

# Sykepleien

FAGUTVIKLING

## Hjemmesykepleiens utvikling: Er vi på rett vei i demensomsorgen?

Hjemmesykepleien står overfor store utfordringer. En løsning kan være å danne spesialiserte grupper.

[Therese Daleng Bjørnnes](#)

Universitetslektor

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, Harstad

[Hjemmesykepleie](#)

[Sykepleiens historie](#)

[Demens](#)

[Geriatrisk sykepleie](#)

[Organisering](#)

Sykepleien 2024;112(95753):e-95753

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.95753](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.95753)

Hovedbudskap

Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, har hjemmesykepleien fått et økt ansvar for å ta vare på eldre pasienter med demens. Hjemmesykepleien har begrensede ressurser og sliter med å gi alle pasientene den hjelpen de trenger. Derfor er det behov for mer spesialisert kompetanse innen geriatri og demens i hjemmesykepleien. En mulig løsning er å opprette egne fagseksjoner for demens i hjemmesykepleien.

Samhandlingsreformen har gitt økt ansvar til kommunene. Det betyr at når pasienter i spesialisthelsetjenesten er ferdig behandlet, skal de overføres til kommunale helse- og omsorgstjenester – hjemmesykepleien – for videre oppfølging og behandling. Det er opp til kommunen selv hvordan de organiserer velferdsmodellen i hjemmesykepleien (3).

Hjemmesykepleiens funksjon er å ivareta pasienter som har behov for helsehjelp og tjenester i eget hjem. Hjemmesykepleien er godt utbygget i Norge. Tjenesten har pasienter som trenger helsehjelp i hjemmet gjennom hele døgnet (2).

Hjemmesykepleien, slik den fremstår i dag, ble utviklet hovedsakelig i 1970- og 1980-årene. Den gangen var ordningen underlagt kommunalt ansvar og skulle bygge på et betydelig sykepleiefaglig forankret grunnlag (1).

## **Hjemmesykepleien er i endring**

Hjemmesykepleien var tidligere ment som et supplement for legene, i situasjoner der behandling utenfor institusjon var til det beste for pasienten. Eldre pasienter med demenssykdom ble i stor grad ivaretatt på institusjon, og sykehjem var et lavterskeltilbud som først og fremst ble benyttet av eldre personer uten familie (4).

Økonomiske innstramninger i helsesektoren og en økning i antallet pasienter som har behov for sykehjems plass, har resultert i at det nå kun er pasienter med størst hjelpebehov som får tildelt plass på kommunal institusjon (4).

## **«Mangelen på sykehjems plasser har bidratt til at hjemmesykepleien får ansvar for flere pasienter.»**

Mangelen på sykehjems plasser har bidratt til at hjemmesykepleien får ansvar for flere pasienter. Det fører igjen til flere arbeidsoppgaver og økte forventninger til hjemmesykepleien, noe som har bidratt til at hjemmesykepleien er i endring.

Helsepolitiske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk har endret innholdet i det hjemmesykepleien er ansvarlig for. Arbeidet med å organisere helhetlige og individuelt tilpassede behandlingsforløp for hjemmeboende pasienter er blitt mer komplekst (5).

Kravene til kvalitet, effektivitet og helhetlige behandlingsforløp fordrer at kliniske og organisatoriske ressurser bringes sammen rundt den enkelte pasienten som en hjemmebasert tjeneste (6). Sykepleiere i hjemmesykepleien har derfor fått økt ansvar for tjenesteforløpet til et mangfold av pasienter, også alvorlige syke mennesker (7).

## **Det blir flere hjemmeboende med demens**

Innsatsen fra hjemmesykepleien konsentreres mer og mer rundt pasientene med det største hjelpebehovet (2). Eldre hjemmeboende pasienter med demens er en sterkt økende pasientgruppe. Etter hvert som sykdommen skrider frem, vil de ha behov for et stort antall sykehjemsplasser (8).

Demens beskrives som kronisk og irreversibel kognitiv svikt og endret sosial atferd. Pasienten vil få sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenliknet med tidligere (8). Demens er en progredierende sykdom, og hjelpebehovet vil derfor gradvis øke. Pasienten kan få språkproblemer, handlingssvikt, nevropsykiatriske symptomer og muskelstyringsproblemer med motoriske utfordringer.

### **«For å kunne bo hjemme vil de være avhengig av pårørende eller hjemmesykepleien.»**

Pasientene vil til slutt mangle innsikt i sin egen livssituasjon og ha behov for trygghet, ivaretagelse og stabilitet i hverdagen. For å kunne bo hjemme vil de være avhengig av pårørende eller hjemmesykepleien (9).

Alderdommen i seg selv fører også med seg utfordringer, for eksempel tap av funksjon, tap av livskvalitet og endret livssituasjon (10). Menneskekroppen eldes gjennom hele voksenlivet, og aldring er en innebygget egenskap i kroppens celler.

