

Multitasking og acting

helsefagarbeiderlærlingers strategier for å imøtekomme krav og forventninger

Siw Martinsen Watz¹ , Kari Ingstad² 

1. OsloMet - storbyuniversitet

2. Nord universitet

Kontakt: siwwat@oslomet.no

Abstrakt

Det er et økende behov for å rekruttere og beholde helsefagarbeidere. Mye av ansvaret for pleien er overført til kommunene, liggetiden på sykehus er gått ned og pasientene er sykere når de kommer hjem. I en slik kompleks og emosjonell arbeidskontekst skal helsefagarbeiderlærlingene utvikle seg til kompetente yrkesutøvere samfunnet trenger.

Helsefagarbeiderutdanningen og praksisfellesskapet i hjemmesykepleien må tilrettelegge for kompetanse som gjør lærlingene i stand til å møte arbeidslivets krav og forventninger.

Forskningsspørsmålet denne artikkelen belyser er: *Hvordan erfarer og håndterer lærlinger i helsearbeiderfaget krav og forventninger i læretiden i hjemmesykepleien?*

Individuelle intervjuer og observasjoner ble vurdert som en akseptabel fremgangsmåte. 12 lærlinger i helsearbeiderfaget ble intervjuet individuelt, og to av lærlingene ble observert av førsteforfatter gjennom 5 dager i praksis. Studien formidler hvordan helsefagarbeiderlærlinger manøvrerer i feltet som består av krav og forventninger, og hvor tiden til den enkelte pasient er tilmålt. Analysen viser at lærlingene håndterer krav og forventninger gjennom *multitasking, acting, prioritering, tilpasning og grensesetting*. De bygger bro mellom formelle og uformelle krav og forventninger ved at de utfører flere oppgaver samtidig, har dobbel oppmerksomhet i situasjoner, de skjuler innvendig stress, og de tilpasser seg pasientene samtidig som de prioriterer og setter grenser. Disse ferdighetene synes nødvendig å utvikle for å kunne ivareta formelle krav via en vedtaksbasert arbeidsliste, og uformelle krav som oppstår i møte med en kompleks gruppe av hjemmeboende pasienter.

Emneord: Lærlinger i helsearbeiderfaget, hjemmesykepleie, krav og kontroll, emosjonelt arbeid

Formål og bakgrunn

Formålet med denne artikkelen er å utforske hvordan siste års lærlinger i helsearbeiderfaget /nyutdannede helsefagarbeidere erfarer og håndterer en arbeidshverdag i hjemmesykepleie hvor de møter krav og forventninger fra pasienter, kollegaer og arbeidsgiver. Trenden i den vestlige verden er at mer og mer av omsorgen for syke og eldre overføres til kommunene, og til hjemmesykepleien (Holmberg et al., 2012; OECD, 2020). Med en stadig eldre befolkning, utvikling av nye og mer avanserte behandlingsformer og et økende behov for hjemmesykepleie, er det nødvendig, og en politisk utfordring, å både rekruttere og beholde helsefagarbeidere (Beyrer et al., 2019; Elstad & Vabø, 2021). NordCare-undersøkelsen som ble gjennomført i Danmark, Finland, Sverige og Norge i 2005 og 2015 viser hvordan helsefagarbeidere vurderer sin egen arbeidssituasjon. I 2015 sier 41,1 prosent av helsefagarbeidere som jobber med eldreomsorg i de nordiske landene at de seriøst har vurdert å slutte i jobben (Elstad & Vabø, 2021). Samtidig er helsearbeiderfaget et populært yrkesvalg blant ungdom (Utdanningsdirektoratet, 2022b). I Norge er det flere som søker seg til yrkesfag enn til studieforberedende, og helsearbeiderfaget er det faget flest ønsker (Utdanningsdirektoratet, 2022b). I 2022 var det 9667 elever som søkte vg1 helse- og oppvekstfag. Helsearbeiderfaget er det største faget innen helse- og oppvekstfag. I 2021 søkte 2467 elever læreplass i helsearbeiderfaget (Utdanningsdirektoratet, 2022b). Til tross for høye søkertall, har tallene gått ned de siste årene. I 2018, som var et hittil toppår, søkte 10931 elever seg til vg1 helse- og oppvekstfag (Utdanningsdirektoratet, 2022b).

Helsearbeiderfaget er en erstatning og videreføring av de tidligere hjelpepleier- og omsorgsfagarbeider utdanningene, og følger nå 2+2- prinsippet for utdanning. Det innebærer at elevene går to år i skole, etterfulgt av to år i lære i en bedrift. Av de som valgte å bli lærlinger i 2013, oppga 47 prosent at de hadde planer om å fortsette i yrket (Skålholt et al., 2013). Ni år etter fullført utdanning viser en studie av yrkesaktivitet at vel 70 prosent av helsefagarbeidere er yrkesaktive i Helse- og omsorgssektoren (Kornstad et al., 2021). Etterspørsel og behov er stort, og per i dag er det mangel på utdannede helsefagarbeidere. En rapport fra SSB anslår at Norge vil mangle 18000 helsefagarbeidere i 2030 (Dapi et al., 2018).

I løpet av læretiden, som oftest i en kommune (Skålholt et al., 2013), skal lærlingene transformere sin kompetanse fra skolebenken til yrkeslivet. I hjemmesykepleien skal de utvikle seg og lære yrket i en oppdragsorientert hverdag, hvor de imøtekommer pasientens individuelle og dynamiske behov. Konteksten for møtet mellom lærling og pasient, er pasientens hjem. Å være tett på pasienten, og yte omsorg, er nært knyttet til det å være helsefagarbeider (Skålholt et al., 2013). Det er denne interaksjonskonteksten helsefagarbeiderlærlinger møter i læretiden i hjemmesykepleien. Hver helsearbeider besøker i snitt 10-13 pasienter per dag (Holm & Angelsen, 2014; Szebehely et al., 2017), og arbeidshverdagen i hjemmesykepleie består av møter med pasienter med ulike behov, noen sammensatte og komplekse (Bing-Jonsson et al., 2015). I Norge er det slik at kommunene fatter enkeltvedtak til pasienter om helsetjenester i hjemmet. Vedtaket formidler hvilke tjenester pasienten skal motta, hvor omfattende de er og hvordan de organiseres (Helsedirektoratet, 2020). Hvert eneste besøk hos pasienter er dermed nøye planlagt både oppgaverelatert og når det gjelder tid til rådighet hos den enkelte (Bjornsdottir, 2018).

Denne artikkelen presenterer helsefagarbeiderlærlingers perspektiv på læretiden i hjemmesykepleie. Artikkelen bidrar med kunnskap både til praksisfeltet og til forskningsfeltet. Å

fremskaffe nok helsepersonell til å løse fremtidens oppgaver i helsetjenesten handler ikke bare om å utdanne flere. Vi må også bevare de vi utdanner, og legge til rette for at de kan stå i yrket i mange år. Denne studien bidrar med kunnskap om hvordan helsefagarbeiderlæringer erfarer arbeidshverdagen i hjemmesykepleie, og hvordan de manøvrerer i et emosjonelt felt som består av krav og forventninger fra pasienter og fra tjenesten. Innsikten den gir kan være interessant for planleggingen for morgendagens helsefagarbeiderutdanning og læretid. Den kan bidra inn i lokal organisering av hjemmesykepleie, samt i opplæring av helsearbeidere i arbeidslivet. Forståelse for læringers opplevelse av krav og forventninger i møtet med praktisk arbeidsutøvelse kan i neste omgang bidra til å forme den videre utviklingen av hjemmesykepleien som læringsarena. Artikkelen kan også ha overføringsverdi til andre grupper i helsetjenesten. Den belyser følgende forskningsspørsmål:

Hvordan erfarer og håndterer læringer i helsearbeiderfaget krav og forventninger i læretiden i hjemmesykepleie?

