interview 1	Udfordringer i samarbejdet Mulig kulturforskel?		
“lige pludselig var der en uge, hvor der var yttret en masse bekymring om borgeren, og så lige pludselig er det sluttet lidt igen. Og det forsvinder lidt for mig, fordi jeg ikke har den daglige kontakt med dem, der kommer dernede.” Interview 1	Kontaktfladen Den fysiske afstands betydning Udfordringer i/for samarbejdet	Kontaktfladen	
“Ja, og samarbejdet kan også både være rent telefonisk i vagtcentralen omkring noget sparring eller et eller andet. Men det kan også være ude hos borgerne.” Interview 3	Koordinering Kontaktfladen		
“Ja, men også generelt. Nogle gange er det ikke altid det, man ved, der er vigtigt. Nogle gange kan det være, at det ikke altid er, man ikke ved. Ej, det har jeg faktisk ikke sagt..” Interview 2	Tavs viden	Tavs viden	
“Og nogle gange får man jo ved at være omkring borgeren sammen, så kommer det (den tavse viden) frem af en eller anden grund. Men hvis ikke man har den kommunikation på samme basis, som vi har herinde, så kan man jo gå glip af nogle af dem” Interview 2	Tavs viden Kontaktfladen Udfordringer i samarbejde		
“Så det giver da en noget større fleksibilitet, at vi kan oplære de kommunale hjælpere i de der små, ukomplekse ting” Interview 3	Opgaveløsning Kompetencer	Opgaveløsning	Bruger jeg min tid fornuftigt?
“at man kommer ind i hjemmet med en anden ro, og en fælles tilgang... Den fælles tilgang kan vi jo ikke altid nå at få med private.” Interview 3	Udfordringer i samarbejdet Kendskab til ens samarbejdspartnere Opgaveløsning		

<i>“Og det jeg synes er forkert, det er at vi ikke kan få lov til at uddelegere vores ydelser til dem, ligesom vi kan på samme måde til vores egen private... vi får ekstra besøg, fordi de ikke må have lov til at få uddelegerede ydelser. Fordi der er mange ting, de godt kunne gøre, som ikke er nødvendige, vi skal ud til. Men som på grund af politiske indblandinger, hvis man kan sige det sådan, ikke er muligt. “</i> Interview 2	Den organisatoriske kontekst Uddelegering af ydelser Udfordringer i samarbejdet	Uddelegering af ydelser	
<i>“Der er jo også noget med, at privat leverandører slet ikke må varetage uddelegerede sygeplejeydelser. Det er sådan noget som øjendrypning... Hvor vi lærer vores egen hjælpere den slags. “</i> Interview 3	Den organisatoriske kontekst Kompetencer Uddelegering af ydelser		
<i>“Så synes man, bare fordi det er en privat leverandør, så skal vi ud og varetage de opgaver, hvor jeg synes, at det var der andre, der kunne gøre det lige så godt. Så det strander lidt i regler og paragraffer på en eller anden måde”</i> Interview 3	Den organisatoriske kontekst Ressourceforbrug Opgaveløsning	Ressourceforbrug	
<i>“faste hjælpere (i kommunen) bliver oplært i noget øjendrypning, det frigiver nogle ressourcer over i sygeplejen. Og så kan vi tage os af de mere komplekse ting”</i> Interview 3	Ressourceforbrug Kompetencer Opgaveløsning		
<i>“Jeg har det bedst nu lige i min egen stald, fordi det er nemmere at have kontakt med mine egne hjælpere. Så derfor synes jeg, det er rart, at det er tæt på. Fordi det er et samarbejde, der foregår lidt længere ude, kan man sige, end det vi selv har. Vi kan nemt lige kontakte hinanden og sige, har du lagt mærke til det osv. Men det kræver noget mere energi at få fat i de private, end det gør at få fat i vores egne.”</i> Interview 2	Koordinering Udfordringer i samarbejdet	Udfordringer i samarbejdet	
<i>“Nej, vi må ikke have en hjælper med, når det er sådan, at de har varetaget PLH. Men det er måske lidt mere kompliceret for os, og det har ikke noget med, hvordan de udfører opgaver, men det kan</i>	Den organisatoriske kontekst Koordinering		