Med alderen blir vi svakere og mer skrøpelige. Etter 80-årsalderen øker helseproblemene for de aller fleste. Kroppen er slitt, og levekår og livsstil spiller en rolle i hvordan alderdommen kommer til uttrykk. Denne kombinasjonen øker sannsynligheten for helseproblemer (10).

## **Vi mangler et system som kan kvalitetssikre helsehjelpen**

Mange eldre pasienter lider av flere sykdommer og bruker mange forskjellige legemidler. I tillegg har de gjerne utviklet demens eller kognitiv svikt. Alderdom og demenssykdom er to felt som krever god planlegging, observasjon, kartlegging og tett oppfølging. Pasientens helse er i en kontinuerlig og individuell endringsprosess på grunn av både alderdommen og demenssykdommen (11).

Pasienter med sammensatte lidelser opplever ifølge en studie at behovene deres ikke blir møtt av hjemmesykepleien (12). Vi mangler et system som kan kvalitetssikre helsehjelpen for å sikre hjemmesituasjonen.

Eldre pasienter med komplekse sykdommer forteller i en annen studie at de opplever den helhetlige ivaretagelsen som manglende og lite koordinert (13). Manglende kvalitet på helsehjelpen øker faren for at eldre pasienter kan få langvarig funksjonstap.

Pasienter med demens blir for eksempel ofte underernært, til tross for at hjemmesykepleien er på besøk daglig. Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, synet på livet, nærheten til hjem og pårørende, risikoen for skade og andre utilsiktede virkninger – og ulike behandlingsmuligheter (1).

Pasienter med demens er avhengig av god kvalitet på helsehjelpen for å kunne bo lengst mulig hjemme. Hvis kvaliteten på helsehjelpen blir redusert, og eldre pasienter med demens ikke får dekket sine behov for helsehjelp, vil det øke risikoen for akuttinnleggelse på institusjon (14). Hjemmesykepleien står i front i møte med eldrebølgen.

## **Sykepleien er blitt mer avansert**

Hjemmesykepleien står overfor utfordringer i tiden fremover. Alderssammensetningen i befolkningen endres, og oppgavene blir mer komplekse. Flere vil oppleve å bli gamle, og antallet pasienter med demens er forventet å øke markant på grunn av økt levealder (1).

Sykepleierne i hjemmesykepleien har mangfoldige arbeidsoppgaver, og omfanget har endret seg de siste årene. Sykepleien er blitt mer avansert. De tekniske prosedyrene er blitt flere, og hjemmesykepleien har fått ansvaret for flere kritisk syke pasienter (2).

Grunnlaget i kvalitetstenkingen er at pasienter er mennesker som skal møtes med verdighet og respekt. Det krever ressurser i form av faglig kompetanse og nok tid, men også rett klinisk organisering (6).

## **Hjemmesykepleien er en verdibasert tjeneste**

Klinisk virksomhet, i dette tilfellet hjemmesykepleien, kan defineres som en verdibasert tjeneste. En slik verdibasert tjeneste må følge samfunnets utvikling og forutsetter en hensiktsmessig organisering for å nå forventningene til hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste (6).

Hjemmesykepleien har begrensede økonomiske rammer. En realistisk tilnærming til ordet kvalitet innbefatter også elementer av økonomisk tenkning (6). Kravene til produktivitet og effektivitet kan gjøre det vanskelig å opprettholde kvaliteten og verdigheten i pasientbehandlingen.

**«Lover, regler, verdier og normer legger press på virksomheten.»**

Hjemmesykepleien befinner seg i et kontinuerlig endringstrykk. Lover, regler, verdier og normer legger press på virksomheten. Det fører til et økt press på sykepleierne, som har et bredt ansvar for ulike pasientgrupper. I tillegg kommer ansvaret for å følge opp den individuelle pasienten, inkludert oppgaver og aktiviteter som er knyttet til pasientens helhetlige tjenesteforløp (5).

## **Kan fagspesifikke grupper være en retning?**

Spesialisthelsetjenesten er organisert etter en spesifikk struktur medisinsk og diagnostisk (6) Sykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten, blir derfor ofte spesialisert innenfor den spesifikke fagretningen de arbeider innenfor (6).

Organisasjonsform kan ha direkte innvirkning på den kliniske hverdagen. I spesialisthelsetjenesten betyr det at pasienter med en viss type lidelser samles på samme avdeling for å skape forutsigbarhet og faglig forsvarlighet rundt pasientbehandlingen (6).

Hjemmesykepleien skiller seg ut ved at pasienter som har behov for hjemmebaserte tjenester, ofte er multimorbide. Kun et fåtall av disse har bare én diagnose (12). Jeg vil likevel hevde at eldre pasienter med demens vil ha et sterkt behov for spesifikk kompetanse innenfor geriatri og demens.

Hjemmesykepleien møter pasientene i deres hjem, i motsetning til på institusjon. Å stå overfor ulike diagnoser, aldre og sykdomshistorier krever stor grad av selvstendighet hos sykepleieren (7).