Tidligere forskning

Sammenlignet med 2005 rapporterer ansatte i hjemmesykepleien i 2015 at de har flere pasienter per dag, de mottar mindre veiledning, de har mindre tid til å diskutere faglige utfordringer med kollegaer og de kan i mindre grad påvirke planlegging av egen dag (Strandell, 2020). Arbeid i hjemmesykepleie preges av at pasienter som tilbakeføres fra sykehus til kommunene er sykere med et større behov for kompleks oppfølging (Bing-Jonsson et al., 2015). Til tross for at pasientene er sykere, ønsker de fleste likevel å bo hjemme i sitt eget miljø (Brennan, 2020; Dostálová et al., 2020). En norsk studie av 210 eldre pasienter med ukentlig hjemmesykepleie, viser at tre av fire pasienter klassifiseres som moderat eller alvorlig skrøpelig (Krogseth et al., 2021). Den komplekse pasientgruppen fører til krav av kvantitativ og kvalitativ art, med påfølgende økende fysiske og psykiske belastninger for yrkesutøvere (Egeland & Drange, 2014). Behovet for kompetanse øker derfor for ansatte i hjemmesykepleie (Bing-Jonsson et al., 2015; Hedlund et al., 2021)

Både nasjonale og internasjonale studier viser at helsepersonell opplever arbeid i hjemmesykepleie som stressende, og det er en merkbart trend med økende psykososialt press (Larsson et al., 2012; Ruotsalainen et al., 2020). En norsk studie viser at ansatte i hjemmesykepleien også utfører skjulte tjenester (Kirchoff, 2010). Skjulte tjenester beskrives som tjenester som ytes i tillegg til de formelle tjenestene som er formulert i pasientens vedtak. Travelheten som følger med arbeid i omsorgsykker gjør at helsefagarbeidere i eldreomsorgen oppgir helsemessige påkjenninger og at de kan kjenne på utilstrekkelighet overfor pasienter (Bach, 2022; Vabø et al., 2019). Helsepersonell med høy arbeidsbyrde viser seg å ha en statistisk signifikant lavere helserelatert livskvalitet enn personell med normal arbeidsbyrde (Sjöberg et al., 2020). Lavere arbeidsbyrde vil være gunstig for helsearbeidere i hjemmesykepleien, samt at økt sosial støtte i praksisfellesskapet vil kunne redusere arbeidsrelatert sykdom (Sjöberg et al., 2020). En svensk review som har sett på studier fra Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand konkluderer med at mens høy grad av jobb-støtte var beskyttende for emosjonell utmattelse, var høye krav, lav jobb-kontroll, høy arbeidsbyrde, lav belønning og jobb-usikkerhet momenter som økte risikoen for å utvikle utmattelse (Aronsson et al., 2017).

Til tross for at arbeid i hjemmesykepleie omtales som travelt, oppgir de fleste pasientene fornøydhet med yrkesutøveres service og holdninger, men at de er mindre tilfredse med tjenestenes tilgjengelighet og informasjon (Førland & Folkestad, 2016). Pasientens tilfredshet med yrkesutøveren er viktig, men det vil uansett stilles forventninger både fra pasient og helsearbeider når helsearbeideren trer inn i pasientens hjem (Holmberg et al., 2012). Et hjem er et sted for trygghet, selvstendighet og egne rutiner. For å ivareta pasienter i hjemmesykepleien sin verdighet kreves det at helsearbeideren blir kjent med pasienten, og viser respekt for deres autonomi og integritet (Holmberg et al., 2012). En norsk studie fra 2022 viser at pasienter foretrekker helsearbeidere som er mentalt til stede og kongruente i sin kommunikasjon den tiden de er til stede hos pasienten (Watz & Ingstad, 2022). Pasienter ønsker å få helsearbeiderens oppmerksomhet den tiden som er tildelt.

Oppsummert viser tidligere studier at arbeid i hjemmesykepleie ofte er hektisk, at helsefagarbeiderlærlingene møter en sammensatt brukergruppe som stadig blir mer skrøpelig, og at de derfor blir utfordret både på arbeidspress, tidspress og kompetanse. Mye av forskningen på hjemmesykepleiefeltet ser enten kun på sykepleiere, eller alle arbeidere som interagerer med pasienter. Samfunnsbehovet er også å rekruttere og beholde helsefagarbeidere. Helsefagarbeidere har en viktig rolle nær pasienten (Skålholt et al., 2013), og de har en annen bakgrunn og kompetanse enn sykepleiere. I tillegg foreslår Helsepersonellkommissjonen i sin nylige utredning ny organisering og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023:4). Dette innebærer blant annet en anbefaling om utvidet benyttelse av helsefagarbeideres kompetanse. Det er derfor nødvendig å studere helsefagarbeidere spesielt. Erfaringer og håndtering av møtet mellom lærling i helsearbeiderfaget og pasienter i hjemmesykepleietjenesten eksplisitt, er lite utforsket. På bakgrunn av dette har vi ønsket å undersøke lærlinger / nyutdannede helsefagarbeideres erfaringer med opplæring i læretiden.

Læring og utvikling i emosjonelt arbeid

Det er mange dimensjoner i det å bli helsefagarbeider. Krav og forventninger skal balanseres, og det emosjonelle arbeidet skal håndteres. Praksisfellesskapet blir betydningsfullt for å ivareta lærlingenes faglige og sosiale støtte. Ulike teoretiske perspektiver kan benyttes for å belyse lærlingers utvikling. I denne studien har vi valgt å benytte de tre teoretiske perspektivene *Læring som sosial deltagelse*, *Krav- og kontrollmodellen* og *Emosjonelt arbeid* for å belyse problemstillingen. Disse perspektivene utfyller hverandre, og bidrar samtidig på hver sin måte til å forstå hvordan lærlingene erfarer og håndterer krav og forventninger i hjemmesykepleien.

Dette kapittelet beskriver kort artikkelens teoretiske perspektiver. Kapittelet er inndelt i tre, hvor læring som sosial deltagelse i praksisfellesskapet først blir omtalt, deretter krav- og kontrollmodellen og dernest emosjonelt arbeid.

Læring som sosial deltagelse

Lærlinger i helsearbeiderfaget gjennomfører sin læretid i et praksisfellesskap. Læring i et praksisfellesskap kan enkelt beskrives som en teori om læring som sosial deltagelse (Wenger, 2004). Deltagelse kan forstås som en prosess som består av å være aktiv deltager i sosiale

fellesskapers praksiser, samt å konstruere identiteter i relasjon til disse. For lærlinger kan prosessen gjenspeile og inneholde både handling og en måte å høre til på. Dypest sett har utdanning med åpning av identiteter å gjøre (Wenger, 2004). Dermed er ikke utdanning kun dannende, men omdannende. Yrkesidentitet kan forstås som hvordan yrkesutøveren definerer seg selv i en profesjonell rolle, hvor rollen anses som en kombinasjon av holdninger, overveielser, vurderinger, motiv og erfaring (Schein, 1978/1980). For helsefagarbeiderlærlinger vil yrkesidentiteten endres og formes over tid, i takt med tilegnelse av nye ferdigheter og erfaringer. Med meningsfulle tilbakemeldinger som tillater lærlingen å få innsikt i sine sentrale og varige preferanser, talenter og verdier, er yrkesidentiteten mer tilpasningsdyktig og påvirkelig tidlig i karrieren (Ibarra, 1999). Nyankomne i et praksisfellesskap har behov for steder å engasjere seg, materiale og opplevelser hvor de kan danne seg et bilde av verden og seg selv, og til sist metoder for hvordan de kan påvirke verden med handlinger som betyr noe (Wenger, 2004). Det lærlingene lærer setter dem i stand til å bidra i praksisfellesskapet, hvor alle deltagerne innbyrdes bidrar på mange forskjellige måter. På den måten blir praksisfellesskapet både en kontekst og en ressurs for organisering av læring, hvorpå læringen kan åpenbares via en deltagelsesidentitet (Wenger, 2004).

Vg3 helsearbeiderfaget handler om å utvikle yrkesutøvere som kan bidra til å dekke behovet for kompetanse i grunnleggende sykepleie og miljøarbeid i alle deler av helsetjenesten. Faget handler om å kunne gi helsehjelp, forebygge ensomhet og bidra til et aktivt liv for pasienter og brukere. Det handler også om å utvikle yrkesutøvere som har praktiske ferdigheter og vilje og evne til å arbeide kontinuerlig for kvalitetsforbedring. Faget skal videre bidra til å utvikle profesjonelle yrkesutøvere med empati og evne og vilje til å yte helhetlig omsorg og samhandle med mennesker med ulike hjelpebehov (Utdanningsdirektoratet, 2022a, Fagets relevans og sentrale verdier).

Opplæringen skal utvikle evnen til å møte ulike mennesker i ulike livssituasjoner og med ulik bakgrunn, kommunisere og samhandle med komplekse brukergrupper og bidra til å utvikle profesjonelle yrkesutøvere med evne til innlevelse. I arbeid med mennesker i helse- og omsorgssektoren inngår funksjoner som pleie, omsorg, behandling, informasjon, opplæring, hjelp til selvhjelp, brukermedvirkning, tilrettelegging for utvikling, veiledning, rådgivning, informasjon, saksbehandling, praktisk hjelp og ulike former for service (Røkenes & Hanssen, 2012).

