Hjemmesykepleien har stadig flere medisinsk-tekniske oppgaver

Økningen i medisinsk-tekniske oppgaver i hjemmesykepleien betyr at det blir mindre tid til andre oppgaver. Derfor er det behov for en debatt om prioritering i helsehjelpen.

Jörg Kirchhoff

Professor

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Martin Bjerge

Sykepleierstudent

Fakultet for helse, velferd og organisasjon, Høgskolen i Østfold

Hjemmesykepleie

Sykepleieforskning

Sykepleien 2022;110(88097):e-88097

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88097

Hovedbudskap

Det er et stadig større behov for medisinsk-teknisk kompetanse i hjemmesykepleien. Denne fagartikkelen viser at mange av oppgavene til sykepleiere i hjemmesykepleien krever medisinsk-teknisk kompetanse, og at sykepleierne vurderer å ha nok kompetanse til å utføre dem. En økning i slike oppgaver utfordrer imidlertid andre sykepleiefaglige oppgaver. I tillegg reiser artikkelen tvil om hvorvidt kurs er egnet til å styrke sykepleiernes medisinsk-tekniske kompetanse.

Ifølge Nielsen og medarbeidere er medisinsk-teknisk sykepleie et av de sentrale kompetanseområdene innen sykepleiefaglig kompetanse (1). De andre kompetanseområdene er generell sykepleie, verdibasert sykepleie, helsepedagogikk, dokumentasjon og administrasjon av sykepleie samt utvikling, ledelse og organisering av sykepleie.

Nielsen og medarbeideres forståelse av sykepleiefaglig kompetanse sammenfaller med Verdens helseorganisasjons standard for sykepleiere, der sykepleiefaglig kompetanse er basert på blant annet evidensbasert praksis, kulturforståelse, kritisk og analytisk tenkning, administrasjon og tverrfaglighet (2). Det danner utgangspunktet for forståelsen av sykepleiefaglig kompetanse i denne artikkelen.

Medisinsk-teknisk sykepleie blir stadig viktigere

Det er flere grunner til at medisinsk-teknisk sykepleie er et viktig kompetanseområde for sykepleiere. For det første utføres det i stadig økende grad en rekke oppgaver som krever medisinsk og teknisk kompetanse, noe som henger sammen med utviklingen og omfanget av medisinsk behandling i helsetjenesten (3).

Videre kan kravet om medisinsk-teknisk kompetanse knyttes til forsvarlighetskravet i helsepersonelloven, der det forutsettes at helsepersonell jobber faglig forsvarlig og holder seg faglig oppdatert (4).

I tillegg til de ovennevnte forholdene, som favner både spesialist- og kommunehelsetjenesten, har endringer som følge av samhandlingsreformen ført til økte krav om medisinsk-teknisk kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Reformen har blant annet ført til at pasienter som tidligere ble ferdigbehandlet på sykehus, nå blir overført til både sykehjem og hjemmesykepleien for videre behandling (5). For eksempel finner Gautun og Syse at 58 prosent av sykepleierne i hjemmesykepleien opplever å bruke mer tid på medisinske prosedyrer etter innføringen av samhandlingsreformen (6).

Ansatte tar på seg ansvaret for å bedre kompetansen

Økningen i pasienter med behov for oppfølging av den medisinske behandlingen som ble startet i spesialisthelsetjenesten, har dermed forsterket behovet for medisinsk-teknisk kompetanse i hjemmesykepleien (6–8).

«I den grad det tilbys kompetanseutviklende tiltak, er kurs mest brukt, selv om læringseffekten er diskutabel.»

Til tross for at det er større behov for denne kompetansen, har tidligere studier vist at kompetanseutviklingen i kommunehelsetjenesten er mangelfull, usystematisk og tilfeldig (9–11). I den grad det tilbys kompetanseutviklende tiltak, er kurs mest brukt, selv om læringseffekten er diskutabel (12).

Ansatte i hjemmesykepleien opplever derfor at de må ta på seg ansvaret for å styrke sin egen kompetanse, samt prøve å utnytte fagfellesskapet på jobben eller andre uformelle former for utvikling av sin egen kompetanse (10, 13, 14).

Hensikten med studien

Hensikten med studien er å beskrive omfanget av medisinsk-tekniske oppgaver i hjemmesykepleien og kartlegge sykepleieres egenvurderte evne til å utøve medisinsk-teknisk sykepleie og kompetanseutviklingstiltakene som tilbys til sykepleiere i hjemmesykepleien.

I tillegg ønsker vi å undersøke om det er sammenhenger mellom kompetanseutviklingstiltakene og sykepleieres kompetanse til å utøve medisinsk teknisk sykepleie.

Metode

For å finne svar på våre spørsmål utførte vi en tverrsnittsstudie blant sykepleiere i en kommune på Østlandet (15). Studien gjennomførte vi i februar 2020 ved hjelp av et spørreskjema som vi distribuerte via Nettskjema, en tjeneste for sikker datainnsamling via nett, som administreres av Universitetet i Oslo.

Alle sykepleiere i hjemmesykepleien i kommunen fikk tilsendt en e-post med informasjon om prosjektet og en lenke til Nettskjema. Av i alt 167 sykepleiere som fikk tilsendt lenken, svarte 74 sykepleiere på undersøkelsen, noe som utgjør en svarprosent på 44.

Spørreskjemaet omfattet spørsmål om bakgrunn, omfanget av medisinsk-tekniske oppgaver, sykepleiernes vurdering av sin kompetanse til å utøve medisinsk-tekniske sykepleie og om kompetanseutviklingstiltakene på arbeidsplassen.

For å kartlegge omfanget av arbeidsoppgaver knyttet til medisinsk-teknisk sykepleie, ble sykepleierne spurt: «I hvilken grad omfattet pasientkontakten ved siste vakt medisinske prosedyrer?», for eksempel utdeling av medikamenter, sårstell og liknende.

For å kartlegge sykepleiernes evne til å utøve medisinsk-teknisk sykepleie brukte vi *The Nurse Professional Competence Scale* (NPC-skalaen). Skalaen består av 35 påstander knyttet til seks kompetanseområder, som til sammen skal utgjøre sykepleiefaglig kompetanse. NPC-skalaen er utviklet av forskere i Sverige og har blitt tilpasset til norske forhold (1, 16).

Medisinsk-teknisk sykepleie i NPC-skalaen kartlegges ved hjelp av seks påstander om blant annet administrasjon av medikamenter, selvstendigheten knyttet til utførelsen av sykepleietiltak og håndteringen av medisinsk teknisk utstyr.

Hver påstand har sju svaralternativer fra i svært liten grad til i svært stor grad. Svarene omregnes til en indeks for medisinsk teknisk sykepleie, der maksimal skår er 100.

Sykepleiernes svar analyserte vi med IBM SPSS versjon 27. Analysen omfattet deskriptiv statistikk samt bivariate analyser for å undersøke om det fantes statistisk signifikante sammenhenger mellom medisinsk-teknisk sykepleie, sykepleiernes bakgrunn og kompetanseutviklingstiltakene på arbeidsplassen.

Under den bivariate analysen ble sykepleierne fordelt i to grupper. Fordelingen tok utgangspunkt i om de skåret under eller over medianverdien, det vil si en skår på 83. Analysen gjennomførte vi ved hjelp av krysstabeller og kjiikvadrattest. Vi valgte et signifikansnivå på 5 prosent.

Studien har vi utført i samsvar med de forskningsetiske retningslinjene som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen (17), og prosjektet er registrert ved Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 891871.

Pasientkontakten omfattet medisinske prosedyrer

De fleste sykepleierne som deltok i studien, var kvinner (se tabell 1). De fleste var mellom 20 og 40 år, fast ansatt i hjemmesykepleien og hadde 100 prosent stilling.

I tillegg fant vi at 73 prosent av sykepleierne opplevde at pasientkontakten i stor grad omfattet medisinske prosedyrer, og 88 prosent opplevde å ha stor grad av kompetanse til å utøve faglig forsvarlig sykepleie.

Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon om sykepleierne som deltok i studien (N = 74) *

		Antall	Prosent
Kjønn	Mann	5	7
	Kvinne	67	93
Alder	20–30 år	25	34
	31–40 år	25	34
	41–50 år	15	21
	51–60 år	7	10
	61 år eller mer	1	1
Etter-/videreutdanning	Nei	58	80
	Ja	15	20
Ansettelsesforhold	Vikar	1	1
	Fast ansatt	73	99
Stillingsprosent	< 75 prosent	9	12
	75–99 prosent	12	16
	100 prosent	53	72
Yrkeserfaring fra hjemmesykepleien	0–5 år	42	57
	Mer enn 5 år	32	43
Andel av arbeidstiden med direkte pasientkontakt ved siste vakt	Ingen direkte pasientkontakt	6	8
	1–50 prosent	33	46
	51–75 prosent	21	29
	76 prosent eller mer	12	17
I hvilken grad omfattet pasientkontakten ved siste vakt medisinske prosedyrer?	I svært liten grad	5	7
	I liten grad	5	7
	I verken stor eller liten grad	9	13
	I stor grad	28	40
	I svært stor grad	23	33
I hvilken grad opplever du å ha kompetanse til å utøve faglig forsvarlig sykepleie?	I verken stor eller liten grad	9	12
	I stor grad	50	68
	I svært stor grad	15	20

* Siden ikke alle har svart på alle spørsmålene, varierer antallet deltakere i tabellen.

Figur 1 viser andelen sykepleiere etter deres skår på indeksen medisinsk teknisk sykepleie, og 64,9 prosent av sykepleierne hadde en skår på mellom 81 og 100. Gjennomsnittsskåren og medianverdien var 83.

Figur 1. Sykepleiernes skår på indeksen medisinsk teknisk sykepleie, gruppert. Prosent (N = 74)

Den bivariate analysen viser ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom sykepleiernes skår på indeksen medisinsk teknisk sykepleie og deres bakgrunn, arbeidserfaring eller om de hadde en etter- eller videreutdanning eller ikke.

Vi fant imidlertid en statistisk signifikant sammenheng mellom sykepleiernes skår på indeksen og opplevelsen av å ha nok kompetanse til å utøve faglig forsvarlig kompetanse.

Sykepleiere som svarte at de hadde verken liten eller stor grad av kompetanse til å utøve faglig forsvarlig sykepleie, hadde en gjennomsnittsskår på 75, mens de som svarte at de hadde svært stor grad av kompetanse til faglig forsvarlig sykepleie, hadde en gjennomsnittsskår på 90.

Arbeidsgiveren hadde tilbudt utviklingstiltak

De fleste sykepleierne (82 prosent) svarte bekreftende på at arbeidsgiveren hadde tilbudt tiltak for å vedlikeholde deres sykepleiefaglige kompetanse i løpet av 2019, samt at tilbudet i all hovedsak var intern undervisning på arbeidsplassen.

Tabell 2 viser kompetanseutviklingstiltakene som arbeidsgiveren benyttet seg av, og hvor mange av sykepleierne som fikk tilbud om tiltakene.

Tabell 2. Kompetanseutviklingstiltak og sykepleiere som har fått tilbud om tiltaket av arbeidsgiveren (N = 74)

Kompetanseutviklingstiltak	Antall	Prosent
Interne kurs	61	82
Eksterne kurs	33	45
Veiledning	24	32
Deltakelse på konferanser	16	22
Fagutviklingsarbeid (for eksempel fagutviklingsprosjekter)	11	15
Hospitering på en annen arbeidsplass	8	11

Med unntak av hospitering på en annen arbeidsplass fant vi ingen statistisk signifikant sammenheng mellom de ulike kompetanseutviklingstiltakene fra arbeidsgiverne som er listet i tabellen, og sykepleiernes skår på indeksen for medisinsk teknisk sykepleie.

Det var statistisk signifikant flere sykepleiere med en skår på over 83 på indeksen blant dem som hadde fått tilbud om hospitering, enn blant dem som ikke hadde fått tilbud.

Andre oppgaver nedprioriteres

Vår studie viser at majoriteten av sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at innholdet i helsehjelpen i stor grad omfatter medisinske prosedyrer, noe som er i tråd med funnene til Gautun og Syse (6).

Det er derfor rimelig å anta at innholdet i den kommunale helsehjelpen i stadig økende grad kommer til å omfatte medisinsk-tekniske oppgaver. Dreiningen mot sykepleieoppgaver som i hovedsak er medisinsk orientert i hjemmesykepleien, skaper imidlertid noen utfordringer.

«Tidligere studier har vist at tilbudet fra hjemmesykepleien har betydning for om pasienter føler seg ensomme.»

En av utfordringene er forholdet mellom medisinsk-tekniske oppgaver og andre sykepleiefaglige oppgaver. Et økende omfang av denne typen oppgaver vil kunne føre til at andre må nedprioriteres, deriblant oppgaver knyttet til pasienters psykososiale forhold.

Tidligere studier har vist at tilbudet fra hjemmesykepleien har betydning for om pasienter føler seg ensomme (18, 19), men at sykepleiere etter samhandlingsreformen opplever å ha mindre ressurser til å dekke pasienters psykososiale behov (6). Det illustrerer hvordan endringer i medisinsk orienterte oppgaver utfordrer oppgaver innenfor andre områder.

Oppgavene må håndteres på en faglig forsvarlig måte

En annen utfordring knyttet til økningen i medisinsk-tekniske oppgaver, er sykepleiernes behov for kompetanse til å håndtere oppgavene på en faglig forsvarlig måte. I vår studie opplevde de fleste sykepleierne å ha tilstrekkelig kompetanse til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp, noe som er i tråd med tidligere funn (7).

Samtidig indikerte noen av svarene en usikkerhet blant sykepleierne, siden tolv prosent av svarte «i verken stor eller liten grad» på spørsmålet. Av den grunn er det av betydning at kommunene iverksetter tiltak som bidrar til at sykepleiere har den nødvendige kompetansen til å utøve faglig forsvarlig sykepleie.

I vår studie fikk flesteparten av sykepleierne tilbud om interne kurs, noe som er i tråd med tidligere studier (12). Samtidig viste våre analyser ingen statistisk signifikant sammenheng mellom kurstilbudene og skåren på indeksen for medisinsk teknisk sykepleie.