<i>være lidt mere kompliceret for os at planlægge med PLH i forhold til vores egen kommunale. For vi arbejder jo i Teams, så jeg kan jo sidde inde i Teams og sige "Marianne hjælper, hvornår er du dernede?" Det er her, jeg skal ringe til PLH, og det lyder som en simpel opgave, men det er faktisk lidt bøvlet, når du også skal ned og finde nogle bilnøgler, eller at du skal mange praktiske opgaver inden. Så bliver det sådan lidt, altså ja, det lyder simpelt, men du har mange sådan simple ting, inden du skal ud af døren, så det faktisk bliver sådan lidt..." Interview 1</i>	Udfordringer i samarbejdet		
<i>"Helt personligt prøver jeg jo at give den sygepleje til alle borgere, altså uden at gøre forskel. Men jeg tror, at jeg er en anden i og med, at jeg føler mig lidt bedre rustet, fordi jeg har, som sagt, talt med hjælperne om det hjem vi skal ud i. Der kan også være nogle ting, noget som de fortæller mig, som jeg skal være opmærksom på." - Interview 3</i>	Kendskab til samarbejdspartnere Udfordringer for samarbejdet Kvalitet	Kvalitet	Det frie valg udfordrer sygeplejersken
<i>"Jeg kan godt levere samme kvalitet, det har jeg ikke problemer med. Og jeg kan jo ikke garantere for deres vel, for jeg kan kun se, at har ingen tilfælde, hvor jeg har samarbejdet med dem." - Interview 2</i>	Kvalitet		
<i>"Jeg synes, det er en mangel. Det er helt klart en mangel, fordi jeg synes, det er så vigtigt, at vi er omkring vores borgere på en ordentlig måde. Og hvis at borgere af en eller anden grund vælger det.. det kan også være, fordi de har nogen, de kender i det offentlige, så vil de helst have de private. Så skal man have lov til at have de samme muligheder." - Interview 2</i>	Frit valg Opgaveløsning	Frit valg	
<i>"det hedder sig jo sin tid, også overfor borgeren, når de skal vælge, om de vil have en kommunal eller en privat leverandør, så er der ingen forskel i princippet. Så kan de frit vælge. Men det er der jo. Der er jo en forskel. Blandt andet den, at vi har noget større samarbejde med vores kommunale leverandører. Vi kender de piger, der kører ude i hjemmene. Vi er noget tættere med dem.</i>	Frit valg, Udfordringer i samarbejdet, Kendskab til ens samarbejdspartnere		

<i>Og det giver dig et bedre forløb, det er helt sikkert. "</i> - Interview 3			
<i>"Jeg tror bare, at mit svar vil være, at jeg tror ikke, de dokumenterer lige så godt, som vores hjælpergruppe heroppe Og jeg tror, det har noget at gøre med, at vi arbejder i teams nu, og at vi kan sidde deroppe om morgenen. Vi har 20 minutter med vores gruppe hver morgen, at vi kan sidde deroppe og fortælle dem det."</i> - Interview 1	Den organisatoriske kontekst Koordinering	Den organisatoriske kontekst	
<i>"Samarbejdet synes jeg ikke er godt med privat leverandør. Altså ikke.. Vi sidder rart og vi taler ordentligt pænt sammen. Vi har bare ikke de rammer, der gør, at det er optimalt."</i> - Interview 3	Udfordringer i samarbejdet Uddelegering af ydelser Den organisatoriske kontekst		
<i>"Jo, men det er vel også... Nogle gange så underviser vi jo også, fordi... Jeg oplever også, at mange af vores hjælpere, de er rigtig sultne efter at få informationer, så de vil gerne vide noget, de vil gerne lære noget. Og de får også nogle gange nogle personlige opgaver"</i> - Interview 2	Kompetencer	Kompetencer	
<i>"Informant: Det er ved, at vi ikke har det samme samarbejde med dem, som vi har med vores egen hjælpere.</i> <i>Interviewer: Og hvilken konsekvens kan det få for borgere?</i> <i>Informant: Det kan være, at der er nogle ting, vi går glip af. Rent oplysningsmæssigt. Hvad de ser, og hvad vi ser. Og dygtiggørelse af dem, der er i det private. Tit kan der jo være en undervisningssituation på selve stedet ved et eller andet. Og det får vi jo ikke på samme måde med dem."</i> - Interview 2	Kompetencer Kendskab til samarbejdspartnere Udfordringer i samarbejdet		