Krav- og kontrollmodellen

I 1979 introduserte Karasek en banebrytende modell som skisserer virkningen av uheldige jobb-karakteristikker på helse og velvære. Modellen har fått navnet Job Demand-Control (JDC), eller krav- og kontrollmodellen på norsk. Karasek (1979) identifiserte jobbkrav og jobbkontroll som essensielle jobbegenskaper som påvirket yrkesutøverens velvære. Vekst og utvikling i arbeidssituasjoner oppnås når yrkesutøveren får moderat høye krav og utfordringer, kombinert med varierte oppgaver og muligheter til å påvirke og kontrollere egen arbeidshverdag. I de påfølgende årene ble sosial støtte integrert i modellen som nok en fundamental karakteristikk av arbeidsmiljøet, og modellen fikk deretter navnet Job Demand-Control-(Support) (JDCS) modellen (Johnson & Hall, 1988; Johnson, Hall, & Theorell, 1989). Karasek mente at negative effekter av høy arbeidsbelastning ville øke dersom den sosiale støtten på arbeidsplassen samtidig var lav

(Johnson & Hall, 1988). Omvendt mente han at det ville ha positive konsekvenser dersom individet opplevde høye nivåer av støtte på arbeidsplassen (Johnson & Hall, 1988). Denne studien benytter JDCS-modellen til å beskrive hvordan helsefagarbeiderlæringer erfarer og håndterer krav og forventninger som stilles i læretiden i hjemmesykepleien. Høye krav kombinert med lav kontroll (decision latitude) over arbeidsoppgaver kan føre til anspenthet og stress, noe som i lengden kan gi mentale helseproblemer. JDCS-modellen uttrykker at ved å redesigne arbeidsprosesser slik at yrkesutøveren får mer beslutningsansvar og kontroll over eget arbeid, vil yrkesutøveren oppleve redusert mental belastning, uten at kravene fra arbeidsgiver påvirkes (Karasek, 1979).

Emosjonelt arbeid

Arbeid med mennesker omtales som emosjonelt arbeid, og i hjemmesykepleietjenesten er emosjonelt arbeid fremtredende (Hochschild, 2012; Kamp & Hvid, 2012). Læringer i helsearbeiderfaget skal håndtere mange møter med pasienter hver dag, og normene i et profesjonelt arbeid beskriver krav om fleksibilitet i denne interaksjonen (Kamp & Hvid, 2012). Arbeid med mennesker har ifølge Hochschild (2012) tre karakteristikk felles: for det første kreves en ansikt-til-ansikt-relasjon. For det andre kreves det at yrkesutøveren legger til rette for en emosjonell tilstand i den andre personen (pasienten), takknemlighet for eksempel. For det tredje krever denne type emosjonelt arbeid at yrkesutøveren, gjennom trening og veiledning, skal øves til en form av kontroll over egen emosjonalitet (Hochschild, 2012). Det siste hentyder til «å kunne stå lenge i jobben». I emosjonelt arbeid kan helsearbeidere skjule eller undertrykke følelser i møte med pasienter (Hochschild, 2012). Det å skjule emosjoner ved å legge bånd på seg kan kalles dissonans, og er en del av emosjonelt arbeid (Gjerberg & Amble, 2009; Grandey, 2003). Hochschild (1983) har inndelt håndtering av det emosjonelle arbeidet i «surface acting» og «deep acting», hvor det første refererer til å regulere emosjonelle uttrykk, og det andre beskriver en modifisering av emosjoner bevisst, for å uttrykke ønsket følelse (Grandey, 2010). Yrkesutøveren kan for eksempel «sette på seg et smil» i møtet med pasienten, og late som hen er rolig og har god tid, når det motsatte egentlig er sannheten («surface acting»). Eller hen kan jobbe med egne følelser slik at de uttrykte følelsene faktisk stemmer med følelser på innsiden, smilet blir genuint («deep acting») (Lee & Madera, 2018). Nyere internasjonale studier viser at ved benyttelse av «surface acting» har helsearbeidere høyere risiko for utvikling av depressive symptomer (Suh & Punnett, 2020), og at nyutdannede sykepleiere er tjent med en form for «deep acting» for å imøtekomme stress i det emosjonelle arbeidet i helsevesenet (Liu et al., 2020).

Metode

Datagrunnlaget er basert på individuelle kvalitative dybdeintervjuer og observasjon.

Utvalg

For å belyse hvordan helsefagarbeiderlæringer erfarer krav og forventninger ble det gjennomført 12 individuelle intervjuer med helsefagarbeiderlæringer / nyutdannede

helsefagarbeidere. Avdelingsledere i utvalgte kommunale hjemmesykepleiedistrikter ble forespurt om kandidater til deltagelse. Et strategisk utvalg var utgangspunktet for å fange flere og ulike erfaringer. Inklusjonskriterier var at lærlingene skulle være siste-års lærlinger eller nylig utdannede helsefagarbeidere, de skulle være ansatte i ulike kommuner, og vise en bredde av kjønn og etnisitet. Det resulterte i deltagerne fra tre fylker og syv ulike kommuner, av varierte størrelser. På intervjutidspunktet var fem av deltagerne fortsatt lærlinger og syv var nylig utdannede helsefagarbeidere. Deltagerne var mellom 20 – 25 år, en mann og 11 kvinner. To var minoritetspråklige.

Intervjuer

Hensikten med intervjuene var å avdekke lærlingenes egne erfaringer med krav og forventninger i læretiden i hjemmesykepleien. To av intervjuene ble gjennomført i januar 2020, de resterende i perioden april til august 2021. Pandemien var årsaken til oppholdet i datainnsamlingen. Hvert intervju varte i 45 – 60 minutter. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet, og åpne spørsmål ble stilt (Kvale & Brinkmann, 2018). Eksempler på spørsmål var: «hva skjedde da?», «hva gjorde du i den situasjonen?», «hvordan opplevde du ...?» og «fortell!». Intervjuguiden ble ikke fulgt blindt, men alle temaer i guiden ble berørt. Spørsmålene dreide seg om arbeidets art, hvilke erfaringer lærlingene har gjort seg med hjemmesykepleie som lærested, hva som opplevdes som spesielt i denne type praksis, veileder og praksisfelleskapets betydning, erfaringer med møter med hjemmeboende pasienter og håndtering av pasientsituasjoner. Intervjuene ble tatt opp på lydopptager, og er transkriberte av førsteforfatter. Intervjusted bestemte deltagerne selv, med det resultat at de ble gjennomført både på kontor, i park, hjemme hos deltager og hjemme hos førsteforfatter.

Observasjoner

Hensikten med observasjonene var å undersøke hvordan lærlingene håndterte krav og forventninger i læretiden. Avdelingsledere i to av kommunene henvendte seg til enkelte pasienter med spørsmål om førsteforfatter kunne følge lærlingen noen arbeidsdager. Tillatelse ble gitt, med det resultat at to lærlinger ble observert i arbeid i hjemmesykepleien i fem dager. Observasjonsdagene ble gjennomført i perioden desember 2019 – februar 2020. Begge lærlingene var på dette tidspunktet inne i sin siste periode av læretiden. De arbeidet i to forskjellige kommuner. Observasjonene ble gjort under besøk til 10 pasienter, og lærlingens samhandling med pasient var observasjonsfokus, samt lærlingens håndtering av arbeidet. Notater ble skrevet under observasjonsdagene, og var både deskriptive og reflektive (Creswell, 2018). Ved å være med lærlinger ut til pasienter fikk førsteforfatter en kombinasjon av delvis deltagende observasjon og intervjuing. Det ble en mulighet til å se både med innside- og utsideblikket (Fangen, 2017), og skille mellom utsagn og handling. Det er mulig at det er forskjell mellom det som sies og det som gjøres. Når situasjoner observeres kommer det ærlige og sanne frem, og lærlingene viste seg frem i interaksjonen med pasienten (Peplau, 1997). Totalt resulterte dette i et bredere datamateriale.

Analyseprosessen

Analysen ble en pågående prosess, som startet under intervjuing og observasjon ved at notater ble skrevet og enkelte funn ble markert i margen (Fangen, 2017; Kvale & Brinkmann, 2018). Tekster og innhold ble bearbeidet og diskutert ut fra intuitive tanker og refleksjoner. En naiv førsteoppfattelse oppsto. Notater som ble tatt i observasjonssituasjonene ble også transkribert, og ble gjenstand for en naiv tilnærming. Datainnsamling og transkribering fulgte hverandre, og de allerede transkriberte intervjuene ble sammenlignet med nyere. Vi så etter fellestrekk i dataene. Her utkrystallisertes oppfattelsen av meningserfaringene til lærlingene (Creswell, 2018). Datamaterialet ble deretter grundig gransket for å finne kjernen i deltagerens erfaringer. Hvert intervju ble lest og analysert hver for seg, for deretter å bli sammenlignet med de andre. Vi så etter variasjoner og likheter i intervjumaterialet som helhet. Likheter ble markert og endte etter flere runder i meningssamlinger, heretter kalt kategorier, som ble gitt et navn.