«I vår studie opplevde de fleste sykepleierne å ha tilstrekkelig kompetanse til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp.»

Mangelen på statistisk signifikante sammenhenger mellom kurs og medisinsk-teknisk sykepleie gjør det relevant å vurdere om kurs er egnet for å øke sykepleieres kompetanse til å mestre oppgaver som dominerer innholdet i hjemmesykepleien.

Samtidig fant vi en statistisk signifikant sammenheng mellom de som fikk tilbud om hospitering, og skåren på indeksen. Dessverre var det kun et mindretall som hadde fått tilbudet, og det hadde vært interessant å studere betydningen av hospitering i en større studie.

Konklusjon

Vår studie bekrefter tidligere funn om at innholdet i helsehjelpen som tilbys fra sykepleiere i hjemmesykepleien, i stor grad omfatter medisinsk-tekniske oppgaver.

Økningen i slike oppgaver konkurrerer imidlertid med andre sykepleiefaglige oppgaver. Det indikerer at det er behov for en prioriteringsdebatt og bevisstgjøring knyttet til innholdet i helsehjelpen fra sykepleiere i hjemmesykepleien.

I tillegg anbefaler vi å vurdere andre tiltak enn kurs dersom hensikten er å styrke sykepleieres kompetanse i å utøve medisinsk-teknisk sykepleie.

Referanser

1. Nilsson J, Engström M, Florin J, Gardulf A, Carlsson M. A short version of the nurse professional competence scale for measuring nurses' self-reported competence. *Nurse Education Today*. 2018;71:233–9. DOI: [10.1016/j.nedt.2018.09.028](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.028)
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Genève: WHO; 2009.
3. Måseide P. Medisinsk sosiologi: noen sosiologiske perspektiv på sjukdom og behandling. Oslo: Tano; 1987.
4. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (nedlastet 01.02.2022).
5. Killie PA, Debesay J. Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2016;12(2). DOI: [10.7557/14.4052](https://doi.org/10.7557/14.4052)
6. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2013.
7. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning*. 2015(1):16–22. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.53343](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343)
8. Molnes SI. Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sykeplejeforskning*. 2014(2):142–55. DOI: [10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06)
9. Kyrkjebø D, Søvde BE, Råholm M-B. Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien forskning*. 2017;12(64027):e-64027. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.64027](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027)
10. Øyen KR, Corneliussen HG, Sunde OS, Mittenmeier E, Strand GL, Solheim M, et al. Hvordan har hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen? Sogndal: Høgskulen i Sogn og Fjordane; 2015.

11. Yttrelid A-H. Strategisk kompetansesatsing i hjemmetjenesten i Agder: finnes det en strategisk satsing på kompetanse og kompetansemobilisering i hjemmetjenesten i Agder? Kristiansand: Universitetet i Agder; 2017.
12. Abelsen B, Sheikh ZA, Vrangbæk K. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Stavanger: International Research Institute of Stavanger; 2014.
13. Almaas TH. Hjemmesykepleieren i møte med samhandlingsreformen: en kvalitativ studie om ansattes opplevelser av kompetanseutvikling. Trondheim: NTNU; 2015.
14. Hynne AB, Kvangarsnes M. Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie av kreftsykepleiarar. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2014;10(2):76–90. DOI: [10.7557/14.3324](https://doi.org/10.7557/14.3324)
15. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
16. Eli-Anne S, Stina E, Jörg WK. Oversetting, tilpasning og testing av The Nurse Professional Competence Scale. Nordisk sygeplejeforskning. 2020(3):164–75. DOI: [10.18261/issn.1892-2686-2020-03-03](https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-03)
17. Millum J, Wendler D, Emanuel EJ. The 50th anniversary of the declaration of Helsinki: progress but many remaining challenges. JAMA. 2013;310(20):2143–4. DOI: [10.1001/jama.2013.281632](https://doi.org/10.1001/jama.2013.281632)
18. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie. Sykepleien Forskning. 2013;8(2):116–22. DOI: [10.4220/sykepleienf.2013.0049](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0049)
19. Kirchhoff JW, Grøndahl VA, Andersen KL. Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;5(3):266–82. DOI: [10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-04](https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-04)

FORSKNING

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiserings dato: 17.02.2017

Fra sykehus til sykehjem – hva

samhandlingsreformen har ført til

Samhandlingsreformen

Sykehjem

Overlevelse

Kompetanse

For å møte fremtidens helseutfordringer har det vært gjennomført helsereformer i mange industrialiserte land det siste tiåret (1). Utfordringene har vært beskrevet som mangelfull koordinering av helsetjenestene, liten satsing på forebygging og en forventet stor vekst i antall eldre med kronisk sykdom med hjelpebehov (1). Dette gjenspeiles i samhandlingsreformen, som ble innført i Norge i 2012 med målsettingen om å bedre folkehelsen og forbedre helse- og omsorgstjenestene på en bærekraftig måte (2).

I likhet med helsereformene i de nordiske landene har også den norske samhandlingsreformen vært opptatt av å overføre behandlingsansvaret nærmere pasientenes bosted (1). Dette innebærer at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, slik at veksten i bruk av sykehustjenester blir mindre. Ifølge Grimsmo og Magnussen (1) utmerker den norske samhandlingsreformen seg ved at den har blitt gjennomført separat for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Et av virkemidlene i den norske samhandlingsreformen har vært å etablere samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetak. Ifølge Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen (3) har reformen hatt begrenset betydning for hvordan kommunehelsetjenesten opplever samhandlingen. Samarbeidet beskrives som asymmetrisk ved at sykehuslegene har definisjonsmakt i vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar uten at den medisinske kompetansen i kommunen i særlig grad involveres i beslutningen (3).

Kortere liggetid etter reformen

Kommunenes egenbetaling for pasienter som vurderes å være utskrivningsklare fra sykehus, har også vært et sentralt virkemiddel i den norske reformen. Fra enkeltsykehus ble det rapportert opp til 96 prosent reduksjon i overliggerdøgn av utskrivningsklare pasienter det første året etter at samhandlingsreformen var innført (4). Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (5) ble mer enn 80 prosent av pasientene som ble registrert som utskrivningsklare på landsbasis i 2014, tatt imot av kommunen samme dag som utskrivningen ble varslet. Også liggetiden på sykehus for de eldste er redusert (3, 6).

Ved akuttgeriatrik avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus ble reduksjonen i liggetid etter at samhandlingsreformen var innført, satt i sammenheng med økningen i reinnleggelser i samme periode (7). Ifølge evalueringsrapporten knyttet til samhandlingsreformen er det imidlertid ikke med en økning i reinnleggelser, men en økning i innleggelser i den samme perioden som det hadde vært en reduksjon i liggetid (3). Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk bekrefter at det er en sammenheng mellom kortere liggetid og reinnleggelse (8). Det er større risiko for reinnleggelse for pasienter som overføres til kommunen samme dag som utskrivningen ble varslet, sammenliknet med pasienter som blir på sykehus utover dette tidspunktet (8). En større svensk studie fant en sammenheng mellom kortere liggetid på sykehus og redusert overlevelse etter utskrivning hos eldre med lårhalsbrudd (9).

Svekket pasientoverføring

Fordi liggetiden på sykehus for de eldste har blitt kortere, ser vi en økning i antall pasienter som overflyttes videre til sykehjem (8). Denne økningen har i liten grad medført flere sykehjemsplasser (5). Det er imidlertid registrert større bruk av dobbeltrom og korridorpasienter (10) samt en økning i opphold av kortere varighet på bekostning av faste plasser i sykehjem (11). Når behandlingsansvaret overføres fra sykehus til kommunene, innebærer det at pasientene som overføres, har mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander enn hva situasjonen var før samhandlingsreformen ble innført (10, 11). Sykehjemmene har derved fått mer spesialisert pleie og behandling med påfølgende økt kompetansebehov. Kommunene har imidlertid i liten grad styrket kompetansen etter at samhandlingsreformen ble innført (5). Sykehjemmene rapporterer om et udekket kompetansebehov og økt tidspress etter samhandlingsreformen (9).

«Fordi liggetiden på sykehus for de eldste har blitt kortere, ser vi en økning i antall pasienter som overflyttes videre til sykehjem.»

Når alvorlig syke og behandlingstrengende pasienter skal overføres til et annet helsetjenestenivå, er det svært viktig med samarbeid mellom tjenestenivåene. Det er iverksatt tiltak med samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene for å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene. Likevel rapporterer kommunene at samarbeidet knyttet til pasientoverføring er svekket etter at reformen ble innført (10). Dette bekreftes i et landsomfattende tilsyn, som identifiserte mangelfull informasjon når pasienter ble overført mellom sykehus og kommuner (5).

Vi ønsket å få mer kunnskap om konsekvensene av samhandlingsreformen for skrøpelige gamle som blir overført fra sykehus til sykehjem. Derfor sammenliknet vi forekomst av dødsfall, alder, kjønn, liggedøgn og utskrivningsdestinasjon før og etter reformen.

Materiale og metode

Vi gjennomførte en retrospektiv studie ved ett av sykehjemmene i Bergen kommune ved å innhente data fra tidsrommene mai 2009 til desember 2011 og mars 2012 til mai 2014, henholdsvis før og etter at samhandlingsreformen ble innført (2). Vi gjennomførte studien på en korttidsavdeling med 35 senger. Avdelingen mottok pasienter som ikke kunne skrives ut til eget hjem etter en akutt sykehusinnleggelse. Målet med oppholdet var

- å fullføre medisinsk behandling og pleie som var igangsatt på sykehus, og
- å kartlegge omsorgsbehov og muligheten for å bli tilbakeført til eget hjem.

I løpet av denne perioden har korttidsavdelingen vært drevet på samme måte, med uendret bemanning. Da vi initierte studien på slutten av 2013, var pasientene i studien enten utskrevet fra sykehjemmet eller døde.

Pasienter

Vi inkluderte alle pasienter på ≥ 70 år som ble overflyttet fra Haukeland universitetssykehus eller Haraldsplass Diakonale Sykehus til sykehjemmets korttidsavdeling i den aktuelle tidsperioden. Vi samlet inn pasientkarakteristikk, som alder, kjønn, liggedøgn, utskrivningsdestinasjon og død, retrospektivt fra kommunens pasientadministrative system.

Statistikk

Vi analyserte dataene ved å bruke deskriptiv statistikk. Data var ikke normalfordelt, og Mann-Whitney U-test ble brukt for å sammenlikne kontinuerlige data. Vi brukte kji-kvadrattest for å sammenlikne kategoriske data mellom to grupper, og vi analyserte dataene ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS versjon 20 for Windows.

Etikk

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest), som innvilget fritak fra krav om pasientsamtykke.

Resultat

Vi inkluderte totalt 363 pasienter med median alder 86 år (variasjon mellom 70 og 103 år), hvorav 59 prosent var kvinner. Pasientene som ble innlagt etter at samhandlingsreformen var innført, var signifikant eldre ($p < 0,001$), og over dobbelt så mange døde på sykehjemmet ($p = 0,002$) (tabell 1).

«Pasientene som ble innlagt etter at samhandlingsreformen var innført, var signifikant eldre.»

Mortaliteten var høyere etter at samhandlingsreformen var innført, både ved seks og tolv måneder (henholdsvis $p = 0,04$ og $p = 0,01$) (tabell 2).

Færre pasienter ble overflyttet til langtidsplass ved annet sykehjem ($p < 0,001$), mens en høyere andel pasienter ble utskrevet til hjemmet ($p = 0,04$). Det var ingen signifikant forskjell ($p = 0,91$) på antall dager i live før og etter samhandlingsreformen (tabell 1).

Tabell 1: Pasientkarakteristika og utfall av sykehjemsopphold før og etter innføring av samhandlingsreformen

	Før	Etter	p-verdi
Antall pasienter	186	177	
Alder*	85 (70–99)	88 (73–103)	$<0,001^a$
Kvinner	117 (63 %)	99 (56 %)	$0,15^b$
Død under sykehjemsopphold	25 (13 %)	48 (27 %)	$0,002^b$
Hvis død, dager i live*	12 (2–73)	14 (2–99)	$0,91^a$

* Median og variasjon, ^aMann-Whitney U-test, ^bkji-kvadrattest

Tabell 2: Mortalitet ved 6 og 12 md. oppfølging før og etter innføring av samhandlingsreformen

	Før	Etter	p-verdi
Antall pasienter	185	133	
Død 6 md.	67 (36 %)	68 (51 %)	$0,01$
Død 12 md.	84 (45 %)	79 (60 %)	$0,04$

Kji-kvadrattest

Diskusjon

Denne studien viser at pasienter som ble overflyttet fra sykehus til sykehjem etter at samhandlingsreformen var innført, var eldre. I tillegg døde en høyere andel av pasientene på sykehjemmet (tabell 1 og 2). Så langt vi kjenner til, er denne studien den første som også har innhentet informasjon om alder og død for denne pasientpopulasjonen.

Vi har dessverre ingen variabler som kan forklare den økte dødeligheten vi finner. Til tross for en økning i overlevelse på sykehus fra 2010 til 2014 (12) har vi begrenset informasjon om sammenhengen mellom endring i forekomst av død på sykehus og på sykehjem. Den mest nærliggende forklaringen, som også er fremhevet i tidligere studier (10, 11), er at pasientene som ble overført til sykehjem etter samhandlingsreformen, hadde mer alvorlige, komplekse og behandlingskrevende sykdomstilstander enn det som var tilfelle med dem som ble innlagt før reformen. I tillegg var pasientene etter reformen eldre. Antall diagnoser har vist seg å bidra til økt dødelighet blant sykehjemsbeboere (13, 14).

Svekking av tjenestenivåer

Vi fant en dobling av pasienter som døde på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført (fra 13 prosent til 27 prosent, $p = 0,002$). Pleie, omsorg og behandling av svært syke og døende pasienter er spesielt utfordrende, både faglig og ressursmessig. Ifølge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (15) kjennetegnes det palliative forløpet ved et komplekst sykdomsbilde med akutte tilstander av komplikasjoner, sviktende organfunksjoner og økende pleiebehov. De som følger opp denne pasientgruppen, vektlegger tett oppfølging med god informasjon til pasient og pårørende (15). Studier viser at god tid og god kompetanse, både når det gjelder lindrende behandling og pasient-pårørendekommunikasjon, er svært viktig for å kunne gi god omsorg ved livets slutt (16–19).