<i>"jeg har ikke en idé om, hvem der arbejder i det private. "Ingen idé om, jeg først kommer ind af døren, når at skaden er sket. At nu er alt huden omkring stomien, nu er den faktisk ødelagt. Jeg forventer, at de kontakter mig noget før, men jeg har ikke samme idé, fordi de spørger mig meget hurtigere her i huset, end de gør der, kan min fornemmelse være." - Interview 1</i>	Koordinering Den fysiske afstands betydning Kendskab til samarbejdspartner	Kendskab til ens samarbejdspartnere	Når kendskab til plejegruppen får betydning
<i>"Jamen, jeg skal jo ligesom spore mig ind på, hvad har vi med at gøre i dag? Er det en, der er helt uvidende, ufaglært, eller er det en, som kommer her dagligt? Så det kræver rimelig meget, at man lige skal finde ud af det i løbet af kort tid. " - Interview 3</i>	kendskab til samarbejdspartner Kompetencer		
<i>"Jeg tror især det der med at støtte op og hjælpe omkring et eller andet. Det kan jeg ikke se på samme måde ved den private leverandør. Og hvis jeg ser det, så er vi jo allerede kommet ud i et meget tæt samarbejde, og det tætte samarbejde, så er vi jo ude ved en lidt mere svækket borger" - Interview 1</i>	Opgaveløsning Kendskab til ens samarbejdspartner Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe	Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe	
<i>"så må de have samme muligheder for at have samvær med os kan man sige, som vores egne de har." - Interview 2</i>	Den organisatoriske kontekst Sygeplejerskens mulighed for at hjælpe		
<i>"Altså, det eneste jeg har fornemmelsen af, eller den der koordinering, vi jo så gør om morgenen med vores egne hjælpere, den mangler vi jo helt vildt, når vi har de der forløb der. Fordi vi ser dem ikke face to face, så skal man ringes ved" - Interview 3</i>	Koordinering Relationens betydning Den fysiske afstands betydning	Den fysiske afstands betydning	
<i>"Vi møder ikke de hjælpere på samme måde, vores egne på. Vi sidder i samme rum, vi spiser frokost sammen, vi har et team sammen. Du får snakket meget mere om borgeren ved, at du er i samme hus. " - Interview 1</i>	Tavs viden, Kendskab til samarbejdspartner		

	Den fysiske afstands betydning		
<i>"Jeg har så valgt at tage, at prøve på at etablere en positiv kontakt til dem, så jeg snakker meget med dem, også når de er ude og sådan nogle ting og hilser pænt, når vi kører forbi. Fordi ellers så havde det meget været dem og os" - Interview 2</i>	Kendskab til ens samarbejdspartner Dem og os	Dem og os	
<i>"Interviewer: Hvad føler du relationen bidrager med i borgerens forløb? Altså relationen mellem jer? Informant: [...] det er nok lidt svært at beskrive, hvor meget det gør. Altså ud over, at det gør rigtig meget. Vi kan i hvert fald, når vi mangler dem, så kan vi også mærke det. For det der samarbejde, den der lidt ens tilgang, vi har til situationen eller opgaven i hjemmet, i og med, at vi kan koordinere det. Den har vi jo ikke med en forholdsvis fremmed i gåseøjne, som vi møder ude i hjemmet. Så nogle gange skal man først ud i hjemmet til lige at aftale, gør du det der, så skal jeg lige gøre det. Så man er ikke helt forberedt på samme måde. Så vi er ligesom forberedt sammen om, hvad er det for et hjem, vi skal ud Interviewer: " - Interview 3</i>	Udfordringer i samarbejdet Tavs viden Kendskab til ens samarbejdspartner Opgaveløsning Dem og os		