Analyseprosessen beskrives i tabell 1, fra meningsenheter til kategorier. Analysen resulterte i to hovedkategorier; Grenseløst og komplekst arbeid og Å bygge bro mellom formelle og uformelle krav og forventninger.

Tabell 1. Analyseprosessen. Eksempler på meningsenheter, kondenserte meningsenheter, underkategorier og kategorier fra analyse av intervjuer med lærlinger i helsearbeiderfaget i hjemmesykepleie i Norge

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Underkategori	Kategori
I hjemmetjenesten har du lista du må igjennom, og noen dager har du god tid og andre dager har du dårlig tid (D)	Arbeidsliste «Skjult arbeid»	Formelle og uformelle krav og forventninger	Grenseløst og komplekst arbeid
Vi vet jo aldri hvem vi skal til før vi kommer på jobb, så det blir jo alltid variasjon (I)	Ingen fasit på arbeidsoppgaver Variasjon	Komplekse og varierte arbeidsoppgaver	
Det viktigste er å lære og gjøre ting riktig, etter boka.... (J)	Arbeid i henhold til stillingsinstruks	Faglig kompetanse	
Det er ikke alle ting som står i fagboka som stemmer overens med praksis.... (L)	Teori og praksis stemmer ikke overens		
Den lille tida de får kan jo utnyttes til å snakke når du utfører oppgaven (L)	Balansering av krav og forventninger	Multitasking	Å bygge bro mellom formelle og uformelle krav og forventninger
Jeg er stresset inni meg men rolig utenpå (A) Man må prøve å ha en «maske» på seg, om man har dårlig tid (K)	Emosjonell dissonans	Tidshåndtering	
Jeg får dårlig tid noen ganger, så om jeg må være lengre på jobb så er det jo min skyld (B)	Individuelt ansvar	Individualisering av ansvar	

Fortettingen ble gjort ved å dele intervjuene inn i meningsenheter, og på bakgrunn av fortettingen ble kondenserte meningsenheter og underkategorier identifisert. Analyseprosessen endte med to hovedkategorier. Den første belyser erfaringene lærlingene gjør seg i

hjemmesykepleien, og betydningen av et praksisfellesskap. Den andre forklarer hvordan lærlingene håndterer krav og forventninger de møter. Analyseprosessen er inspirert av det Giorgi (1985) kaller empirisk fenomenologi (Postholm, 2010), hvor det søkes beskrivelser av hvordan spesifikke fenomener oppleves fra et førstepersonsperspektiv. Hensikten var å skape dypere mening ut av intervjuene og historiene som ble fortalt. Samtidig var vi bevisste på at enhver erfaring innebærer både forståelse og fortolkning, og at det i beskrivelsene allerede finnes en fortolkning (Thoresen et al., 2020). Med en fortolkende, eller hermeneutisk, tilnærming forsøkte vi likevel å beskrive så nøytralt som mulig det som ble observert, men med bevissthet om egen forforståelse (Thoresen et al., 2020). Transkriberte intervjuer ble gjennomlest og fragmentert atskillige ganger, med mål om å oppnå en helhetlig forståelse av datamaterialet.

Etikk

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) i november 2019 (referansenummer 953937) og er utført i henhold til NSDs retningslinjer. Lydfiler og transkriberte intervjuer oppbevares i tråd med avtale. Studien bygger på deltagerens informerte samtykke, og følger etiske prinsipper for anonymitet (Kvale & Brinkmann, 2018).

Resultater

Denne studien beskriver hvordan lærlinger i helsearbeiderfaget erfarer og håndterer krav og forventninger de møter i læretiden i hjemmesykepleien. Analysen resulterte i to hovedkategorier, med tre underkategorier til hver hovedkategori:

Grenseløst og komplekst arbeid

- Formelle og uformelle krav og forventninger
- Komplekse og varierte arbeidsoppgaver
- Faglig kompetanse

Å bygge bro mellom formelle og uformelle krav og forventninger

- Multitasking
- Tidshåndtering – praktisk og emosjonell
- Individualisering av ansvar

Grenseløst og komplekst arbeid

Helsefagarbeiderlærlinger i hjemmesykepleien opererer i grenseflaten mellom det offentlige og det personlige når de utfører et vedtaksbasert arbeid i det private hjem. I denne konteksten erfarer de både formelle og uformelle krav og forventninger. Pasientoppdrag utføres kontinuerlig, og det ene oppdraget avløser det andre. Hvert enkelt oppdrag er planlagt og styrt av vedtak, men i møte med mennesker oppstår uforutsette ting. Lærlingene gjør seg atskillige erfaringer, og arbeidet erfares som grenseløst og komplekst.

Formelle og uformelle krav og forventninger

Helsefagarbeiderlæringer erfarer både formelle og uformelle krav og forventninger i sin arbeidshverdag. Formelle krav er knyttet til de vedtaksfestede oppdragene som konkretiseres gjennom arbeidslisten. På arbeidslisten er oppdragene planlagt for hver enkelt pasient, og arbeidshverdagen består av varierende antall besøk hos forskjellige pasienter. Vedtakene avgjør innholdet og tid til rådighet i oppdraget: «I hjemmesykepleien har du den lista du må igjennom, og noen ganger har du god tid og andre dager dårlig tid» (Lærling D).

I tillegg til de formelle vedtaksfestede oppdragene, erfarer lærlingene forventninger om å utføre en rekke uformelle oppdrag, såkalt «skjult arbeid». Oftest dreier det seg om å gjøre små tjenester for pasienter, som for eksempel å vanne blomster, vaske opp eller hente post. To lærlinger uttalte: «Jeg har gjort masse som jeg egentlig sikkert ikke skulle ha gjort, men når jeg har tid til det ..., og jeg er flink til å fortelle brukeren at dette gjør ikke alle, fordi det er noe man skal ha vedtak på» (Lærling H) og «Hvis jeg har god tid, kan jeg hjelpe dem med noe annet også. Når jeg først er på kjøkkenet for å ordne mat, så kan jeg like gjerne vaske opp mens kaffen koker» (Lærling C).

Pasientene lærlingene møter har sammensatte og komplekse utfordringer. Samtidig er mange ensomme og ønsker noen å prate med. Dette utfordrer lærlingene og gjør at de strekker seg langt i å dekke behov som ikke nødvendigvis er bestemt gjennom vedtak. Siden lærlingene erfarer uformelle forventninger i tillegg til de formelle vedtaksfestede kravene, betraktes behovene som stilles, og arbeidsoppgavene som skal utføres, som grenseløse.

Komplekse og varierte arbeidsoppgave

I løpet av en vakt oppstår det ofte spontane situasjoner hvor pasienter får uforutsette utfordringer, eller lærlingene kan bli bedt om å assistere kollegaer. En av lærlingene uttrykte: «Mange ganger mottar vi alarmer, det betyr at kollegaer ringer etter hjelp, fordi det har skjedd noe akutt. Da er du kanskje allerede opptatt, men du må gå» (Lærling G). Å hjelpe hverandre virker å være en del av kulturen. De fleste pasientene besøkes alene, mens noen har behov for flere helsearbeidere som bistår i omsorgen. Norge har spredt bosetting, og bilen er et typisk fremkomstmiddel i hjemmesykepleien, med de utfordringer veien, føret og trafikken kan medføre praktisk sett. En av lærlingene fortalte: «Det er ikke alle lærlinger som vil kjøre bil alene heller (Lærling G).

Lærlingene erfarer variasjon i arbeidet: «Vi har mange forskjellige pasienter i forhold til et sykehjem, og vi vet egentlig aldri hvem vi skal til før vi kommer på jobb. Så det blir alltid variasjon» (Lærling I). Ingen dag er lik, det finnes ingen fasit på arbeidsoppgavene, men spontaniteten og variasjonen i arbeidshverdagen gjør at lærlingene trenger organisatoriske ferdigheter. Det innebærer at lærlingene har behov for å organisere og reorganisere sin arbeidshverdag ut fra krav og forventninger og ressursene de har til rådighet for å møte disse. Lærling E sa: «Det er veldig forskjell på dagene, men det skjer noe hele tiden, og når du er ferdig hos den ene, så drar du til den andre».