«Vi fant en dobling av pasienter som døde på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført.»

For at alvorlig syke og døende pasienter skal få god oppfølging og behandling, er det sentralt å planlegge overføringen av behandlingsansvaret til et annet tjenestenivå. Det er derfor bekymringsfullt når sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever at samarbeidet mellom tjenestenivåene er svekket når det gjelder utskrivningsplanlegging fra spesialisthelsetjenesten etter at samhandlingsreformen ble innført (10). Det er videre problematisk at den medisinske kompetansen i kommunen sjelden involveres i vurderinger av og beslutninger om å få overført behandlingsansvaret fra spesialisthelsetjenesten (3).

Svakheter ved studien

En begrensning ved vår studie er at vi ikke har data om eventuelle forskjeller i terminal pleie på sykehjem og sykehus. Vi har heller ikke data om hvordan pasient eller pårørende opplever det å bli overført til sykehjem i denne fasen av livet. Vi kan derfor ikke konkludere med hvor terminal pleie best ivaretas for denne pasientgruppen. Når man skal ta avskjed med livet eller med en av sine nærmeste, er det viktig med trygghet, forutsigbarhet og opplevelse av støtte og kompetanse. Hvorvidt dette ivaretas best nær pasientens bosted eller der spesialkompetansen er størst, avhenger av flere faktorer som ikke belyses i denne studien. Videre forskning bør fokusere på behandlingsbehov for pasienter innlagt på sykehjem etter samhandlingsreformen. Det er behov for kunnskap om hvordan pasienter og pårørende opplever en overføring fra sykehus til sykehjem i denne fasen av livet. Brukererfaringene er et sentralt element for å optimalisere tjenestetilbud.

Våre resultater kommer fra en liten retrospektiv studie fra kun ett sykehjem, og vi har ikke opplysninger om sykелighet. Dette er en svakhet ved studien. Det ville derfor vært interessant å sammenlikne våre tall med tilsvarende tall fra andre korttidsavdelinger fra samme tidsperiode og område. Imidlertid foreligger det ikke et slikt tallgrunnlag.

Forverring for eldre skrøpelige

Resultatene viste at færre ble overført til langtidsplass ved annet sykehjem, og at en høyere andel av pasientene ble utskrevet til hjemmet (tabell 3). Andre kartlegginger konkluderer også med at flere gamle skrøpelige blir overført fra sykehus til sykehjem. Denne overføringen medfører en økning i korttid og rehabiliteringsplass på bekostning av fast plass i sykehjem (10).

Tabell 3: Flyttemønster etter korttidsopphold før og etter samhandlingsreformen

	Før	Etter	p-verdi
Annet sykehjem	84 (45 %)	38 (21 %)	<0,001 ^b
Reiser hjem	67 (36 %)	83 (47 %)	0,04 ^b
Reinnlagt på sykehus	10 (5 %)	8 (5 %)	0,81 ^b
Liggedøgn	25 (0–145)	21 (0–161)	0,26 ^a

^aMann-Whitney U-test, ^bkji-kvadrattest

Det er grunn til å anta at eldre skrøpelige pasienter som blir skrevet ut fra sykehjem til eget hjem, er en høyrisikogruppe for gjentatte sykehusinnleggelser. Denne påstanden begrunner vi på bakgrunn av en generell økning i reinnleggelser etter at samhandlingsreformen ble innført (8), og da spesifikt i den akuttgeriatriske populasjonen (7). Etter samhandlingsreformen har det vært en liten økning i reinnleggelser fra sykehjem til sykehus.

Det gjenstår å se hvilken betydning etablering av kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger) vil ha for denne pasientpopulasjonen. Ordningen ble innført i perioden fra 2012 til 2016. Bergen kommune etablerte ordningen i 2016, etter at gjeldende studie var gjennomført. Så langt tyder det imidlertid på at veldig få pasienter legges inn fra sykehjem, mens nærmere 18 prosent av pasientene som er innom øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene, overføres til sykehjem etter få dager (21).

Konklusjon

Resultatene våre viser at pasienter som overflyttes fra sykehus til sykehjem etter samhandlingsreformen, er eldre og har kortere overlevelse sammenliknet med situasjonen før reformen ble innført. For sykehjemmene medfører dette større pasientgjennomstrømming og mer uavklart status for pasientene, både når det gjelder aktiv behandling og terminal pleie. Sykehjemmene kan dermed få høyere gjennomstrømming av pasienter og utfordringer knyttet til mer uavklarte pasientforhold når det gjelder aktiv behandling kontra terminal pleie.

Det er grunn til å anta at disse momentene har konsekvenser for kompetanse og bemanningsbehov i sykehjem for å ivareta samhandlingsreformens målsetting om å gjøre folkehelsen og helse- og omsorgstjenester bedre på en bærekraftig måte. For å møte den nye situasjonen for sykehjemmene etter at samhandlingsreformen ble innført, bør bemanningen ved sykehjemmene vurderes ut ifra oppgaver og kompetansebehov. Videre forskning bør fokusere på behandlingsbehov for pasienter som er innlagt på sykehjem etter samhandlingsreformen.

LES OGSÅ: Er sykepleierne fortsatt engler?

Referanser

1. Grimsmo A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. 2015.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo. 2009.
3. Norges forskningsråd. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). 2016.
4. Otterstad HK, Birkestrand T. Samhandlingsreformen. Færre overliggere i sykehus. Sykepleien 2014;102(2):49–51. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/faerre-overliggere-i-sykehus>. (Nedlastet 06.02.2017).

5. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 2016.
6. Hermansen Å, Grødem AS. Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste. Sykepleien Forskning 2015;10(1):24–32. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/reduisert-liggetid-blant-de-eldste>. (Nedlastet 06.02.2017).
7. Ranhoff A, Alaburic S, Engstad T, Mensen L, Svendsen T. Readmissions after discharge from an acute geriatric unit; an analysis of probable causes. European Geriatric Medicine (EUGMS) September 2014; Rotterdam, Nederland, 2014. p. S207 – S8. Tilgjengelig fra: <http://www.em-consulte.com/en/article/927637>. (Nedlastet 12.02.2017).
8. Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk 2013–14. Oslo. 2015.
9. Nordström P, Gustafson Y, Michaëlsson K, Nordström A. Length of hospital stay after hip fracture and short term risk of death after discharge: a total cohort study in Sweden. BMJ 2015.
10. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA. 2013.
11. Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. International Research Institute of Stavanger. 2014. Tilgjengelig fra <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/helse-og-velferd/samhandlingsreformen/forskning-og-evaluering/iris-2014-382-samhandlingsreformens-konsekvenser.pdf>. (Nedlastet 12.02.2017).
12. Lindman AS, Kristoffersen DT, Hansen TM, Tomic O, Helgeland J. Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014. Oslo: Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. 2015.
13. Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Mortality in nursing home residents without cognitive impairment and its relation to self-reported health-related quality of life, sociodemographic factors, illness variables and cancer diagnosis: a 5-year follow-up study. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2012.

14. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *Journal of Affective Disorders* 2010;120(1-3):141-8.
15. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo. 2010.
16. Dreyer A, Forde R, Nortvedt P. Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes—relatives' role in the decision-making process. *Journal of Medical Ethics* 2009;35(11):672-7.
17. Davies E, Higginson I. Better palliative care for older people. WHO. 2004.
18. Wille I-L, Nyrønning S. Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk Sykepleie* 2012;3.
19. Husebø B, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125(1352):4.
20. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24.06.2011 [helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. (Nedlastet 06.02.2017).
21. Skinner MS. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Rapportserie nr. 13. Gjøvik: Senter for Omsorgsforskning. 2015. Tilgjengelig fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/398536/rapport_13_2015_web.pdf. (Nedlastet 06.02.2017).

FORSKNING

Smitteforebygging i hjemmesykepleien: erfaringer fra sykepleieledere og

sykepleiefaglige konsulenter

Ledelse

Smittevern

Hjemmesykepleie

Håndhygiene

Kvalitativ studie

Den moderne hjemmesykepleien er kompleks med samhandling mellom mange aktører. Det er en økende pasient- og brukergruppe med stor variasjon i hjelpebehov på tvers av alle aldre (1). Aller mest øker antall brukere under 67 år. Eldre er likevel en betydelig del av brukergruppen (2) som er spesielt utsatt for infeksjoner (3, s. 28).

Blant mottakere av pleie- og omsorgstjenester har dessuten 90 prosent fire–fem sykdommer (4). Under opphold på sykehus og institusjoner kan pasientene bli rammet av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Forskning viser imidlertid at HAI også truer pasientsikkerheten i hjemmetjenesten (5–7).

I Sverige ble Global Trigger Tool-metoden benyttet i en studie for å skanne journaler for pasientskader. Forskerne fant at HAI var en hyppig pasientskadeårsak i hjemmetjenesten (5). Nasjonale undersøkelser i USA tyder på at infeksjoner som oppsto mens pasientene fikk hjemmesykepleie, var en hyppig årsak til sykehusinnleggelser (6, 7).

En studie med hjemmesykepleiebyråer i USA som ble gjennomført under covid-19-pandemien, viste at smittevernansvar kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver. En tredjedel av de smittevernansvarlige hadde ingen formell opplæring i smittevern. Sannsynligheten var større for at det var smittevernansvarlige i urbane strøk enn på landsbygda (8).

Da pandemien nådde Norge, publiserte Folkehelseinstituttet (FHI) råd for å forebygge smitte i den norske hjemmesykepleien (9). Basale smittevernrutiner (BS) skal utøves i kontakt med alle pasienter i helsetjenesten for å forebygge kjent og ukjent smitte.

BS omfatter håndhygiene, hostehygiene, pasientplassering, personlig beskyttelsesutstyr, håndtering av pasientnært utstyr, renhold og desinfeksjon, avfallshåndtering, håndtering av sengetøy og tekstiler, trygg injeksjonspraksis, desinfeksjon av hud og beskyttelse mot stikkskader (10).

I publikasjonen «Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge» slår FHI fast at det finnes lite kunnskap om praktisering av BS i den norske hjemmesykepleien (11). Studier fra svensk hjemmesykepleie avdekket at tidspress og lav grunnbemanning hindret etterlevelsen av BS (12, 13).

En systematisk oversiktsartikkel viste at faktorer som kunne påvirke etterlevelsen av BS, var mangel på nødvendig utstyr, dårlige romforhold, type pasientkontakt og utilstrekkelig opplæring og kunnskap (14, 15). Organisatoriske kampanjer hadde imidlertid positiv innvirkning på holdninger og atferd som gjaldt infeksjonskontroll og forebygging av infeksjoner (15).

Vi har funnet noen få norske kvalitative studier som beskriver faktorene for etterlevelse av smittevern. I en fokusgruppestudie fortalte sykepleiere i hjemmesykepleien om mangel på oppdaterte prosedyrer i hjemmesykepleien og at det ikke ble prioritert av lederne (16).

En studie basert på en spørreundersøkelse blant helsepersonell i sykehjem og hjemmesykepleie anså bemanning som en risikofaktor for pasientsikkerheten (17).

En rapport (18) om bemanning og kompetanse i hjemmesykepleie og sykehjem viste at sykepleiere og helsefagarbeidere ble erstattet av ufaglærte ved sykdom. Opptil 22 prosent av vaktene med sykepleiefravær ble dekket av ufaglærte. Andelen ufaglærte var spesielt høy i helgene, om kveldene og i feriene (18).

Forskrift om smittevern i helsetjenesten inneholder ikke et spesifikt pålegg om infeksjonskontrollprogram i hjemmesykepleien (19), men kravet om faglig forsvarlig praksis i hjemmetjenesten er hjemlet i helsepersonelloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (20, 21).

FHIs smittevernveileder om forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer er også klar på at BS skal følges i møte med alle pasienter i helsetjenesten (3, 10).

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter hadde med prosedyrer og rutiner som er utarbeidet lokalt i kommunen, samt hvilke behov og utfordringer de identifiserte i forbindelse med BS.

Metode

Studien hadde et kvalitativt beskrivende design (22) og omfattet dybdeintervjuer med sykepleiere som var ansatt i administrasjonen i hjemmebaserte tjenester, og av smittevernhelsesykepleieren fra faggruppe for smittevern sentralt i kommunen. Siden BS i hjemmesykepleien er lite undersøkt, ønsket vi å gå åpent ut for å utforske ansattes erfaringer i hjemmesykepleien.

Intervjuer

Den semistrukturerte intervjuguiden inneholdt spørsmål om BS som gjaldt prosedyrer og opplæring av ansatte (figur 1). Den ble utarbeidet på bakgrunn av tidligere forskning om etterlevelse av smittevern (14, 15, 23, 24).

Undersøkelsen var basert på sju dybdeintervjuer med åtte deltakere. Ett av intervjuene ble gjennomført med to deltakere samtidig etter deres eget ønske. Intervjuene varte fra 40 til 70 minutter.

De fire første intervjuene fant sted på deltakernes arbeidsplass, mens de tre siste var telefonintervjuer på grunn av covid-19-restriksjoner i den første nedstengingsfasen i mars 2020. Alle intervjuene ble gjennomført av førsteforfatteren, som var masterstudent på daværende tidspunkt.

Vi testet intervjuguiden på kollegaer fra hjemmesykepleien og justerte den før oppstart av studien. Intervjueren hadde selv bakgrunn fra hjemmesykepleien og er kvinne, i likhet med deltakerne.

Figur 1. Intervjuguide

-
- Kan du fortelle meg om kommunens prosedyrer for smittevernrutiner?
 - Hvordan tilrettelegger dere for hygieniske prinsipper (utstyr, infrastruktur, opplæringsmateriell, utstyrsekker o.l.)?
 - Hvordan legger dere til rette for opplæring i basale smittevernrutiner for nyansatte?
 - Hvilke tiltak har dere for å forbedre etterlevelsen av de basale smittevernrutinene?
 - Hvilke utfordringer opplever du når det gjelder hygiene og smittevern i hjemmetjenesten?