De store endringene i hjemmesykepleien har også gitt flere ansatte. Eldre pasienter med demens må derfor forholde seg til et økt antall ansatte som skal ta seg av behandlingen (5).

## **Geriatri og demens er to høyst spesialiserte fagfelt**

Med dagens komplekse helsetjeneste bør vi fremme tanken på å danne spesialiserte grupper innad i hjemmesykepleien, for eksempel rettet mot geriatri og demens, for å sikre kvaliteten på tjenesten (12).

Geriatri og demens er to høyst spesialiserte fagfelt som krever rett sykepleiefaglig kompetanse, vurderingsevne, kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen – og personlig engasjement hos sykepleieren. For at hjemmesykepleien skal nå sine mål om å gi nødvendig helsehjelp i hjemmet, kan det være nødvendig å sikre at bestemte arbeidsoppgaver faktisk blir prioritert.

Om en kommune ønsker å sikre helsehjelp til eldre hjemmeboende pasienter med demens, må tiltaket synliggjøres i organisasjonsformen. Å opprette en fagseksjon kan være et slik tiltak (6). En tidligere studie viser at det er behov for å opprette egne fagseksjoner for å identifisere eldre pasienters hjelpebehov (13).

## **«Vi bør reflektere kritisk rundt hvordan eldre pasienter med demens blir ivaretatt i hjemmesykepleien.»**

Kritisk refleksjon handler om å tenke gjennom og stille spørsmål ved hva vi bør gjøre, hvilke holdninger som bør prege arbeidet – og hvilke rutiner og systemer vi skal ha. Kritisk refleksjon sikrer at tjenesten holder høyest mulig faglig og etisk kvalitet (15).

Det kan bety at vi bør reflektere kritisk rundt hvordan eldre pasienter med demens blir ivaretatt i hjemmesykepleien. En nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens slår fast at pasientene har krav på et tilrettelagt tjenestetilbud (16).

### **Avslutning**

En måte å organisere hjemmetjenestene på kan være at personer med demens får hjelp fra en personalgruppe med få og kjente ansatte med rett kompetanse og utdanning. 45,7 prosent av kommunene oppgir at de har satt i verk systematiske tiltak som bidrar til nettopp det. Det er fortsatt under halvparten av kommunene.

En tidligere studie viser at helsesektoren forsøker å gi enda mer ansvar og oppgaver til kommunale helse- og omsorgstjenester (12). Hvis pasienter med demens skal bo lengst mulig hjemme, må hjemmesykepleien fremover se på hvordan den skal klare å ivareta denne sterkt økende pasientgruppen. Det blir særlig viktig om det fremover skal stilles økte krav til en allerede presset kommunal helse- og omsorgstjeneste.

### **Interessekonflikter**

*Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.*



EN TJENESTE I ENDRING: Innsatsen fra hjemmesykepleien konsentreres mer og mer rundt pasientene med det største hjelpebehovet. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018.
2. Holm SG, Wiik H. Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
3. Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen [internett]. Oslo: Riksrevisjonen; 2018 [hentet 10. mai 2024]. Dokument 3:5 (2018–2019). Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
4. Otterstad HK. Historisk blikk på eldrebølgen. Tidsskriftet Sykepleien. 2013;101(2):58–60. DOI: [10.4220/sykepleiens.2013.0001](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0001)
5. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Olsvold N. Hva er sykepleie? Sykepleien Forskning. 2016;(8):1–6. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2016.58491](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58491)
6. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.

7. Melby L, Obstfelder A, Hellesø R. «We tie up the loose ends»: homecare nursing in a changing health care landscape. Glob Qual Nurs Res. 2018;5:1–11. DOI: [10.1177/2333393618816780](https://doi.org/10.1177/2333393618816780)
8. Engedal K, Haugen PK. Demens I: Engedal K, Haugen PK, red. Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling. Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk; 2018.
9. Rokstad AMM. Hva er demens? I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens: møte og samhandling. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020.
10. Romøren T-L. Eldre, helse og hjelpebehov. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrik sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
11. Wyller TB. Geriatri: en medisinsk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2020.
12. Grimsmo A, Løhre A, Røsstad 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)
13. Ploeg J, Denton M, Hutchison B, McAiney C, Moore A, Brazil K, et al. Primary care physicians' perspectives on facilitating older patients' access to community support services: qualitative case study. Can Fam Physician. 2017;63(1):e31-e42. DOI: [10.1017/S0714980816000568](https://doi.org/10.1017/S0714980816000568)
14. Dubuc N, Dubois M-F, Raïche M, Gueye NDR, Hébert R. Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: Does integrated services delivery make a difference? BMC Geriatr. 2011;11(1):1–13. DOI: [10.1186/1471-2318-11-67](https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-67)
15. Rokstad AMM, Smebye KL. Å møte personer med demens. 2 utg. Oslo: Cappelen; 2020.
16. Helsedirektoratet. Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 10. mai 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens#referere>