Faglig kompetanse

Komplekse pasienter med sammensatte behov trenger hjelp fra ansatte som har faglig kompetanse. Lærlingene opplever en forventning om å utføre en profesjonell jobb i henhold til stillingsinstruks. Lærling J uttalte:

Det viktigste er å lære å gjøre ting riktig, etter boka. Kunne vite hva man driver med, lære om forskjellige diagnoser og kunne håndtere problemstillinger litt mer profesjonelt. Å være profesjonell er å gjøre jobben ordentlig, gjøre det du skal, vise omsorg, på en profesjonell måte: bry deg, være respektfull.

I begynnelsen av læretiden går lærlingen sammen med veileder. Denne perioden varer fra noen uker til omkring et halvt år, avhengig av den enkelte lærlings opplevelse av trygghet og selvstendighet. Faglig og sosial kompetanse utvikles dermed sammen med praksisfelleskapets veiledere, både gjennom observasjon og ved egen handling. Lærlinger erfarer at det er en forutsetning å inneha både faglige og sosiale ferdigheter. Ved at lærlingene ser hvordan andre håndterer krav og forventninger, får de en økt forståelse for ulike måter å utøve yrket på:

Jeg vet jo at det er sånn at ikke alle bryr seg, de (helsearbeiderne) bare kommer og gjør det de skal, og drar igjen. Det er noen av det slaget. Men, det er viktig å snakke med pasienten, og ha en samtale mens du er der. Og ikke bare være der fordi du må. Prøve å vise det i hvert fall (Lærling B).

Det finnes ingen mal å følge i arbeid med mennesker, og det kan ligge ulike årsaker til grunn for ulik handling. Yrkesutøvere kan forholde seg forskjellig til tid, og tidshåndtering. Noen følger arbeidslistene eksakt i tråd med pasientenes vedtak, andre har en annen standard for egen yrkesutøvelse. Yrkesutøvere blir påvirket av kollegaer, og kan følge andres holdninger og verdier, og dermed deres standard. Deltagelse i et praksisfelleskap kan åpne opp for refleksjon rundt håndtering av krav og forventninger, samt refleksjon over egen identitet som yrkesutøver. Denne erfaringen kan øke handlingsrommet til lærlingen. I læretiden erfares det at praksis ikke alltid stemmer overens med teori. En lærling sa: «Det er ikke alle ting som står i fagboka som stemmer overens med praksis, i prosedyren kan det stå at vi har god tid, men i praksis så har vi ikke så god tid likevel» (Lærling L).

Det er ikke alltid lærlingene kan følge teorien de lærte på skolen. I praksis er det flere hensyn å ta, blant annet pasientenes ønsker. Lærlingene erfarer forventninger om at de skal evne å gjøre faglige vurderinger tilpasset pasienten og dens behov.

Å bygge bro mellom formelle og uformelle krav

Arbeidshverdagen til helsearbeidere i hjemmesykepleien innebærer å håndtere krav og forventninger de møter. Utvikling av organisatoriske ferdigheter skjer som en konsekvens av en arbeidshverdag som stadig må reorganiseres. Omsorgskonteksten kan føre til at lærlinger strekker seg langt for å bidra til å dekke pasienters behov og forventninger, også de som ikke er vedtaksbasert. Slik bygger de en bro mellom de formelle og de uformelle, individuelle kravene. Denne studien viser at helsefagarbeiderlærlinger håndterer krav og forventninger gjennom å multitasking, de benytter praktiske og emosjonelle strategier for tidshåndtering og de individualiserer ansvaret for å gi god pleie og omsorg.

Multitasking

Arbeidslistene setter standarden for arbeidsdagen. Listen skal håndteres på en forsvarlig måte, noe som innebærer at de pasientene som står oppført på listen skal få sin vedtaksfestede bistand innfridd. I denne vedtaksstyrte arbeidskonteksten skal lærlingene møte krav og

forventninger på en forsvarlig måte, og krav og forventninger skal balanseres. Tiden til rådighet hos den enkelte pasient ble derfor utnyttet. To lærlinger sa: «Den lille tida de får kan jo utnyttes til å snakke når du utfører oppgaver» (Lærling L) og «Jeg kommuniserer gjennom det jeg gjør, så man ikke bruker tiden sin på å gjøre oppgaven sin OG kommunisere, men at man gjør oppgaven og kommuniserer samtidig» (Lærling K).

Multitasking fungerer som et verktøy for å kunne bidra til det beste for pasienten. Det å dele oppmerksomhet og utføre flere oppgaver samtidig, virket lært og absorbert. Det fremkom som naturlig og lå implisitt hos lærlingene. Dette understøttes av feltnotater:

Lærlingen er på et oppdrag som innebærer å dele ut medikamenter. Etter å ha låst seg inn og hilst går lærling og pasient sammen fra stua til kjøkkenet. De småprater hele tiden, om jula, vær og vind. Pasienten benytter en rullator, lærlingen går ved siden av. Det går sakte, ett og ett steg. De setter seg ved kjøkkenbordet, og teller over pasientens tabletter. De sitter overfor hverandre, på hver sin stol. Ser på hverandre. Praten går lett. Flere tabletter ligger i en pose. Lærlingen gir tilbakemelding til pasienten om at det er bra at hen sjekker tablettene og har oversikt. Lærlingen gir skryt. I tillegg stiller hen spørsmål om hvordan pasienten har det. Etter svar stiller hen oppfølgende spørsmål. Det er aldri stille, kommunikasjonen flyter naturlig, mens oppdraget fullføres.

Gjennomføring av arbeidsoppgaver skjer parallelt med småpratning, dette viser en dobbelthet i arbeidet. Faglige og sosiale behov ivaretas, og faglige og sosiale ferdigheter vises. Multitasking gjør at arbeidshverdagen flyter og oppdragene effektiviseres.

Tidshåndtering - praktisk og emosjonell

Tiden til rådighet hos den enkelte pasient er tilmålt i hjemmesykepleien. Det vil likevel ikke si at tiden alltid er knapp. Noen dager har lærlingen bedre tid enn andre dager. I arbeid med mennesker kan det imidlertid være utfordrende å forholde seg til antall, på forhånd gitte, minutter. Noen ganger går oppdragene lett, andre ganger støter lærlingen på utfordringer. Observasjonene lærlingen gjør i møtet med den hjemmeboende pasienten har følger for handlingene. Handlingsrommet blir dermed påvirket av pasienten og pasientens tilstand, og lærlingene tilpasser seg både situasjonene og den enkelte pasient: Lærling A fortalte: «Man forandrer seg litt for hver bruker man drar til, ettersom hvordan de er. Jeg tilpasser meg dem».

Dersom lærlingen er nødt til å være lenger hos en pasient, har dette konsekvenser for oppdragene som står for tur. I slike situasjoner blir tiden utfordret, og for å minimere pasienters oppfattelse av stress hos lærlingen, benyttes strategier for å håndtere situasjonen. Lærlingene tar i bruk en form for «acting», som innebærer å ta kontroll over egne emosjoner. Det å møte pasienten med en positiv holdning og et smil om munnen, var ensbetydende med å gjøre en god jobb. Feltnotater underbygger dette:

I bilen på vei til et oppdrag ringer en kollega til lærlingen. Kollegaen ber om hjelp og bistand til en annen pasient. Det haster, men ikke verre enn at lærlingen kan gjøre seg ferdig med det oppdraget hen er på vei til først. Fremme hos pasienten ringer hen på ytterdøren, låser opp og går inn i gangen. Hen roper «hei» med det samme, med blid og høy stemme, og sier hvem som kommer. Hen går hen inn i stuen til der pasienten sitter, hen smiler og går bort til pasienten, som smiler tilbake. Lærlingen tar på skulderen til pasienten, ser henne inn i øynene og spør hvordan hen har det. Hen setter seg på huk ved siden av stolen der pasienten sitter. Det er stille og rolig i stuen, og for en utenforstående ser det ut til å være et godt møte mellom to mennesker.

Lærlingen beveger seg rolig, med sakte bevegelser. Ingen ting tilsier at hen er stresset eller har dårlig tid. Etter utført oppdrag, haster hen imidlertid videre. Utenfor døren sier hen «puh, i dag blir det senere lunsj ...». Hen setter seg i bilen, og kjører for å bistå sin kollega, før hen etter det skal ta fatt på sin «liste» igjen.