Laget med Datawrapper

Rekruttering og utvalg

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester bisto med rekruttering til studien. Tre vertskommuner fikk e-postinvitasjon, hvorav to samtykket til deltakelse. Deltakerkommunene hadde høyt innbyggertall og flere hjemmesykepleiedistrikter med en smitteverngruppe sentralt.

Kommunene benyttet elektronisk kvalitetssystem med lokale smittevernrutiner. «Snøballmetoden» ble brukt for å rekruttere deltakere til studien, det vil si at noen som allerede hadde takket ja til intervju, bidro til å rekruttere kollegaer med relevant erfaring (22).

Utvalget besto av sykepleiefaglige konsulenter, en sykepleieleder og en smittevern helsesykepleier (tabell 1). De ble informert om studiens formål og at intervjueren selv hadde jobbet i hjemmesykepleien.

Intervjuene var relativt lange, og deltakerne bidro med mye informasjon. Intervjuene ble gjennomført fra oktober 2019 til og med mars 2020. Deltakernes erfaringer er dermed preget av situasjonen før og etter første nedstengning som følge av covid-19-pandemien.

Tabell 1. Demografiske data

Deltaker	Alder	Ansettelsestid	Kommune	Stillingstittel
D1*	49	Mindre enn ett år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D2	41	Mer enn tre år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D3	56	Mindre enn ett år	A	Smittevern helsesykepleier
D4	57	Mer enn tre år	A	Sykepleiefaglig konsulent
D5	58	Mer enn tre år	A	Leder
D6	46	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent
D7	59	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent
D8	44	Mer enn tre år	B	Sykepleiefaglig konsulent

*Alle deltakere jobber i administrasjon i hjemmesykepleien, unntatt D3 som jobber i faggruppe smittevern sentralt i kommunen. * D1 = Sykepleier. D2 til D6 = Sykepleier med videreutdanning eller master.*

Laget med Datawrapper

Analyse

Førsteforfatteren tok opp intervjuene med lydopptaker og transkriberte dem. Begge forfatterne deltok i analysen av dataene. Vi brukte Braun og Clarkes tematiske analyse for å identifisere koder og temaer av meningsbærende enheter i transkripsjonene på tvers av hele datasettet og identifiserte mønstre som belyste forskningsspørsmålene.

Analyseprosessen gjennomførte vi flere ganger før det endelige resultatet med temaer og undertemaer ble klart (tabell 2) (25).

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Koder	Undertema	Hovedtema
«Nå har jeg gått igjennom den opplæringssjekklista, og den som vi har hatt nå, har det ikke vært på en måte tema. Sånn at det blir på en måte, man tar for gitt at de vet hvordan. Når håndhygiene skal utføres og sånn. Så det er veldig dårlig. Vi har ikke noe fokus på det, nei, altfor lite.»	BS* er ikke på opplæringssjekklisten til assistenter. Tar det for gitt at de vet når håndhygiene skal utføres	Varierende systematikk i opplæringen	Prosedyrer og opplæring av nyansatte
«Jeg skulle ønske at vi hadde flere prosedyrer fordi veldig mange av de prosedyrene vi har, vi har jo veldig få. Vi har bare tre prosedyrer som er utarbeidet for hjemmesykepleietjenesten, og de har helseetaten laget. Ellers så er det de som finnes på VAR Healthcare. De er jo på en måte utarbeidet for institusjoner og sykehus, så de er ikke tilpasset hjemmesykepleien. Og jeg tenker at det er stor mangel på prosedyrer, vi trenger mange prosedyrer, og de eksisterer ikke. Ikke nasjonalt og ikke hos disse privatleverandørene som VAR.»	Få prosedyrer for hjemmesykepleien, tilpasset institusjoner og sykehus. Behov for prosedyrer tilpasset hjemmesykepleien	Prosedylene gir ikke svar på alt	Prosedyrer og opplæring av nyansatte
«Vi har sjekklister for nyansatte. Vi har laget et sånn opplæringsprogram i hjemmesykepleien som introduksjon, et sånt hefte. Og der står det jo litt om hygiene og sånn som de får lese og gå igjennom. Også en sånn sjekklister for de som går ute med disse nyansatte, de har jo tre dager opplæring ca. Noen har fem hvis de er helt uerfarne.»	Opplæringsprogram til nyansatte, men ikke tilstrekkelig for ekstravakter. BS inngår i opplæringen	Varierende systematikk i opplæringen	Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelsen
«Så er det jo ikke så veldig lenge siden vi fikk arbeidstøy, det er jo to år siden. Før det gikk vi jo i privattøy. Og bare det gjorde jo til at det ble endringer. Hygieniske, i hvert fall. Det er mye jobb å snu en masse for å tenke sånn klesetikk og ikke ha med hjem og sånn for lettvinthets skyld. Men nå er det jo helt KRISE hvis det ikke er en bukse, så det er jo utrolig hvor fort man lærer seg det.»	Arbeidstøy hadde også effekt på holdninger til hygiene generelt hos de ansatte	Rom for forbedring	Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelse

*BS = basale smittevernrutiner

Etikk

Før vi satte i gang undersøkelsen, gjennomførte vi en risiko- og sårbarhetsanalyse for å planlegge håndteringen av personsensitive lydfiler og dokumenter i henhold til Oslomets retningslinjer (26). Vi meldte studien til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fikk godkjenning 19.09.2019 (referansenummer 262833).

Deltakerne fikk informasjon om studien, at de kunne trekke seg uten å oppgi grunn, og at innhentet informasjon ble aidentifisert. Alle ga skriftlig samtykke til å delta i studien.

Resultater

Analysen av studiedeltakernes erfaringer med å tilrettelegge for BS i hjemmesykepleien resulterte i to hovedtemaer og fire undertemaer.

Prosedyrer og opplæring av nyansatte

Deltakernes håndtering av smitte og hygiene var i stor grad knyttet til bruk av eksisterende prosedyrer samt behov for opplæring av nyansatte. De hadde også et uttalt behov for opplæring i beskyttelsesutstyr til engangsbruk.

Prosedyrene gir ikke svar på alt

Smittevern i hjemmesykepleien ble organisert ulikt i kommunene. Deltakerne i den ene kommunen medvirket i å utarbeide BS-prosedyren som en del av en videreutdanning i regi av arbeidsgiveren. I den andre kommunen ble BS-prosedyren utarbeidet av en smitteverngruppe sentralt.

Deltakerne opplevde at utviklingen av BS-prosedyren var et steg i riktig retning, og at håndhygienedagen, en egen dag der håndhygiene særlig vektlegges, medførte økt søkelys på smitteforebygging gjennom håndvask. Flere understreket samtidig at de var avhengig av godt samarbeid med de lokale lederne for å komme i mål med implementering av prosedyrene.

«Enkelte deltakere uttrykte frustrasjon over manglende nasjonale retningslinjer.»

Enkelte deltakere uttrykte frustrasjon over manglende nasjonale retningslinjer og at det var få lokale prosedyrer tilstrekkelig tilpasset hjemmesykepleien. En deltaker beskrev en situasjon der hun søkte råd fra spesialisthelsetjenesten:

«Ringer man til smittevern på sykehuset og spør: ‘Vi skal sette subkutane injeksjoner’, så sier de, ‘det skal være i gule bøtter hjemme hos brukerne’. ‘Hva skal vi gjøre med de gule bøttene?’ ‘Ta dem med på kontoret’. Men vi har ingen videre levering fra kontorene. Mangler selve leddet på en måte. Så vi putter de i gjennomsiktede plastflasker hjemme hos brukerne. Det er jo et hjem» (D4).

Flere av deltakerne opplevde at rådgivning til hjemmesykepleien var krevende på grunn av manglende standarder for smittevern. De fikk ofte spørsmål om hva slags utstyr som skulle brukes og oppbevares i hjemmet. Noen ganger oppsto det nye problemstillinger, for eksempel hvordan de skulle håndtere skittentøy til en med resistente bakterier på fellesvaskeri.

Varierende systematikk i opplæringen

De fleste fortalte at BS i større eller mindre grad var en del av opplæringen. Opplæringssjekkliste satte rammen for innholdet. Nyansatte fikk i tillegg informasjon om BS for gjennomlesing.

En deltaker fortalte at smittevern hadde fått lite plass i opplæringen: «Jeg sjekket faktisk opplæringssjekklisten før du kom hit, og hygiene står det ingenting om. Det er altfor lite fokus på dette. Vi har undervisning to ganger i året, men langt fra alle deltar» (D2).

Flere deltakere oppfattet at opplæring av ufaglærte ikke var tilstrekkelig. Én hadde forsøkt å tilpasse opplæringen bedre til de ufaglærte:

«Vi har laget opplæringssjekkliste til ufaglærte assistenter med kun det de skal ha opplæring i. Vikarene får også en tretimers undervisning der blant annet hygiene er tema. Jeg bruker Excel-skjema for å ha oversikt over hvilken opplæring som er gitt» (D8).

En annen fortalte at hjemmesykepleien forberedte seg på covid-19 med opplæring i og repetisjon av smittevernrutiner for å trygge de ansatte. Samtidig påpekte flere deltakere at opplæring ble gitt muntlig og skriftlig, men ikke praktisk utførelse av håndhygiene.

Organisatoriske aspekter som påvirker etterlevelse

Kort brukertid, lav grunnbemanning og lavere kompetanse på kveldstid og i helger kunne være til hinder for BS. Midlertidige ansettelser vanskeliggjorde kontinuiteten i tjenesten, og smittevernspørsmål ble løst ulikt. Det krevde gode rutiner å få informert aktører uten tilgang til journalsystemet om smitte.

En kompleks tjeneste med tidspress og lav grunnbemanning

Stram tidsramme på brukertiden pasientene fikk tildelt, oppfattet deltakerne som et hinder for grundig håndhygiene blant de ansatte. Kutt i grunnbemanningen førte også til ubesatte vakter på kveldstid og i helger:

«Noen av avdelingslederne har sagt på mange ledermøter at ‘jeg kan ikke stå inne for den bemanningen som er på helg, jeg går ofte hjem med hjertet i halsen fredag’. Det er lite fagfolk på kveld og helg» (D6).

En deltaker fortalte at mange av de ansatte hadde midlertidige stillinger. Dette vanskeliggjorde å ha faste ressurspersoner med ansvar for eksempelvis fag og kvalitet. Tidligere hadde en fagkonsulent ansvaret for et helt distrikt, men det ble krevende å følge opp alle hjemmesykepleiegruppene godt nok.

De lokale hjemmesykepleiegruppene hadde også en avdelingsleder og en assisterende avdelingsleder. For å sikre bedre kvalitet har de assisterende avdelingslederne nå endret funksjon og blitt fagansvarlige ute i de lokale hjemmesykepleiegruppene i tillegg til de lokale avdelingslederne.

Noen konsulenter erfarte at nødvendig informasjon ikke alltid nådde de fagansvarlige. Flere bemerket også at det var en utfordring å gi samarbeidspartnere som hjemmehjelpere og ambulansepersonell informasjon om smitte ettersom de ikke hadde tilgang til journalsystemet.

Rom for forbedring

Flere deltakere meddelte at de hadde fått moderne lokaler som var bedre tilpasset hjemmesykepleien. Arbeidstøy hadde kommet på plass i begge kommunene, og deltakernes inntrykk var at det førte til økt oppmerksomhet på BS blant ansattgruppen.

Deltakerne oppfattet at ansatte var opptatt av hygiene, men fortalte også om det de beskrev som risikoatferd og uvaner: «Når man observerer lange negler eller ringer på sykepleiere, da tenker jeg at det er helt krise» (D6).

Flere hadde fått tilbakemeldinger fra ansatte om at beskyttelsesutstyr til engangsbruk ble brukt flere ganger. Feilbruk og overforbruk av hansker kom frem i flere samtaler. Tilbakemeldinger fra lærlinger tilsa at ulik praksis blant ansatte skapte forvirring.

«Håndvask var ikke alltid gjennomførbart i hjemmene siden hygieniske forhold varierte og såpe og papir ikke alltid var tilgjengelig.»

En deltaker fortalte at de hadde rettet søkelyset mot hjemmehjelpenes kunnskap: «Vi har fått mer fokus på hjemmehjelpene ettersom de gjerne går i samme hjem som hjemmesykepleien. Vi oppdager at de ikke hadde kunnskapen vi trodde, i forhold til hanskebruk spesielt. Nå har vi fått riktig type hansker og vist filmer om riktig hanskebruk og håndhygiene» (D8).

Deltakerne beskrev rengjøring av flergangsutstyr, spesielt ukedosetter, som upraktisk på grunn av dosettenes materiale og utforming, og noen ganger var det uegnede lokaler. Håndvask var ikke alltid gjennomførbart i hjemmene siden hygieniske forhold varierte og såpe og papir ikke alltid var tilgjengelig.

Alle deltakerne hadde vanligvis god tilgang på hansker og annet smittevernutstyr, men de måtte rasjonere under covid-19-pandemien. Deltakerne som ble intervjuet under covid-19-pandemien, oppfattet at smittevernet var bedre enn noen gang, og at det var et økende engasjement for smittevern hos lederne. BS hadde også blitt en del av hjemmesykepleiens risikokartlegging i et distrikt.

Diskusjon

Hovedfunnet i denne studien er at deltakerne oppfattet lokale prosedyrer i hjemmesykepleien som et nyttig verktøy i etterlevelsen av BS, men at prosedyrene hadde begrensninger.

Det kan ses i sammenheng med deltakernes utsagn om usystematisk arbeid med smittevern og mangelfull opplæring av nyansatte. Disse beretningene samsvarer med funn fra andre studier (12–14, 23).

Deltakerne hadde tilgang til prosedyrer

Flere av deltakerne i vår studie fortalte at de hadde tilgang til oppdaterte fagprosedyrer for BS. De som selv hadde vært med på å utarbeide BS-prosedyrer, opplevde dem som nyttige, mens andre opplevde at eksisterende prosedyrer var mer egnet for institusjoner og lite tilpasset situasjonen i hjemmesykepleien.

Deltakerne påpekte også behovet for nasjonale retningslinjer for hjemmesykepleien. Utfordringene med smittevernrutiner i hjemmesykepleien er også rapportert i den amerikanske studien til Shang og medarbeidere, som viser at ansvar for smittevern, særlig under covid-19-pandemien, kom i tillegg til mange andre arbeidsoppgaver i hjemmesykepleien.

«Flere av deltakerne i vår studie fortalte at de hadde tilgang til oppdaterte fagprosedyrer for BS.»

Det var også større sannsynlighet for at smittevern var et klarere definert ansvarsområde i byer enn i mindre sentrale strøk (8). Selv om deltakerne i vår studie fortalte at deltakerkommunene hadde tilgjengelige fagprosedyrer, er det viktig å huske på at ikke alle norske kommuner har tilpassede fagprosedyrer for smittevern ettersom praksis varierer (8, 11).

Sykepleiere i hjemmesykepleien kan også oppleve å ha manglende rutiner og retningslinjer (16). Mye tyder derfor på at det er behov for å utvikle standardiserte retningslinjer nasjonalt.

Det er omfattende å implementere nye prosedyrer

Standardisering av helsehjelp gir helsemyndighetene mulighet til å redusere uønsket variasjon i pasientenes helsehjelp. Det er særlig viktig med tanke på faren for at fagprosedyren forblir ubrukt dersom innholdet ikke er tilpasset tjenesteområdets eller pasientens behov (27).

Stubberud påpeker hvor omfattende prosessen med å implementere prosedyrer er. For å skape en vedvarende endring bør kommunene ha en plan for implementering som er godkjent på ledernivå. Barrierer og motstand mot endring bør også klarlegges (27).

Endringer i forbindelse med forbedringsarbeidet må også være preget av samhandling innad i organisasjonen, og infrastrukturen bør understøtte endringene (27). Deltakerne i vår studie fremhevet også viktigheten av at lederne var involvert i å innføre smittevernrutiner.

Ledelsen i hjemmesykepleien spiller en sentral rolle i å implementere rutiner og prosedyrer (28), men å oppdatere prosedyrer er ikke en prioritert oppgave (16). I arbeidet med å forbedre smittevernrutiner er det derfor viktig at ledere involveres i innføringsarbeidet og sørger for gode rutiner og opplæring av personalet.

De må også innse verdien av å understøtte forbedringsarbeidet. I Sverige og USA har forskere kartlagt infeksjoner som har oppstått mens brukerne har mottatt hjemmesykepleie, og de fant at slike infeksjoner truet pasientsikkerheten i hjemmetjenesten. Disse infeksjonene bidro til redusert helse for pasientene, ekstra sykehusinnleggelser og unødvendig belastning på helsevesenet (5–7).

Kvalitetsforbedringsarbeid som tar sikte på utvikling av gode smittevernrutiner og ivaretagelse av pasientsikkerheten i hjemmesykepleien, kan derfor være helt avgjørende i fremtiden, særlig med økende multimorbiditet blant pasientene og begrensede ressurser til rådighet (4).

Det var vanskelig å overholde BS

I tillegg til utfordringene med tilpasning av fagprosedyrer og manglende nasjonale retningslinjer var overholdelse av BS et sentralt problem som deltakerne fremhevet i vår studie. Deltakerne fortalte at BS ble vektlagt og lagt til rette for i noen grad, men tidspress, lav grunnbemanning og gjennomtrekk av ansatte kunne hindre etterlevelse av tiltakene.

«Deltakerne fortalte at BS ble vektlagt og lagt til rette for i noen grad, men tidspress, lav grunnbemanning og gjennomtrekk av ansatte kunne hindre etterlevelse av tiltakene.»

I tillegg opplevde de manglende kompetanse og risikoatferd blant ansatte som et hinder for å overholde BS. De kvalitative studiene til Kaya (12) og Karlsson (13) viser også at tidspress hindret etterlevelse av BS i hjemmesykepleien i konkurranse med andre oppgaver (12, 13).

Det samsvarer med funn i studier fra andre helsetjenestesettinger (14, 23). Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) vet vi lite om hvordan BS etterleves i hjemmesykepleien (11). Risikofaktorer for lav etterlevelse i hjemmesykepleien er imidlertid til stede, noe som er dokumentert i flere norske studier (16–18).

Det er mange ufaglærte på kvelds- og helgevakter

Kvelder og helger er spesielt sårbare tidspunkter, da mange av vaktene blir dekket av mindre kompetent personell. Kaya og Nordin (12) meddeler at innleie av vikarer var viktig for å unngå stort arbeidspress på ansatte over tid.

Personalet var stort sett dyktige, men de beskrev kompetanseutfordringene som et problem, spesielt om sommeren når bemanningen besto av mange vikarer. De oppfattet lav kompetanse og manglende interesse for BS som en trussel mot pasientsikkerheten (12).

Hjemmesykepleiere i Norge har også tidligere uttrykt en slik bekymring (16). Realiteten er at bemanning med ufaglærte ofte blir dobbelt så høy som planlagt i den norske hjemmesykepleien (18). Å sikre at alle ansatte i hjemmesykepleien har tilstrekkelig kunnskap om BS og et godt sikkerhetsmiljø, er derfor avgjørende i det infeksjonsforebyggende arbeidet (14, 15, 23, 24).

Etterlevelse av BS i hjemmesykepleie er avhengig av flere forhold enn prosedyrer. Forankring i ledelsen og behov for et arbeidsmiljø som tillater at smittevern hensyn kan prioriteres, er sentralt.

Studiens styrker og begrensninger

At hjemmesykepleiekonteksten var kjent for intervjueren, medførte forståelse i møte med deltakerne. Medforfatteren har erfaring fra flere deler av primærhelsetjenesten og har på den måten bidratt med nyttige fortolkninger av datamaterialet.

En styrke er også studiens praksisnære og aktuelle problemstilling som tidligere har vært lite undersøkt, spesielt med datainnsamling midt under covid-19-pandemien. Deltakerne representerte ulike distrikter i de to kommunene og bidro dermed til et mer nyansert bilde av hjemmesykepleien i kommunene.

Begge forfatterne har gjennomgått analysen og transkripsjonene og diskutert kategorier og temaer i fellesskap, noe som styrker studiens validitet (22).

De første intervjuene ble gjort før nedstengingen i forbindelse med covid-19-pandemien, og de siste ble gjennomført under pandemien. Svarene ville nok sett annerledes ut om alle ble gjort på samme tidspunkt. Denne antakelsen styrkes av at de siste informantene skilte mellom tiden før og «etter» pandemien.

Konklusjon

Denne studien viser at sykepleieledere og sykepleiefaglige konsulenter opplever at smittevern i hjemmesykepleien er blitt bedre, men fortsatt er mangelfullt på mange områder.

Manglende nasjonale retningslinjer for BS i hjemmesykepleien, prosedyrer som ikke dekker hjemmesykepleiens behov, mangelfull opplæring av ansatte, kort brukertid, lav grunnbemanning, gjennomtrekk av ansatte og fravær av nasjonale retningslinjer er faktorer som er uheldig for etterlevelsen av BS, og kan være en trussel mot pasientsikkerheten.

Vi foreslår en kartlegging av hjemmesykepleien på nasjonalt nivå for å identifisere prosedyrebehov og retningslinjer som er hensiktsmessig for hjemmesykepleien. Et eksempel er spørreundersøkelser på tvers av kommuner og fylker.

Hva studien tilfører av ny kunnskap

- Det er lite kunnskap om hvordan smittevern og basale smittevernrutiner (BS) praktiseres i hjemmesykepleien i norske kommuner. Infeksjonskontrollprogram er ikke forskriftsfestet i hjemmesykepleien slik som for institusjoner. Ettersom det ikke er noen felles nasjonale retningslinjer for BS i hjemmesykepleien, kan praktiseringen variere mellom forskjellige kommuner.
- Vi gjennomførte dybdeintervjuer av sykepleiere med fagansvar i to store bykommuner. Alle studiedeltakerne jobbet i administrasjonen, men hadde

god kjennskap til praksisfeltet. Deltakernes erfaringer tyder på at organiseringen av BS kan være utfordrende i hjemmesykepleien.

- Studien bidrar med innsikt i sentrale aktørers erfaringer med organiseringen av BS i hjemmetjenesten. Denne kunnskapen kan være til nytte i kvalitetsforbedringsarbeid og opplæring i hjemmetjenesten og kan i tillegg gi beslutningstakere bedre forutsetninger for å vurdere behovene og utfordringene i denne delen av helsetjenesten.

Referanser

1. Holm SG, Wiik H. Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
2. Bergsagel I. Stadig flere mottar hjemmesykepleie. Sykepleien; 2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/06/stadig-flere-mottar-hjemmesykepleie> (nedlastet 10.11.2020).
3. Akselsen PE. Smittevern i helsetjenesten. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2018.
4. Grimsmo A, Løhre A, Røssstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. Scand J Prim Health Care. 2018;36(2):152–60. DOI: [10.1080/02813432.2018.1459167](https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167)
5. Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. BMJ Open. 2018;8(1). DOI: [10.1136/bmjopen-2017-019267](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267)
6. Shang J, Larson E, Liu J, Stone P. Infection in home health care: results from national Outcome and Assessment Information Set data. Am J Infect Control. 2015;43(5):454–9. DOI: [10.1016/j.ajic.2014.12.017](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.017)
7. Shang J, Wang J, Adams V, Ma C. Risk factors for infection in home health care: analysis of national Outcome and Assessment Information Set data. Research in Nursing & Health. 2020;43(4):373–86. DOI: [10.1002/nur.22053](https://doi.org/10.1002/nur.22053)
8. Shang J, Chastain AM, Perera UGE, Dick AW, Fu CJ, Madigan EA, et al. The state of infection prevention and control at home health agencies in the United States prior to COVID-19: a cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2021;115:1–10. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2020.103841](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103841)

9. Folkehelseinstituttet (FHI). Råd ved helse- og omsorgstjenester i privat bolig og private hjem i samlokaliserte omsorgsboliger mv. Oslo: FHI; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-hjemmetjenesten> (nedlastet 23.09.2021).
10. Folkehelseinstituttet (FHI). Basale smittevernrutiner i helsetjenesten – veileder for helsepersonell. Oslo: FHI; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/> (nedlastet 02.05.2019).
11. Folkehelseinstituttet (FHI). Situasjonsbeskrivelse av smittevern i Norge. Oslo: FHI; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/situasjonsbeskrivelse-av-smittevern-i-norge/> (nedlastet 10.05.2019).
12. Kaya A, Nordin A. Patientsäkerhet i den kommunala hemsjukvården – utifrån distriktssköterskors erfarenheter [masteroppgave]. Borås: Högskolan i Borås; 2018.
13. Karlsson E, Vilner H. «Inte byta bakterieflora mellan stugorna på bygden» – Distriktssköterskors erfarenheter om den hygieniska aspekten i samband med sårvård i hemmen [masteroppgave]. Borås: Högskolan i Borås; 2014.
14. Porto JS, Marziale MHP. Reasons and consequences of low adherence to standard precautions by the nursing team. *Revista gaucha de enfermagem*. 2016;37(2):e57395.
15. Sax H, Uçkay I, Richet H, Allegranzi B, Pittet D. Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2015;28(11):1267–74. DOI: [10.1086/521663](https://doi.org/10.1086/521663)
16. Berland A, Holm AL, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(6):794–801. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x)
17. Ree E, Wiig S. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:607. DOI: [10.1186/s12913-019-4456-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8)
18. Gautun H. En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: Oslomet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6417> (nedlastet 08.11.2020).

19. Forskrift 17. juni 2005 nr. 610 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610> (nedlastet 24.08.2020).
20. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 119 om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 23.06.2021).
21. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (nedlastet 20.06.2021).
22. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg., 2. oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
23. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality & Safety in Health Care*. 2005;14(1):26–33. DOI: [10.1136/qshc.2004.011155](https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155)
24. Kermode M, Jolley D, Langkham B, Thomas MS, Holmes W, Gifford SM. Compliance with universal/standard precautions among health care workers in rural north India. *American Journal of Infection Control*. 2005;33(1):27–33. DOI: [10.1016/j.ajic.2004.07.014](https://doi.org/10.1016/j.ajic.2004.07.014)
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qpo630a](https://doi.org/10.1191/1478088706qpo630a)
26. Oslomet – storbyuniversitetet. Personvern, ROS-analyse, dataplaner og databehandling. Oslo: Oslomet; 2020.
27. Stubberud D-G. Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Oslo: Gyldendal; 2018.
28. Lindén E, Lekman J. Riskförebyggande arbete i kommunal hemsjukvård: en intervjustudie om sjuksköterskors erfarenheter [masteroppgave]. Växjö: Linnéuniversitetet; 2018.

– Hjemmesykepleiere som opplever å lykkes, blir i jobben

– Siden mange sykepleiere oppgir at de vurderer å slutte eller bytte jobb, er det viktig at de beholder opplevelsen av å lykkes for at de skal bli i jobben, skriver innleggsforfatterne.

Nille Østhus

Sykepleier

Stavanger kommune

Marianne Storm

Professor

Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet,

Universitetet i Stavanger

Margareth Kristoffersen

Professor

Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet,

Universitetet i Stavanger

Rekruttering

Resultatene fra undersøkelsen Sykepleien utførte i juni 2021, er urovekkende. Der svarte 72 prosent av 6000 sykepleiere – ansatt i kommunehelsetjenesten – at de i løpet av det siste året har vurdert å bytte arbeidsplass, eller slutte i yrket.

Sykepleiens undersøkelse viser at forhold som bemanning, lønn, fysiske og psykiske belastninger samt faglige diskusjoner er de vanligste årsakene til at sykepleierne vurderte å slutte i jobben.

Vi vet at sykepleiermangelen frem mot 2035 er en utfordring som forsterkes når demografiske endringer i befolkningen har ført til høy levealder, og flere eldre har behov for helsetjenester.

Jobbtilfredshet og arbeidsglede

Mange er avhengige av at sykepleiere blir i jobben for at vi skal kunne bo hjemme lengst mulig med langvarige helseutfordringer. Vi vet at deres jobbtilfredshet og arbeidsglede, samt forhold ved organisasjonen de jobber i, ledelse og samarbeid bidrar til at sykepleiere blir i jobben.

I tillegg kan sykepleieres forståelse av seg selv og å bli gitt noe godt selv, fungere som grunnlag for dette.