I møte med pasienter vurderes og håndteres egen yrkesutøvelse. Ofte må lærlinger håndtere stressende situasjoner, som for eksempel når de vet at kollegaer eller pasienter venter på hjelp. Andre ganger møter de situasjoner som de ikke har erfaring med. Noe er utfordrende, og prioriteringer gjøres. Denne studien viser at lærlingene viser noe annet utad, enn det de kjenner på innsiden, spesielt i stressede situasjoner. Dette kalles emosjonell dissonans. Lærlingene var bevisste sitt nonverbale språk i interaksjon med pasienter, og de tok hensyn til kroppens betydning i arbeidet. Dette viser en forståelse for betydningen av holdninger og eget non-verbalt språk. Lærling A uttrykte: «Jeg står ikke med en holdning der jeg viser at jeg er stresset og står og tripper, jeg viser at jeg er her for snakk. Jeg er stresset inni meg, men rolig utenpå». Lærling F sa: «Jeg starter med å tenke på kroppsspråket mitt før jeg går inn, selv om jeg er stresset, roer meg ned på utsiden sånn at det ikke synes på meg».

Dette viser lærlingenes emosjonelle dissonans. Lærlingene skjuler en hektisk arbeidshverdag, for å unngå å overføre stress på pasienter. Selv i psykisk belastende situasjoner, som kan være en konsekvens når tidsskjemaet ryker, tar lærlingene kontroll over egne emosjoner, og velger «acting». En av lærlingene uttrykte: «Man må prøve på en måte å ha en «maske» på, hvis man har dårlig tid» (Lærling K).

I interaksjon med pasienter kan helsefagarbeiderlærlingene undertrykke egne følelser. Siden arbeid med pasienter innebærer emosjonelt arbeid, vil det å regulere og kontrollere egne emosjoner være en viktig del av utviklingen som yrkesutøver.

Individualisering av ansvar

Enkelte dager opplever lærlingene å ha tid til å imøtekomme uformelle forventninger fra pasienter. Andre ganger ivaretar de uformelle forventninger selv når tiden er knapp, noe som kan gå på bekostning av lunsjpauser eller at arbeidet resulterer i overtid. Lærling C beskrev det slik: «Jeg kan ikke bare si «ha det», jeg har matpause nå og jeg må spise. Nei, da bruker jeg matpausen hos dem da, hvis de trenger det». Lærling B sa: «Jeg merker at jeg får dårlig tid noen ganger, så om jeg må være lenger på jobb så er det jo bare min skyld».

Lærlingene opplever pasientene og arbeidslisten som følger arbeidsdagen som sitt ansvarsområde. Kravet om at lista skal kommes igjennom, og at alle pasienter får sin rettmessige bistand, veier tungt. Å be kollegaer om hjelp fremsto som en mulighet, men ansvaret for lista opplevdes som et individuelt ansvar.

Diskusjon

Denne studien viser hvordan lærlingene erfarer og håndterer både formelle krav og forventninger gjennom vedtak og arbeidsliste, og uformelle krav og forventninger som ikke er vedtaksfestet. De erfarer dager med tidspress og dager som er roligere. Tidspresset kan knyttes til lange arbeidslister, men også til ikke-vedtaksfestede uformelle forventninger fra pasienter. Egne faglige verdier gjør at helsefagarbeiderlærlingene ivaretar pasientene utover deres

formelle vedtaksfestede rettigheter. Krav og forventninger håndterer de ved at de tilegner seg ferdigheter som multitasking og acting, både praktisk og emosjonelt. Egne følelser kan undertrykkes i møte med pasienter med komplekse og sammensatte behov. Arbeidsdagen fremstår variert, og lærlingene kjenner et individuelt ansvar for å ivareta pasientene de har på sin arbeidsliste. Samtidig er de deltagere i et praksisfellesskap.

Lærlingene håndterer arbeidshverdagen med utgangspunkt i erfaringer de gjør seg sammen med veileder eller kollegaer i praksisfellesskapet, alternativt alene etter hvert i læretiden. I læretiden er det mulig å få tilrettelagt både oppdragets innhold og oppdragets art, slik at det samsvarer med lærlingens behov og ressurser. Tilpassede arbeidslistene kan føre til at lærlingen opplever mestring i arbeidshverdagen. Det skal imidlertid en balanse til, eller en individuell plan for den enkelte, for lærlinger har også behov for å engasjere seg og bidra med betydningsfulle handlinger i et praksisfellesskap (Wenger, 2004). Dette innebærer at lærlingene har behov for både støtte og utfordringer i sitt arbeid i læretiden.

Krav og kontrollmodellen viser at arbeidsmessig velvære og minimering av stressopplevelse oppnås når det er en viss balanse mellom kravene som stilles og egenkontrollen den enkelte yrkesutøver har over arbeidshverdagen (Karasek, 1979). Karasek & Theorell (1990) plasserer forskjellige jobbtyper i modellen, og sykepleiere plasseres i kvadraturen som beskrives med høy aktivitet og lav grad av kontroll og innflytelse, noe som samsvarer med helsefagarbeideres arbeid i hjemmesykepleie. Balanse mellom krav og forventninger fra pasienter og fra arbeidsgiver, og muligheten til å innfri krav og forventninger som finnes, må lærlingene ha ressurser for å imøtekomme. Dette kan være ressurser i form av tilstrekkelig tid, og ressurser i lærlingen som evne til grensesetting. Samtidig trenger lærlingene ressurser utenfra, som støtte fra praksisfellesskapet (Watz, 2022). Tidlig i yrkeskarrieren, som noviser, er det typisk å ville utmerke seg som gode yrkesutøvere, og for noen betyr dette å strekke seg langt og være handlingsivrige (Røkenes & Hanssen, 2017). Det kan oppleves som et spenningsfelt når det er manglende samsvar mellom relasjonelle omsorgsorienterte krav og de formelle, økonomiske kravene som ligger bak et enkeltvedtak (Fjørtoft et al., 2020). Lærlingene viste til verbmodaliteten *må*, når de for eksempel omtalte at de *måtte* utsette lunsjpausen. Dette presset, og det individualiserte ansvaret for pasienter i hjemmesykepleie samsvarer med andre norske studier (Fjørtoft et al., 2020; Førland et al., 2021; Strandås et al., 2019).

Helsefagarbeiderlærlinger i denne studien utfører en del uformelt eller «skjult arbeid», i tillegg til å utføre oppdrag i henhold til vedtak. Dette kan dreie seg om å hente posten, tømme oppvaskmaskinen, vanne blomster og sitte ned for en prat. De gir pasientene den tjenesten de mener at de trenger, men den er skjult og utenfor vedtaket (Holm, 2017). Dette uformelle arbeidet kan påvirke lærlingens opplevelse av travelhet, og kan ha en sammenheng med utsatte lunsjpauser og en utvidet arbeidsdag. Travelhet kan slik knyttes til at ansatte gjør flere tjenester enn det de formelt skal gjøre. Å ha mye å gjøre i løpet av en vakt i hjemmesykepleien kan oppleves både motiverende og utviklende. Hvis kravene derimot oppleves belastende, kan det handle om muligheten lærlingen har til å kontrollere arbeidsmengde. Ansvaret for at pasienter skal ha en best mulig dag individualiseres i det lærlinger utsetter lunsjpauser og lar oppdrag gå utover normal arbeidstid. Slik kan tidspress relateres til yrkesverdier, yrkesidentitet, faglige forventninger og faglige normer. De uformelle kravene og forventningene lærlingene erfarer, er ikke objektive og like for alle yrkesutøvere, men tenderer mer til subjektive opplevelser for den

enkelte lærling. Arbeidskarakteristikkene og de formelle kravene kan synes like, men de oppleves og erfares subjektivt ulikt. I sin tolkning av krav og kontrollmodellen hevder Hvid (2009) at arbeidsmessig velvære henger sammen med personlighet, individuelle handlingsstrategier eller lederansvar.

Tidspress og kompleksitet i arbeidet er kjente utfordringer for ansatte i hjemmesykepleien (Egeland & Drange, 2014; Hedlund et al., 2021). Denne studien viser at helsefagarbeiderlæringer håndterer dette gjennom multitasking og «acting». Intensjonen er å sørge for en god dag for pasienten, og samtidig komme igjennom arbeidslista. Minuttene telles, mens lærling og pasient har den dype samtalen. Multitasking kan relateres til det Kamp & Hvid (2012) kaller «double attention», noe som innebærer å rette oppmerksomheten sin til flere ting samtidig. Å være i stand til å multitaske i form av «double attention», er nødvendig i det emosjonelle arbeidet, og kan defineres som selve kjernen i yrkesutøvelsen i hjemmesykepleien (Kamp & Hvid, 2012).