En studie blant hjemmesykepleiere

For å øke kunnskapen om hva som er viktig for å bli i jobben gjennomførte vi en studie av hjemmesykepleiere som arbeider i en liten distriktskommune. Vi var interessert i å høre hva sykepleierne selv sier og spurte om de ville fortelle om hva som er viktig for at de fortsetter med å utøve sykepleie hjemme hos pasienter.

«Situasjonen kan føre til stress og økt risiko for trøtthet og utmattelse.»

Hjemmesykepleiere må ofte reise langt i løpet av en arbeidsdag og arbeider vanligvis alene. De kan stå i akutte og kritiske situasjoner som krever raske beslutninger. Kolleger med evne til å støtte og trygge i vanskelige avgjørelser, er ikke til stede i hjemmet. Situasjonen kan føre til stress og økt risiko for trøtthet og utmattelse.

Vår studie viser at sykepleierne opplever å lykkes. Og livet som sykepleier i hjemmebaserte tjenester, fremstår da som verdt å bruke krefter på.

Verdt å bruke krefter på

Den israelsk-amerikanske sosiologen Aaron Antonovsky hevder at det å inngå i en sammenheng, fører ofte med seg goder, gir forutsigbarhet og glede, noe som igjen kan forbindes med å lykkes. Goder vi mottar, kan gi en retning for vårt liv.

Sykepleierne i vår studie blir tatt imot som sykepleier og møtt slik som de er. Pasienter viser ofte tilfredshet når sykepleierne kommer og hilser dem vennlig inn i huset. En sykepleier forteller at det er trivelig å komme hjem til pasienter fordi de er så alminnelige: «En er så velkommen, og det betyr så mye i travle tider at jeg føler meg velkommen hos dem jeg skal hjelpe».

Sykepleierne som føler seg velkommen hjemme hos pasienter, våger i større grad å vise hvem de er. Det oppstår ofte en nærhet i kontakten når sykepleierne har ansvar for oppfølging av de samme pasientene over tid.

Nærhet og kontakt gjør det enklere å vurdere pasienters helsetilstand, og iblant brukes humor for å fremme en trivelig og avslappende atmosfære mens de er på besøk.

Positive avbrekk i hjemmesykepleien

Ferdsel ute i naturskjønne omgivelser mellom besøk hos pasienter, bidrar også til at sykepleierne opplever å lykkes. Det skjer når de kjører gjennom et åpent kystlandskap med høye fjell i bakgrunnen, mottar synsinntrykk fra skiftende årstider og nyter naturen i all dens idyll og mangfold.

En sykepleier sier: «På kveldsvakter når det er solnedgang og himmelen bare er et fargesprakende ‘oooo woowoow’, jeg er så heldig at jeg er der akkurat da og får med meg de sekundene det er aller ‘nydeligst’».

«Sykepleiere distanserer seg fra det som oppleves hektisk.»

De naturskjønne omgivelsene blir benyttet til å avreagere. Sykepleierne får et positivt avbrekk som gjør godt, skaper ro, og det blir mulig å omstille seg til neste hjemmebesøk. Sykepleierne distanserer seg fra det som oppleves hektisk i arbeidshverdagen, og når de kjører på lange veistrekninger, kan de tenke at det er kjekt å jobbe.

Kolleger tar vare på hverandre

Sykepleierne forteller videre om samhold med sine kolleger og leder. Det er kolleger som tar vare på hverandre og støtter hverandre, skaper trivsel og har en opplevelse av å ha et fellesskap, blir respektert og har muligheter til å kunne være seg selv. Det styrker sykepleiernes opplevelse av å lykkes.

Selv om sykepleierne har dager som omtales som «en dårlig arbeidsdag», fører dette ikke nødvendigvis med seg negative følelser. Samholdet mellom kolleger skaper en faglig trygghet. Når arbeidsdagene er travle, tilbyr kolleger assistanse i utfordrende situasjoner, og det tar bort noe av stresset.

Viktig å bli sett av lederen

Sykepleierne legger merke til kolleger som tilbyr «en støttende skulder» og som sier: «dette klarer vi». Når arbeidsoppgavene blir mange, samtaler kollegene om de travle dagene. Og da blir det enklere å stå i ulike situasjoner og løse arbeidsoppgavene.

Sykepleierne ser på lederen sin som en innflytelsesrik kollega. De verdsetter å bli hørt og sett av en tilgjengelig leder som viser omtanke, fremstår som faglig dyktig og gir muntlige tilbakemeldinger som er vel ment.

Dersom leder ikke bryr seg om situasjoner sykepleierne står i og har utydelig lederstil, sier sykepleiere at det kan ha negativ virkning på samholdet og ønsket om å bli i jobben.

Veksler mellom ulike oppgaver

Varierte arbeidsdager gir sykepleierne muligheten til å veksle mellom ulike oppgaver, noe som bidrar til at sykepleiere lykkes. De må alltid være forberedt på at det kan oppstå endringer i helsetilstanden hos syke.

«Endringer kan kreve at man må iverksette nye tiltak.»

Endringer kan kreve at man må iverksette nye tiltak, og det kan være nødvendig å vise kreativitet for å kunne utøve sykepleie i hjemmet. Siden sykepleierne har ansvar for pasienter som er forskjellige som mennesker, og ofte har komplekse utfordringer, kan enkelte situasjoner kreve mer enn det sykepleierne har å gi.

Sykepleierne sier at humøret er varierende hos pasienter som trenger hjelp og at et dårlig humør kan «ødelegge» sykepleiernes dag om de blir utsatt for ubehagelig atferd. På slike arbeidsdager er det pasienter med lettere hjelpebehov, som utgjør nødvendig veksling mellom sykepleiernes oppgaver.

Lederen kan inspirere

I fremtiden er sykepleiere tiltenkt en fremtredende rolle i helsetjenester. De utgjør den største gruppen av helsepersonell og har samfunnskritiske oppgaver. Siden mange sykepleiere oppgir at de vurderer å slutte eller bytte jobb, er det viktig at sykepleiere beholder opplevelsen av å lykkes i jobben.

Det er særlig ledere som kan inspirere sykepleiere til å glede seg over en vennlig velkomsthilsen fra pasienter og benytte kjøreturen mellom hvert hjemmebesøk til å avreagere, samt legge til rette for kollegasamhold og varierte arbeidsoppgaver.

FAGUTVIKLING

Reindriftssamer har pleie- og omsorgsbehov i to kommuner

For at reindriftssamer med behov for pleie- og omsorgstjenester skal få god oppfølging, må sommerhjemkommunen og vinterhjemkommunen samhandle bedre.

Hjemmetjeneste

Kultur

Samiske storfamilier drar med reinflokken mellom to bostedskommuner – vinterhjemmet og sommerhjemmet – om våren og om høsten. Familiemedlemmer med pleie- og omsorgstjenester (PLO-tjenester) kan oppleve å få ulik vurdering av tjenestebehovet sitt i de to kommunene.

Dermed får de kanskje ikke dekket det reelle tjenestebehovet i sommerhjemmet sitt. Hva som kan være årsaken til dette, skal vi diskutere i denne artikkelen.

Samene er anerkjent som Norges urfolk og har derfor stadfestet særlige rettigheter til å bevare og videreutvikle sin kultur. Myndighetene har plikt til å treffe tiltak for å støtte dette gjennom ILO-konvensjon nr. 169 (1) og Grunnloven § 108, kalt sameparagrafen (2).

Det gjelder også retten til å opprettholde bo- og livsform. Litt over 3000 av den samiske befolkningen er tilknyttet tradisjonell reindrift og kjøttproduksjon (3).

To hjem er ikke alltid et primær- og et sekundærhjem

Befolkningen i Norge har ifølge helse- og omsorgstjenesteloven rett til forsvarlig, helhetlig og koordinert helsetilbud der de oppholder seg (4).

Reindriftssamene klassifiserer ikke vinterhjemmet og sommerhjemmet som primær- og sekundærbolig, slik offentlig forvaltning legger opp til (5, 6), men som to likeverdige hjem.

Det norske velferdssystemet tar ikke automatisk høyde for at brukere av tjenestene lever innenfor et etablert system med to hjem. Dette medfører utfordringer med at pasienten har to pleie- og omsorgsvedtak, ett fra hver kommune.

Reindriftsfamilier har en halvnomadisk livsførsel

Sosiologen og filosofen Habermas skriver at kommunikativ handling springer ut fra to ulike perspektiver, som han kaller livsverden og systemverden (7). Disse to verdenene har ulike verdier, for forståelser og regler for handlingsrom.

På den ene siden er for eksempel reindriftssamene, som i sitt livsverdenperspektiv definerer et hjem innenfor rammen av sin halvnomadiske boform med to hjem der storfamilien er samlet.

På den andre siden er det offentlige forvaltningssystemet, som beskriver byråkratisk hva som betegnes som primær- og sekundærhjem, med vilkår som er skapt innenfor en systemverden (5, 6).

På den måten kan vi si at systemverdenen invaderer livsverdenperspektivet, og det er innenfor denne tosidige forståelsesrammen at søknader om pleie- og omsorgstjenester for reindriftssamer forvaltes.

Det er nødvendig at helsebyråkratiet, representert via systemperspektivet, har forståelse for etablerte tohjemsystemer for å sikre at reindriftssamene får likeverdige tjenester både i vinterhjemmet og sommerhjemmet.

Samhandlingsreformen stiller krav til kommunene

Samhandlingsreformen krever at det skal være samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, interkommunalt samarbeid og samarbeid internt i kommunene på tvers av virksomhetene.

Helse- og omsorgsdepartementet innførte elektronisk pasientjournal med mål om tverrfaglig elektronisk kommunikasjon på tvers av spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenesten (8). Likevel mangler enkelte dataprogrammer muligheten til å kommunisere om pasienter generelt både innad i kommunen og mellom kommuner med felles pasienter (9, 10).

Helse- og omsorgstjenesteloven garanterer helsehjelp til pasienter som oppholder seg i kommunene, men forplikter ikke kommunene til samhandling på tvers av grensene (4). Det er en utfordring når helsetjenestelovverket skal forvaltes, siden kommunene som pleie- og omsorgsleverandører må ha et tilstrekkelig samarbeid om tjenestene som gis.

Det kan være konkurranse om helsepersonell

I litteratursøkene finner vi ikke studier om hjemmesykepleiens erfaringer med å ta imot reindriftssamer med pleie- og omsorgsbehov i sommerhjemmet.

Litteratursøkene vi har gjort om samhandling, viser at det har vært flere norske studier de senere årene som handler om samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste (9–11).

En av disse studiene evaluerer hvordan kommunene har innrettet seg etter de kravene som settes i samhandlingsreformen (9). Studien rapporterer at interkommunalt samarbeid handler om å rette seg mot hva som tjener den enkelte kommune best, å beskytte egne tjenester samt konkurranse om helsepersonell.

Det finnes gjensidige, stereotype oppfatninger

En annen studie, som handler om hvordan samiske og ikke-samiske, formelle og uformelle omsorgsgivere samarbeider, påpeker at de har gjensidige, stereotype oppfatninger av hverandre, og at det krever tid og gjensidig tillit til å bygge opp gode samarbeidsformer i et pleieforhold (12).

En oversiktsstudie undersøker samhandlingsutfordringer og hvilke kommunikasjonsformer som ble benyttet i samhandling mellom helseprofesjonene (13).

Den konkluderer med at det er behov for avklaring om hvilken informasjon som skal være med i en informasjonsutveksling, og at det er nødvendig med bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Fremgangsmåte for studien

Denne artikkelen er et masterbidrag i NFR-prosjekt (287301) «Coming of Age in Indigenous Communities» og bygger på data fra et fokusgruppeintervju av tre tjenesteutøvere med gjennomsnittlig arbeidserfaring på 21 år med PLO-tjenester til reindriftssamer som har to hjem.

Vi gjennomførte intervjuet i oktober 2019 på deltakernes arbeidsplass. Det varte i cirka 70 minutter. Vi transkriberte og analyserte intervjuet og tematiserte innholdet. Intervjuene oppsummeres under to hovedtemaer: «Manglende samhandling» og «Balanse mellom reelt tjenestetilbud og forventninger».

Manglende samhandling

En sentral tematikk vi diskuterte i intervjuet, var samhandlingens viktige funksjon, som blant annet skal være opplysende, forebyggende og samlende i et pasientforløp.

Det kom frem at det er vesentlige mangler på systemnivå, slik som manglende samhandling mellom: a) tjenesteutøvere i de to kommunene og b) pasienten og pasientens pårørende og hjemmetjenesten.

Hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen ringte sjelden og meldte om at pasientene kom, selv om deres opphold var av opptil seks måneders varighet. Dette var uheldig i planleggingen av kommunens PLO-tilbud om sommeren på grunn av ferieavvikling, som medførte nedbemanning.

«Hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen ringte sjelden og meldte om at pasientene kom.»

Sykepleierne fortalte at de kjente til de faste sommerpasientene i reindriftsfamiliene. Pasientene hadde oftest behov for de samme tjenestene i sommerhjemmet som i vinterhjemmet, slik som medikamenthåndtering, å stå opp, sårstell, kroppsstell og dusjing.

De fortalte at hvis pasienten tok kontakt på forhånd, var det som oftest et familiemedlem som ringte og ordnet kontakt med kommunen. Pårørende var ikke alltid informert om hvilke pleie- og omsorgstjenester pasienten hadde i vinterkommunen.

Datoen for ankomsten til sommerhjemmet var vanskelig å forutsi helt presist fordi vær- og føreforhold og reinflokken bestemte fremdriften i flyttingen.

Kommunikasjonen ble endret etter samhandlingsreformen

Deltakerne i intervjuet fortalte om hvordan informasjonsutvekslingen om felles pasienter hadde endret seg etter samhandlingsreformens innføring i 2012. Tidligere skrev eller ringte tjenesteutøvere i vinterhjemkommunen for å informere om pasientenes behov før de reiste til sommerhjemmet.

Samhandlingsreformens krav til elektronisk kommunikasjon gjennom IKT-verktøy, i tillegg til manglende lovpålegg om interkommunal samhandling i helse- og omsorgstjenesteloven (4), kan ha medført at disse kommunene sluttet å snakke sammen slik de hadde gjort tidligere. Deltakerne sa at det ikke var tvil om at elektronisk meldingsutveksling ville vært en ideell måte å samhandle på i dag.