Emosjonelt arbeid frembringer både glede og utfordring, og interaksjon med pasienter kan både gi og ta energi. Emosjonelt arbeid kan være belastende når yrkesutøveren må håndtere egne og/eller andres følelser (Gjerberg & Amble, 2009), spesielt når det under slike møter oppleves tidspress (Van der Doef & Maes, 1999). Lærlingene møter pasienter i en ansikt-til-ansikt-relasjon, hvor det er en forventning om å speile og vise følelser (Gjerberg & Amble, 2009). Når arbeidet oppleves som travelt tar lærlingene i denne studien på seg en «maske», og følelsene de har på innsiden er noe annet enn det de viser utad. Denne emosjonelle dissonansen er utfordrende å stå i, og kan kobles mot sykefravær (Indregard et al., 2016). Effekten emosjonell dissonans har på yrkesutøveren bør bevisstgjøres (Indregard et al., 2016), fordi det kan påvirke evnen til å stå i jobb over tid. Dette er viktig når norsk helsevesen har stort behov for å beholde helsearbeidere (Beyrer et al., 2019). Både håndtering og effekt av emosjonell dissonans, bør være en del av den teoretiske og praktiske opplæringen i helsearbeiderfaget.

Innledningsvis viste vi til at arbeid med mennesker ifølge Hochschild (2012) har tre karakteristikk; en ansikt til ansikt relasjon, tilrettelegging av emosjonelt tilstand i den andre - og øvelse mot en form for kontroll over egne emosjoner. I tillegg er det tre ulike holdninger som er typiske å kunne innta i emosjonelt arbeid (Hochschild, 2012); den første viser yrkesutøveren som går helhjertet inn for jobben, og som har en betydelig risiko for utbrenthet. Den andre er yrkesutøveren som tydelig skiller jobb og privatliv, og som distanserer seg, men som samtidig kan klandre seg selv for at hen er mer «skuespiller» enn oppriktig i yrkesutøvelsen og i møtet med brukere. Den tredje går fullt inn for «skuespill» og føler ikke på dårlig samvittighet for det. Dette er en yrkesutøver som tenderer mot det Hochschild (2012) omtaler som kynisme. Denne studien viser at lærlingene tar «acting» i bruk, ved å holde tilbake emosjoner i interaksjonen med pasienter. De forklarer dette med at de ønsker å skjerme pasientene fra egenopplevd arbeidsstress. Denne holdningen inntas for pasientene, men også for seg selv. «Surface acting» og «deep acting» er begreper som blir benyttet i emosjonelt arbeid, og forstås som to ulike grader av holdninger hvor emosjoner kontrolleres (Grandey, 2000; Hochschild, 2012). Denne studien viser at lærlingene benytter seg av «surface acting» og «deep acting», når de fremstår med emosjoner utenpå som ikke stemmer overens med det de kjenner på innsiden. En holdning hvor «deep acting» foregår fremstår som det som reduserer emosjonelt stress og gir best helserelatert livskvalitet (Liu et al, 2020). Samtidig kan «deep acting» kobles mot profesjonalitet. Helsearbeidere som har en høy profesjonell yrkesidentitet, benytter i større grad «deep acting»

fremfor «surface acting» (Liu et al, 2020). I vår studie er deltagerne enten siste-års lærlinger eller nylig utdannede helsefagarbeidere. Det betyr at de har noe, men enda ikke utvidet, erfaring med emosjonelt arbeid. Likevel benytter de seg av «acting» som en strategi, bevisst og mer ubevisst, fordi de ønsker å bidra til en god dag for pasientene. Når det finnes en personlig helsemessig gevinst i benyttelse av «deep acting», er det viktig at helsefagarbeidere får opplæring i, og kompetanse om, denne strategien.

Å føle sosial støtte fra kollegaer er en buffer mot skadelige effekter av «surface acting» (Grandey et al. 2012). Et støttende praksisfellesskap viser seg å redusere andelen av «surface acting» og øker mengden av «deep acting» (Suh & Punnett, 2020). Lav sosial støtte fra praksisfellesskapet viser seg å kunne øke risikoen for negative konsekvenser av arbeidet, som depressive symptomer, sammenlignet med høy sosial støtte (Johnson & Hall, 1988; Suh & Punnett, 2020). Å oppleve et godt samarbeidsklima kan innebære å kjenne på støtte fra kollegaer, oppleve å være en del av et reflekterende praksisfellesskap og kunne få innspill, råd og tips (Andersen et al., 2017). Dette kan ha betydning for både jobbtillfredshet og jobbprestasjon. Hochschild (2012) viser hvordan stabiliseringseffekter er avgjørende i et emosjonelt arbeid. En stabiliseringseffekt er å få yrkesutøvere til å føle en større grad av kontroll over egne arbeidsvilkår, og kan relateres til krav- og kontrollmodellens intensjoner (Karasek, 1979). I hjemmesykepleien eksisterer muligheter for en form for kontroll, siden den enkelte yrkesutøver er ansvarlig for «sine» pasienter og en egen arbeidsliste. En viss fleksibilitet i arbeidslistene er nødvendig for at lærlingene skal kunne ivareta sine arbeidsoppgaver. Samtidig må de evne å sette grenser i et grenseløst arbeid, og kunne prioritere.

Arbeidslista kan fungere som et styreinstrument for planlegging og prioritering, og både øke pasienters forståelse for at «jeg er nødt til å dra videre til neste bruker» og dempe lærlingenes emosjoner, som for eksempel dårlig samvittighet, rundt det å måtte forlate noen etter få minutter. Arbeidslista kan hjelpe lærlingene i å sette grenser i et arbeid som kan synes grenseløst, samtidig må den gi rom for fleksibilitet i en arbeidshverdag som er uforutsigbar og styrt av pasientenes tilstand og alltid varierende behov. Organisatoriske ferdigheter som å planlegge, prioritere, sette grenser og mestre tidspress er viktig for å kunne håndtere krav og forventninger. Å kunne sette grenser i det grenseløse arbeidet vil være viktig for å stå i yrket over tid.

Konklusjon

Helsefagarbeiderlærlinger møter en kompleks arbeidshverdag i hjemmesykepleien, med en pasientgruppe hvor mange er skrøpelige (Krogseth et al., 2021). I møte med enkeltpasienter skal lærlingene, innenfor en gitt tidsramme, bidra til at de formelle kravene blir oppfylt, samtidig som de må håndtere uformelle forventninger som ikke er vedtaksfestet. I et emosjonelt arbeid, med ansikt-til-ansikt-relasjoner, kan det være vanskelig å sette grenser. Tiden er begrenset og pasientens behov store, noe som kan utfordre både tidsskjema og samvittighet.

Denne studien viser at helsefagarbeiderlærlinger benytter strategier som multitasking og acting for å imøtekomme krav og forventninger fra pasienter og arbeidsgiver, og for å håndtere det emosjonelle arbeidet i hjemmesykepleien. Individuelle og kollektive ferdigheter innen organisering, planlegging og prioritering er nødvendig for å kunne håndtere en arbeidshverdag

preget av ubegrensede behov og begrensede ressurser. Praksisfellesskapet som lærlinger blir en del av vil være vesentlige i å støtte og utfordre lærlingen på et individuelt nivå. I tillegg til den grunnleggende fagopplæringen, vil praksisfellesskapet kunne profittere på å gjennomføre opplæring i, og felles refleksjon over, håndtering av det emosjonelle arbeidet, spesielt med et fokus på betydningen av «deep acting» som strategi. Samtidig kan noe fleksibilitet i vedtak og arbeidslister gi helsefagarbeiderlærlinger handlingsrom til å gjøre egne faglige vurderinger når de skal ivareta formelle og uformelle krav i arbeidshverdagen.

I videre forskning vil det være interessant å studere eksisterende ressurser i lærlingen og i praksisfeltet, koblet mot det emosjonelle arbeidet. Dagens og fremtidens helsevesen er avhengig av helsefagarbeidere som står støtt i yrkesutøvelsen over tid, både faglig og sosialt.

Forfatterbiografi

Siw Martinsen Watz er førsteforfatter på artikkelen. Hun er universitetslektor og PhD-stipendiat ved OsloMet – storbyuniversitetet, fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier. Hun har lang erfaring fra undervisning og veiledning, både i videregående skole og på universitetsnivå. Hennes forskningsinteresser er yrkesopplæring, med vekt på utdanning innen helse- og oppvekstfag, helsearbeiderfaget spesielt, relasjonelt og emosjonelt arbeid, og veiledning og coaching.

Kari Ingstad er professor i sosiologi ved Nord universitet, fakultet for sykepleie og helsevitenskap. Hun er utdannet sykepleier, har hovedfag i sosiologi og doktorgrad fra NTNU. Hennes forskning omfatter blant annet temaer knyttet til arbeidstidsorganisering, innovasjon og samhandling. For tiden forsker hun på hvordan digitalisering innvirker på arbeidet i kommunehelsetjenesten og hvordan medarbeiderdrevet innovasjon kan brukes som strategi i utforming av turnus.