En deltaker sa at det var et presserende behov for å definere ansvarsforholdet angående informasjonsplikten om pasientens tjenestebehov. For dem hadde det vært naturlig å sørge for at pasienter som reiste, fikk dekket sitt hjelpebehov på stedet de dro til.

På den andre siden sa de at de ikke rapporterte tilbake til vinterhjemkommunen om endringer i helsetilstand og funksjonsnivå hos de faste sommerhjempasientene når de dro tilbake til vinterhjemmet. Mangelen på kommunikasjon om felles pasienter gikk dermed begge veier.

Balanse mellom reelt tjenestetilbud og forventninger

Deltakerne beskrev at det var utfordringer med fasilitetene i pasientens sommerhjem. Det var trange arbeidsforhold der de utførte stell i små rom og sårskift i lavvo.

En tjenesteutøver beskrev det slik mens hun smilte: «Enkle sårskift i lavvo er en eksotisk oppgave, til tross for at det er vondt å sitte på knærne og ta et sårstell.»

Deltakerne måtte finne kreative løsninger på grunn av hjemmets utforming og manglende hjelpemidler. Ofte tok de med seg egne hjelpemidler som dusjstol og utstyr til stell, eller de tok med pasientene til sykehjemmet for at de skulle få dusje hvis de ikke hadde varmt vann og dusj i sommerhjemmet.

Kommunen og pasientene kan ha ulike ønsker

Sykepleierne beskrev at det kunne være manglende balanse mellom de tjenestene de reelt kunne tilby, og pårørendes forventninger. Noen pasienter ønsket for eksempel at helsepersonellet skulle sørge for daglig morgenstell i lavvoen.

Deltakerne sa at det ble for tungt å sitte på knærne og ta et fullt kroppsstell av pasientene, og de løste det ved å stille dem inne i sommerhuset. Pasientene kunne også ha med seg medisindosetter fra vinterkommunen.

«Noen pasienter ønsket at helsepersonellet skulle sørge for daglig morgenstell i lavvoen.»

Deltakerne fortalte at det kunne oppstå uenigheter mellom kommunen og pasientene og de pårørende om hvem som skulle sørge for fri, trygg ferdsel langs kjerre- og fjellveier til sommerhjemmet.

Alle pleie- og omsorgsvedtak ble utformet med en generell anbefaling fra Arbeidstilsynet om å ta forbehold angående fremkommelighet til husstanden. Gjennom dette ble pasientene forpliktet til å sørge for atkomst til boligen.

Deltakerne diskuterte hvordan de selv kunne ta ansvaret ved å vurdere pasientsituasjonen bedre og kontakte hjemmesykepleien i vinterhjemkommunen på forhånd før de lagde PLO-vedtak.

Med god forhåndskommunikasjon kunne pasientens og de pårørendes forventninger og det reelle tjenestetilbudet ha vært avklart før de ankom sommerhjemkommunen.

Det er samhandlingsutfordringer mellom partene

Det er helt eller delvis manglende samhandling om pleiebehov og fasilitering hos de involverte partene. Dermed er det vanskelig å planlegge omsorgen og avklare gjensidige forventninger.

Det kan se ut som at det er et generelt problem og et savn at pasienter som kommer til denne kommunen, melder fra for sent, og at de ikke informerer på forhånd om tjenestebehovet sitt.

Kommunene samhandler heller ikke om felles pasienter, og det kan se ut som om initiativet til samhandlingen må komme fra pårørende og pasienten.

Pårørende kontakter kommunen på vegne av pasienten idet de ankommer. Grunnen til sen kontakt kan være tidsaspektet i reinflyttingen samt at vær- og føreforhold bestemmer ankomsten. Dette fenomenet kan være vanskelig å forholde seg til i systemverdenen.

Reindriftssamer har ikke en presis ankomstdato

I reindriftssamers livsverden er det en selvfølge at de ikke kan angi en presis ankomstdato og angi lengden på sommeroppholdet fordi det er utenfor deres kontroll. Reinflokkens instinkter styrer denne tiden. Det kan også være at pasienten eller de pårørende opplever en språkbarriere mot å kontakte hjelpeapparatet utenfor sin egen samiskspråklige kommune (12, 14–16).

De kan også tenke at de vil bli «berget» når de kommer til sommerkommunen der de har storfamilien rundt seg, og kanskje har de med seg ferdige medisindosetter fra vinterhjemkommunen (17–20).

«De kan også tenke at de vil bli ‘berget’ når de kommer til sommerkommunen der de har storfamilien rundt seg.»

Tjenesteutøverne i vinterhjemkommunen burde hatt en dialog med sommerhjemkommunen på vegne av og i samråd med pasienten før pasienten reiste. Da kunne de ha diskutert hvordan tjenestebehovet kunne løses i sommerhjemmet, og tjenestene kunne ha vært på plass i sommerkommunen ved pasientens ankomst.

Manglende samhandling mellom partene kan gi motstridende forventninger til hvilke tjenester som faktisk kan ytes i sommerhjemkommunen. Sykepleierne vi intervjuet, fremsto som løsningsorienterte samtidig som de satte grenser for hva de faktisk kunne klare å gjennomføre.

Det kan være utfordringer med fremkommelighet

PLO-vedtakene med generelle atkomstforbehold, som er anbefalt av Arbeidstilsynet, kan bli en barriere for å yte hjelp. Veistandarden til pasientens sommerhjem, som nesten alltid er på fjellet, et stykke fra en hovedvei eller nede ved sjøen, er ikke alltid gunstig, men godt nok med tanke på reindriftssamenes behov.

Om våren og høsten kan snø- og tineforholdene være til hinder og skape vanskelige kjøreforhold, noe som er dagligdagse utfordringer i livsformen til reindriftssamene og helt normalt i avsidesliggende områder.

I andre samiske kommuner i nord har hjemmesykepleien benyttet ATV, snøscooter, ski eller båt for å gjennomføre PLO-vedtakene til pasienter som bor litt utilgjengelig, samt at deres tjenestebiler tilpasses fjellforhold.

Utfordringer med fremkommelighet kan også løses ved at hjemmesykepleien avtaler å bli hentet av pårørende med ATV, eller at hjemmesykepleien holder slike kjøretøy selv.

Interkommunal samhandling fungerer ikke godt nok

Da kommunene innførte elektronisk samhandling i 2012, fikk de IKT-verktøy som ikke fungerte interkommunalt. Det ser ut til at interkommunal samhandling har blitt neglisjert etter innføringen av samhandlingsreformen (13), til tross for at samhandlingens hovedhensikt er å sikre gode pasientforløp (8).

Tjenesteutøverne i sommer- og vinterhjemkommunene kunne ha tatt initiativet til å opprettholde gjensidig kontakt via telefon på vegne av pasientene som de vet flytter årlig, for å avklare eventuelle endringer i tjenestebehov og forventninger til hverandre.

«Det ser ut til at interkommunal samhandling har blitt neglisjert etter innføringen av samhandlingsreformen.»

Der samhandlingsreformen omtaler «Særskilte utfordringer for den samiske befolkningen», tar den ikke høyde for at reindriftssamene kan ha sesongavhengig bostedsadresse i to kommuner, og hvilke tjenesteutfordringer dette kan gi (8, s. 16–17).

Når ikke samhandlingskrav om felles pasienter mellom kommuner er lovfestet (8), og når lovpålegget angående hensynet til effektive elektroniske journal- og informasjonssystemer er utydelig (4), kan kommunene velge bort samhandling.

Et pleie- og omsorgsvedtak bør følge pasienten

Man kan trekke paralleller mellom halvnomadisk livsførsel og bruk av offentlige helsetjenester til det Habermas beskriver som innholdet i henholdsvis livsverdenen og systemverdenen (7).

Livsverdenen representerer en forståelse av hverdagen og handlemåter som en kommuniserer ut fra, og ikke nødvendigvis problematiserer, slik som å dra til sommerhjemmet uten å melde fra om ankomsten.

Dette er en motsetning til systemverdenens forventninger, som er representert gjennom lovverk, regler og skjønn for hvordan pasientoverflyttinger skal organiseres gjennom en ny vurdering av pleie- og omsorgsbehov.

Systemverdenen representerer en organisert virkelighet som kanskje ikke imøtekommer reindriftssamenes forståelse i et livsverdenperspektiv. Et pleie- og omsorgsvedtak bør derfor være pasientens vedtak og følge pasienten.

Å flytte mellom to kommuner fordrer aktiv samhandling mellom pasienten, de pårørende og kommunene, slik at tjenesten er forberedt på hvem som kommer, og hva deres reelle pleie- og omsorgstjenestebehov er.

Konklusjon

Denne artikkelen belyser hvilke samhandlingsutfordringer som oppstår når reindriftssamer med pleie- og omsorgsbehov ankommer sommerhjemkommunen og ber om tjenester uten at kommunene har hatt kommunikasjon om det.

Funnene viser at det er manglende samhandling mellom vinter- og sommerhjemkommunen på både individ- og systemnivå. Det er systemsvikt når IKT-systemene ikke fungerer interkommunalt. På tross av manglende samhandling mellom sommer- og vinterhjemkommunene ser det ut til at de strekker seg langt for å imøtekomme tjenestebehovet hos pasientene som ankommer.

Helselovverk og forskrifter bør utformes på en måte som dekker reindriftssamers behov for helsetjenester i tråd med ILO-konvensjonen nr. 169 og helselovverket, der henholdsvis retten til å opprettholde bo- og driftsform og retten til likeverdige helsetjenester der en bor, er stadfestet.

Referanser

1. ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet; 1990. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/urfolk-og-minoriteter/samepolitikk/midtpalte/ilokonvensjon-nr-169-om-urbefolkninger-o/id451312/> (nedlastet 08.11.2021).
2. Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17?q=grunnloven> (nedlastet 14.05.2020).
3. Landbruks- og matdepartementet. Reindrift. Oslo: Landbruks- og matdepartementet; 2019.
4. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 08.11.2021).
5. Skatteetaten. Skille mellom primærbolig og sekundærbolig. Oslo: Skatteetaten; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.skatteetaten.no/sok/?q=prim%C3%A6rbolig%20og%20sekund%C3%A6rbolig&se=16614> (nedlastet 08.11.2021).
6. Lov 9. september 2016 nr. 88 om folkeregistrering (folkeregisterloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-12-09-88?q=lov%20om%20folkeregistrering> (nedlastet 08.11.2021)
7. Habermas J. The theory of communicative action: 2: lifeworld and system: a critique of functionalist reason. Boston: Bacon Press; 1987.
8. Forskrift 1. juli 2015 om standarder og nasjonale e-helseløsninger (forskrift 22. desember 2021 om endring i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
9. Aarseth T, Bachmann KE, Gjerde I, Skrove GK. Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. Nordiske organisasjonsstudier. 2015;17(3):24.
10. Kassah BLL, Tønnessen S. Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. Tidsskrift for velferdsforskning. 2016;19(4):342–58. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04)

11. Tønnessen S, Kassah BLL, Tingvoll W-A. Hjemmesykepleierne i denne studien opplever organisatorisk skjevfordeling av makt. *Sykepleien*. 2016;11(1):8. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2016.56496](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496)
12. Larsen LS, Normann HK, Hamran T. Collaboration between Sami and non-Sami formal and family caregivers in rural municipalities. *Ethnic and Racial Studies*. 2016;39(5):821–39. DOI: [10.1080/01419870.2015.1080382](https://doi.org/10.1080/01419870.2015.1080382)
13. Vik E. Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2018;21(2):119–47. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03)
14. Mehus G, Bongo BA, Engenes JI, Moffitt P. Exploring why and how encounters with the Norwegian healthcare system can be considered culturally unsafe by North-Sami speaking patients and relatives: a qualitative study based on 11 interviews. *International Journal of Circumpolar Health*. 2019;78(1). DOI: [10.1080/22423982.2019.1612703](https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1612703)
15. Mehus G, Bongo BA, Moffitt P. Important factors when communicating with Sami patients about health, illness and care issues. *Nordisk sygeplejeforskning*. 2018;8(4):13.
16. Engenes JI, Sivertsen N, Bongo BA, Mehus G. Sámi language in Norwegian health care: 'He speaks good enough Norwegian, I don't see why he needs an interpreter'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2021;1–10. DOI: [10.1111/scs.12986](https://doi.org/10.1111/scs.12986)
17. Aikio A. Olmmošhan gal birge: áššit mat ovddidit birgema. Kárášjohka: ČálliidLágadus; 2010.
18. Andersen KB. Å berges: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område. I: Silviken A, Stordahl V, red. Samisk psykisk helsevern – nye landskaper, kjente steder og skjulte utfordringer. Karasjok: Forfatternes Forlag; 2010. s. 226–52.
19. Nymo R. Ikke bekymre deg for morgendagen, det ordner seg skal du se! I: Austad A, Bogo L, Leenderts TA, Stifoss-Hanssen H, Thomassen M, red. Lidelse, mening og livssyn. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 233–251.
20. Javo C. Verdier, livssyn og tro i samisk kulturelle tradisjon – erfaringer og refleksjoner fra klinisk praksis. I: Austad A, Bogo L, Leenderts TA, Stifoss-Hanssen H, red. Lidelse, mening og livssyn. Bergen: Fagbokforlaget; 2020. s. 253–263.

Hjemmesykepleien er den perfekte arenaen for helhetlig og profesjonell sykepleieutøvelse

Det har vært en allmenn oppfatning blant studenter og lærere om at man ikke bør starte karrieren i hjemmesykepleien hvis man har ambisjoner etter sykepleierutdanningen. Det er jeg uenig i; det er tvert imot en knallstart.

Edith Roth Gjevjon

Instituttleder og redaktør

Lovisenberg diakonale høyskole og Sykepleien Forskning

Hjemmesykepleie er en helt spesiell del av helsetjenesten. Det er en lavterskel generalisthelsetjeneste der man kan få helsepersonell hjem til seg i en kort eller lang periode for å få enkel bistand, som å få dryppet øynene eller satt på støttestrømper.

Samtidig er hjemmesykepleien også en høyspesialisert helsetjeneste der sykepleiere håndterer komplekse oppgaver som respiratorbehandling, stell av sentralt venekateter, intravenøs behandling og avanserte helseundersøkelser.