Begge forfattere har bidratt til artikkelen. Artikkelens formål og utforming er ledet av førsteforfatter. Førsteforfatter har innhentet data og ledet skrivearbeidet, men begge forfattere har bidratt til analysen, diskusjonen og konklusjon. Begge forfattere har godkjent den endelige versjon.

Referanser

- Andersen, L. L., Fishwick, D., Robinson, E., Wiezer, N. M., Mockało, Z. & Grosjean, V. (2017). Job satisfaction is more than a fruit basket, health checks and free exercise: Cross-sectional study among 10,000 wage earners. *Scandic Journal of Public Health*, 45(5), 476-484. <https://doi.org/10.1177/1403494817698891>
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., ... Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 264-264. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>

- Bach, S. (2022). Book Review: Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. I (bd. 28, s. 147-149). SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/10242589221099980>
- Beyrer, S., Hjemås, G., Skjøstad, O. & Hansen, J. (2019). *Helsefagarbeideres arbeidssted og nyutdannede helsefagarbeideres tilknytning til arbeidslivet* (Rapporter 2019/20). Statistisk sentralbyrå. <https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/handle/11250/2627239>
- Bjornsdottir, K. (2018). 'I try to make a net around each patient': Home care nursing as relational practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 177-185. <https://doi.org/10.1111/scs.12443>
- Brennan, J. P. (2020). 323 - 'I'd prefer to stay at home but I don't have a choice': Irish social workers' experiences of decision-making in care planning with older people with dementia. *International psychogeriatrics*, 32(S1), 81-81. <https://doi.org/10.1017/S1041610220002239>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5. utg.). SAGE Publications.
- Dapi, B., Gjefsen, H. M., Sparrman, V., Stølen, N. M. & Cappelen, Å. (2018). *Framskrivinger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2035* (Rapporter 2018/36). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/367350>
- Dostálová, V., Bártová, A., Bláhová, H. & Holmerová, I. (2020). The needs of older people receiving home care: a scoping review. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01505-3>
- Egeland, C. & Drange, I. (2014). *Frivillig deltid - kun et spørsmål om tid?* (AFI-rapport 4/2014). Arbeidsforskningsinstituttet. <https://doi.org/10.7577/afi/rapport/2014:4>
- Elstad, J. I. & Vabø, M. (2021). Lack of recognition at the societal level heightens turnover considerations among Nordic eldercare workers: A quantitative analysis of survey data. *BMC Health Services Research*, 21(1), Artikkel 747. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06734-4>
- Fangen, K. (2017). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Fjørtoft, A. K., Oksholm, T., Førland, O., Delmar, C. & Alsvåg, H. (2020). Balancing contradictory requirements in homecare nursing—A discourse analysis. *Nursing open*, 7(4), 1011-1019. <https://doi.org/10.1002/nop2.473>
- Førland, O., Skutle, O., Alsvåg, H. & Hjelle, K. M. (2021). Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – en casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(4), 19-34. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02>
- Førland, O. & Folkestad, B. (2016). *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv: En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015*. Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2429236>
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.
- Gjerberg, E. & Amble, N. (2009). Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon. *Sykepleien forskning*, 4(1), 36-42. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0021>

- Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 95-110. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.95>
- Grandey, A. A. (2003). When "The show must go on": Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal, 46*(1), 86-96. <https://doi.org/10.2307/30040678>
- Grandey, A., Foo, S. C., Groth, M. & Goodwin, R. E. (2012). Free to be you and me: A climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 17*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0025102>
- Hedlund, M., Ingstad, K. & Moe, A. (2021). God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste. I M. Hedlund, K. Ingstad & A. Moe (Red.), *God helse – Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste* (s. 9-19). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021-01>
- Helsedirektoratet. (2020). *Omsorg 2020 - Årsrapport 2019*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019>
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling* (Rev. utg.). University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520951853>
- Holm, S. G. & Angelsen, R. O. (2014). A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: How do employees use their working time? *BMC Health Services Research, 14*(1), 439-439. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-439>
- Holm, S. G. (2017). *Knapt med tid i hjemmetjenesten: Om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress: En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram* [Doktorgradsavhandling, Nord universitet]. Nord Open. <http://hdl.handle.net/11250/2498474>
- Holmberg, M., Valmari, G. & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(4), 705-712. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x>
- Hvid, H. (2009). To be in control — vejen til godt psykisk arbejdsmiljø, læring og innovation? *Tidsskrift for Arbejdsliv, 11*(1), 11-30. <https://doi.org/10.7146/tfa.v11i1.108763>
- Ibarra, H. (1999). Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly, 44*(4), 764-791. <https://doi.org/10.2307/2667055>
- Indregard, A.-M. R., Knardahl, S. & Nielsen, M. B. (2016). Emotional dissonance and sickness absence: A prospective study of employees working with clients. *International Archives Occupational Environmental Health, 90*(1), 83-92. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1176-9>
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health, 78*(10), 1336-1342. <https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336>
- Johnson, J. V., Hall, E. M. & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the

- Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 15(4), 271-279.
- Kamp, A. & Hvid, H. S. (2012). *Elderly care in transition: Management, meaning and identity at work: A Scandinavian perspective*. Samfundslitteratur.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
<https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kirchhoff, J. (2010). *De skjulte tjenestene: Om uønsket atferd i offentlige organisasjoner* Karlstad University. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:287297/FULLTEXT01.pdf>
- Kornstad, T., Jia, Z., Hjemås, G. & Beyrer, S. (2021). *Regional mobilitet og yrkesaktivitet blant helsefagarbeidere og sykepleiere: Personer utdannet i 2009*. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/444802?ts=17762869090>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsson, A., Karlqvist, L., Westerberg, M. & Gard, G. (2012). Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), Artikkel 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-1>
- Lee, L. & Madera, J. M. (2019). Faking it or feeling it: The emotional displays of surface and deep acting on stress and engagement. *International journal of contemporary hospitality management*, 31(4), 1744-1762. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-05-2018-0405>
- Liu, H., Zou, H. Y., Wang, H. J., Xu, X. & Liao, J. Q. (2020). Do emotional labour strategies influence emotional exhaustion and professional identity or vice versa? Evidence from new nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 577-587. <https://doi.org/10.1111/jan.14266>
- NOU 2023:4 (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/>
- OECD. (2020). *Realising the potential of primary health care* (OECD Health Policy Studies). <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Ruotsalainen, S., Jantunen, S. & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - a mixed method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), Artikkel 896.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Schein, E. H. (1980). *Mennesker i utvikling* (E. A. Fosheim, Overs.). Tanum-Norli. (Opprinnelig utgitt 1978)

- Sjöberg, A., Pettersson-Strömbäck, A., Sahlén, K.-G., Lindholm, L. & Norström, F. (2020). The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 93(6), 747-764. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9>
- Skålholt, A., Høst, H., Nyen, T. & Tønder, A. H. (2013). *Å bli helsefagarbeider: En kvalitativ undersøkelse av overganger mellom skole og læretid, og mellom læretid og arbeidsliv blant ungdom i helsearbeiderfaget* (NIFU-rapport 2013:5). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/280399>
- Strandell, R. (2020). Care workers under pressure: A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. *Health and Social Care in the Community*, 28(1), 137-147. <https://doi.org/10.1111/hsc.12848>
- Strandås, M., Wackerhausen, S. & Bondas, T. (2019). Gaming the system to care for patients: a focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 121-121. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3950-3>
- Suh, C. & Punnett, L. (2020). Surface-acting emotional labor predicts depressive symptoms among health care workers over a 2-year prospective study. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 94(3), 367-375. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01585-8>
- Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete, 2017:1. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1082859/FULLTEXT01.pdf>
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2022a). *Læreplan i vg3 helsearbeiderfaget (HEA03-03)*. Fastsatt som forskrift. Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020. <https://www.udir.no/lk20/hea03-03>
- Utdanningsdirektoratet. (2022b). *Søkere til videregående opplæring - utdanningsprogram*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/sokere-vgs/sokere-utdanningsprogram/>
- Vabø, M., Drange, I. & Amble, N. (2019). Den vanskelige deltidsknuten en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere. *Fagbladet Samfunn og Økonomi* (1), 6-21.
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work and stress*, 13(2), 87-114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>
- Watz, S. & Ingstad, K. (2022). Keeping calm on a busy day: An interpersonal skill home care patients desire in health workers: Hermeneutical phenomenological method. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00825-1>
- Watz, S. M. (2022). Selvstendige helsefagarbeidere i morgendagens helsetjeneste. *Nordic Journal of Vocational education and Training*, 12(3). <https://doi.org/10.3384/njvet.2242-458X.2212395>
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: Læring, mening og identitet*. Reitzel.