Som sykepleier møter man pasienter i alle aldre, alle typer livssituasjoner og med ulike diagnoser og tilstander. Men det er ingen rift om sykepleierstillingene i hjemmesykepleien. Relativt få ønsker å gjøre karriere her, særlig blant nyutdannede sykepleiere.

Selv var jeg ikke i tvil da jeg i 1998 som helt nyutdannet sykepleier ble ansatt i hjemmesykepleien i Laksevåg bydel i Bergen – dels fordi jeg visste hva jeg gikk til, men mest av alt fordi jeg ville bli en så god sykepleier som mulig.

Den gangen var det en allmenn oppfatning blant studenter og lærere om at hvis man hadde ambisjoner etter sykepleierutdanningen, skulle man i hvert fall ikke starte karrieren i hjemmesykepleien, som ikke ble ansett å være «faglig nok». Det var på sykehuset man virkelig lærte fag.

Det hører jeg dessverre både sykepleierstudenter og lærere si i dag også. Jeg er selvsagt uenig i at hjemmesykepleie ikke er et sted å starte karrieren; det er tvert imot en knallstart. Hjemmesykepleien er etter mitt syn den perfekte arenaen for helhetlig og profesjonell sykepleieutøvelse.

Hjemmesykepleien er et lavterskeltilbud

Da jeg var hjelpepleier i hjemmesykepleien tidlig på 1990-tallet, var kateterisering blant de mest avanserte prosedyrene sykepleierne gjennomførte. Hverdagen besto for det meste av å hjelpe pasientene med stell, på- og avkledning, forflytning, mat og drikke, kompresjonsbehandling med støttestrømper, sårstell og legemiddelhåndtering.

Vi fikk en liste med pasienter og oppgaver som skulle utføres, og vi laget prosedyrer ut fra erfaring eller det vi husket å ha lært under utdanningen. Noen hadde hørt at kålomslag var bra for sårtilheling, mens andre hadde vært på sårkurs og brukte utstyr som var anbefalt av leverandøren av utstyret.

Zalo var et godt alternativ til et gammelt og skittent såpestykke. Mange pasienter ble stelt av personell som sto på kne ved lave dobbeltsenger. Men ektepar fikk i det minste sove sammen.

«Det var ikke uvanlig å spise frokost sammen med en pasient eller ta en kaffetår mens man snakket om livet.»

Det var vanskelig å skille mellom såkalte «hjelpepleieroppgaver» og «sykepleieroppgaver» bortsett fra at sykepleierne satte intramuskulære injeksjoner, kateteriserte menn og dobbeltsjekkhet innholdet i medisindosetten. Hjelpepleierne satte subkutane injeksjoner, kateteriserte kvinner og la legemidler i dosettene.

Dokumentasjonen ble skrevet med blå, grønn eller rød penn i Kardex med utgangspunkt i om man hadde dag-, kvelds- eller nattevakt – men dokumentasjonen var strukturert etter grunnleggende behov. Det var ikke uvanlig å spise frokost sammen med en pasient eller ta en kaffetår mens man snakket om livet. Mye god omsorg ble utført på den måten, og nyttig informasjon ble innhentet.

De sykeste pasientene lå lenge på sykehus, mens de eldste fikk sykehjemsplass. Sprekere eldre kunne få plass på et aldershjem. Hjemmesykepleien var tidligere et supplement til de store helse- og omsorgstjenestene; det var et lavterskeltilbud til de som ønsket å bo hjemme (1).

Kompetansenivået er hevet

I dag er hjemmesykepleien en kjernevirksomhet i helsetjenestene våre. Det er en villet politikk, både i Norge og internasjonalt, at flere skal behandles for sin sykdom eller tilstand hjemme, og at færre skal behandles i institusjon og på sykehus (2).

Det har skjedd en ansvars- og oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten som har resultert i at flere pasienter mottar avansert behandling i sitt eget hjem i stedet for på sykehus (3). Den faglige og teknologiske utviklingen har vært betydelig de siste 10–15 årene.

De fleste av oss har digital tilgang til oppdaterte, kunnskapsbaserte prosedyrer og kliniske verktøy. Kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og fastlegekontorer foregår digitalt (4). Tverrprofesjonell samhandling, pasient- og pårørendemedvirkning, personsentrert sykepleie, vurderings- og beslutningskompetanse, dokumentasjon og standardiserte terminologier er satsingsområder.

Sykepleiere har mer avansert fagkunnskap enn noen gang tidligere, og en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie skal gi oss autoriserte spesialister. Utdanningene gir studentene et grunnlag for å arbeide systematisk, strukturert og kunnskapsbasert.

Med forskrift om ny nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen heves kompetansenivået ytterligere. Utviklingen går i riktig retning, og mye ligger til rette for at pasientene skal kunne få helsehjelp av høy kvalitet, også i sitt eget hjem.

Hva er en sykepleieroppgave i hjemmetjenesten?

Hjemmesykepleie er i sin natur personsentrert. Vi møter pasienten i sitt eget hjem, og vi må forholde oss til pasientens livssituasjon, ensomhet eller familieliv. Hjemmet er pasientens domene; å motta hjemmesykepleie er en del av pasientens hverdag og liv. Det er vi som må tilpasse oss pasientens tempo og tid, ikke omvendt.

I hjemmesykepleien er det god sykepleie å kunne lage en kopp kaffe, ta ut søppel, lufte og rydde litt rundt pasienten – i Florence Nightingales ånd (5). Hva som er en sykepleieroppgave, er ikke noe som er klart definert og forhåndsbestemt. Det kommer an på pasientens situasjon, tilstand og behov.

Selv har jeg vasket en hel leilighet for å bli akseptert av en psykisk syk pasient, slik at jeg kunne gjøre nødvendige observasjoner og vurderinger ingen andre sykepleiere tidligere hadde fått tilgang til å gjøre. I hjemmesykepleien kan vi virkelig få brukt bredden av kompetansen, kunnskapen og ferdighetene vi har som sykepleiere.

Det er her vi som sykepleiere kan arbeide for å ivareta alle de grunnleggende behovene Virginia Henderson beskrev, fra kroppens fysiologiske behov til individets personlige behov (6). Vi gir opplæring og støtte for å gjenopprette eller ivareta egenomsorg, og vi kompenserer der pasienten ikke klarer å utføre en handling selv (7).

Detaljstyrt oppgaveorientering

Vi møter pasienter i alle aldre og i ulike situasjoner – fra akutt sykdom eller skade til forebygging og helsefremming (8). Hjemmesykepleien er en arena der bruk av velferdsteknologi kan lette hverdagen til pasienter, pårørende og helsepersonell og styrke opplevelsen av trygghet og selvstendighet for pasienten.

Sykepleieren er en viktig aktør for tjenesten med et ansvar for å koordinere og organisere helsehjelp, samhandle innad og på tvers av helsetjenestenivåer, varsle om avvik og uheldige hendelser, bidra i kvalitets- og utviklingsarbeid og ivareta pasientsikkerhet og forsvarlighet.

«Jeg pleier noen ganger å si at hjemmesykepleien er litt ‘rufsete’.»

Likevel preges hjemmesykepleien av å ha lite rom for nettopp å kunne utøve helhetlig, personsentrert og kunnskapsbasert sykepleie, organisatorisk arbeid, fagutvikling og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Jeg tør påstå at hjemmesykepleien preges av en detaljstyrt oppgaveorientering der det synes å være viktigere *at* oppgaven utføres enn *hvordan* den utføres. Jeg pleier noen ganger å si at hjemmesykepleien er litt «rufsete», med et noe alternativt forhold til kunnskapsgrunnlag, struktur og prosedyrer. Det kan vi ikke lenger forsvare at det er.

Sykepleieres virkelighet er langt fra idealet

Resultatene fra undersøkelsen som er gjennomført i forbindelse med denne temautgaven, er oppsiktsvekkende, men ikke ukjente. Det er ti år siden samhandlingsreformen ble vedtatt i Stortinget. Riksrevisjonens rapport fra 2016 viste at målet om bedre kvalitet ikke var nådd (9).

Lite tyder på at situasjonen er annerledes i dag. Reformen har imidlertid lyktes i å redusere liggetid på sykehus, og pasienter som tidligere lå relativt lenge på sykehus, skrives ut til videre behandling og pleie i kommunene (10). Mange av pasientene, særlig de som er skrøpelige og gamle, reinnlegges på sykehus etter relativt kort tid (11).

Det er sannsynligvis et resultat av at kommunene verken har økt kapasitet eller kompetanse i samsvar med utviklingen (9). Sykepleierne som har besvart undersøkelsen, bekrefter at pasientene har komplekse behov, som gjør at sykepleierne må utføre avanserte prosedyrer i hjemmet som tidligere kun ble utført på sykehus. Deres erfaringer støttes av ny forskning (12).

Sykepleierne møter altså flere pasienter i akutte og ustabile situasjoner, og de opplever i mange tilfeller ikke å ha tilstrekkelig kompetanse til å håndtere situasjonene.

Mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten

Det kan være ulike forhold som virker inn på evnen til å håndtere kompleksiteten man møter i hjemmesykepleien. Mangel på ressurser i form av kvalifisert og kompetent personale og tid oppgis som hovedutfordringer av sykepleierne som deltok i undersøkelsen.

Vi vet at det generelt sett er en mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten, noe som har negative konsekvenser for kvaliteten på helsehjelpen (13). Det er påvist at sykepleiermangel på sykehus bidrar til økt dødelighet, flere komplikasjoner og flere feil (14).

Tilsvarende studier er ikke gjort i en hjemmesykepleiekontekst. Imidlertid er det god grunn til å anta at en tilstrekkelig sykepleierbemanning vil kunne bidra til mer forebygging eller tidligere oppdagelse av funksjonssvikt eller forverring av en tilstand, som igjen vil gi økt trygghet og livskvalitet for både pasienter og pårørende.

Å oppdage og følge opp tegn på funksjonssvikt eller forverring av en tilstand er særlig viktig i hjemmesykepleien (15, 16), der man på grunn av hyppige og korte besøk av relativt mange ulike personer utfordrer kontinuiteten (17) på en slik måte at små forandringer hos pasienten får pågå uoppdaget inntil en akutt episode oppstår.

Hvordan kan vi gjøre hjemmesykepleien attraktiv?

I likhet med flere av sykepleierne i undersøkelsen vil jeg peke på ledelse som en nøkkel til å styrke sykepleiernes muligheter for å arbeide helhetlig, kunnskapsbasert og personsentrert.

Noe kan ikke den enkelte leder gjøre noe med, som politiske føringer om bestiller-utfører-modell, såkalt direkte brukertid eller kommune- eller bydelsstyrets vedtak om tjenestens budsjett. Men lederen kan sørge for at sykepleierkompetansen blir brukt riktig.

Sykepleieren må gjøre det som skal til for å ivareta pasientens grunnleggende behov, ivareta pasientsikkerhet og sørge for forsvarlig helsehjelp. Sykepleieren må gjøre systematiske og strukturerte observasjoner og vurderinger av pasientens tilstand og situasjon og dokumentere disse. Observasjoner og vurderinger danner grunnlag for beslutningene sykepleiere tar.

Kompleksiteten i sykepleien innebærer både omsorg, kyndighet, verdighet og kliniske og tekniske prosedyrer. Det ene utelukker ikke det andre, men er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi forsvarlig sykepleie. Det må sykepleierne ha tid til og rom for å gjøre.

Sykepleierne må ha arbeidslister som gir rom for å gjøre annet enn å utføre en forhåndsbestemt oppgave – spesielt er strukturerte observasjoner av pasientens tilstand og oppfølging av disse stadig mer nødvendig. Sykepleierkompetansen må brukes til pasientens beste!

La sykepleierne være faglige ledere, bidra i fagutvikling, tjenesteutvikling og innovasjon, samarbeide og samhandle med pasienter, pårørende og kolleger innad i og på tvers av helsetjenestenivåene og ivareta kontinuitet, kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet. Da vil sannsynligvis flere sykepleiere og sykepleierstudenter oppfatte hjemmesykepleien som en attraktiv karrierevei.

Takk til Gro Næss for kritisk lesing og gode innspill til teksten.

Les også fagartikkelen SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre

Referanser

1. Glavin K, Snøtun Å, Gjevjon ELR, Kvarme LG. Utvikling av kommunale sykepleietjenester utenfor institusjon. Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie. Bergen: Fagbokforlaget; 2016. s. 16–37.

2. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home care across Europe. København: European Observatory on Health Systems and Policies; 2012.
3. Romøren TI, Torjesen DO, Landmark B. Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care*. 2011;11(special 10th anniversary ed):e127.
4. Lyngstad M. Bridging the gap—electronic messaging between home health care and general practitioners. (Doktoravhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap; 2015.
5. Nightingale F. Notes on nursing: What it is, and what it is not. London: Harrison and Sons; 1859. Commemorative addition: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
6. Henderson V. Basic principles of nursing care. American Nurses Association; 1997.
7. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1986. s. 92–4.
8. Kirkevold M. Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I: Grov EK, Holter IM, red. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken. 1(5):193–205.
9. Riksrevisjonen. Undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Oslo: Riksrevisjonen; 2016. Contract No.: 5.
10. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer. Rapport 362. Bø i Telemark: Telemarksforskning; 2015.
11. Grimsmo A. The Norwegian care coordination reform – what now? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2015;135(17):1528.
12. Næss G, Kirkevold M, Hammer W, Straand J, Wyller TB. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):645.

13. Ugreinov E, Vedeler JS, Heggebø K, Gjevjon ER. Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv. Oslo: Nova; 2017.
14. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 2014;383(9931):1824–30.
15. Gjevjon ELR, Linnerud SCW, Andersen E, Klev MS, Johansen S, Borglin G. SAFE avdekker funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. *Sykepleien*. 2019;(76084): (e-76084).
16. Næss G, Wyller TB, Kirkevold M. Structured follow-up of frail home-dwelling older people in primary health care: is there a special need, and could a checklist be of any benefit? A qualitative study of experiences from registered nurses and their leaders. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2019;12:675–690.
17. Gjevjon ER. Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2015;1(01):18–26.