

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Lederes synspunkter på sykepleieres kompetansebehov i en endret hjemmesykepleietjeneste

[Anita Nytræ Halland](#)

Helsesykepleier og universitetslektor

Bachelorutdanningen i sykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, campus Harstad

[Thomas Holand](#)

Spesialsykepleier og universitetslektor

Bachelorutdanningen i sykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, campus Harstad

[Kjersti Sunde Mæhre](#)

Intensivsykepleier og førsteamanuensis

Masterutdanningen i sykepleie, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, campus Tromsø

[Hjemmesykepleie](#)

[Leder](#)

[Pasientkompleksitet](#)

[Kompetanse](#)

[Fokusgrupper](#)

Sykepleien Forskning 2025;20(99102):e-99102

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2025.99102](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2025.99102)

Sammendrag

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har medført behov for en endret helse- og omsorgstjeneste i hjemmesykepleien i Norge. Flere pasienter får medisinsk behandling og oppfølging i sine egne hjem utenfor sykehus. Det er et økende antall eldre og yngre pasienter med ulike diagnoser og helseutfordringer som har behov for hjemmesykepleie. Ledere i helse- og omsorgstjenesten i kommunene har ansvaret for at hjemmeboende pasienter får faglig forsvarlige helsetjenester. De skal sørge for at sykepleiere i hjemmesykepleien har nødvendig kompetanse, slik at pasienter i alle aldre med sammensatte hjelpebehov kan mestre hverdagslivet i eget hjem.

Hensikt: Hensikten med studien var å få frem hvilken kompetanse ledere i helse- og omsorgstjenesten mener sykepleiere trenger for å gi pleie og omsorg til hjemmeboende pasienter med sammensatte behov.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming. Vi gjennomførte fem fokusgruppeintervjuer med 24 ledere og mellomledere i kommunehelsetjenesten i tre nordnorske bykommuner høsten 2022 og våren 2023. Analysen er basert på Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: Vi identifiserte tre hovedtemaer: 1) «Sykere hjemmeboende pasienter i alle aldre medfører økt behov for kompetanse hos sykepleierne», 2) «Sykepleierne har behov for kompetanse ut over klinisk breddekompetanse» og 3) «Et større behov for ansvars- og oppgavefordeling i hjemmesykepleien».

Konklusjon: Lederne og mellomlederne erfarte at pasientgrupper i alle aldre med mer komplekse og sammensatte helsetilstander behøver mer avansert medisinskteknisk hjelp og omsorg i egne hjem. De ser nytten av at sykepleiere har videreutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie når de gjennomfører behovsanalyse og fordeler oppgaver i tjenesten. Ledergruppene var tydelige på ansvaret de har for at sykepleierne i hjemmesykepleien får muligheter til videreutdanning og spesialutdanning innenfor mange medisinske og sykepleiefaglige fagfelter. Videre forskning på ledere, mellomledere og sykepleiere i hjemmesykepleien i andre bykommuner i Norge er nødvendig for å undersøke kompetansebehov og hvordan andre kommuner organiserer sin hjemmetjeneste.

Introduksjon

Folkehelseinstituttet (FHI) viser til at kompetansekravet om å ta hånd om yngre pasientgrupper med psykiske, somatiske eller nevrologiske sykdommer er endret (1). Det er helse- og omsorgstjenesteloven som bestemmer rammer for og innhold i tjenestene (2).

Samhandlingsreformen (3), men også kvalitetsreformen for eldre (4), har ført til at kommunene har fått endret ansvarsområdene for innbyggernes helse- og omsorgstjenester. Ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering er plassert hos kommunehelsetjenesten (3).

Riksrevisjonens rapport fra 2016 synliggjorde at pasienter skrives ut tidligere fra sykehuset etter samhandlingsreformen. Pasientene som hjemmesykepleien har ansvaret for, er sykere. Det er mangel på kompetanse i helse- og omsorgstjenesten, og kvalitetsmål oppnås ikke (5). Spesialisthelsetjenesten forventer at utskrivningsklare pasienter får avansert medisinsk behandling i egne hjem (6, 7).

Hjemmesykepleierne møter pasienter med sammensatte behov i alle aldre, ofte med multimorbiditet (8–10). Multisykdom medfører redusert livskvalitet, funksjonssvikt, polyfarmasi, økt dødelighet, mer behandlingstid og hyppigere bruk av ikke-planlagt helsehjelp (9, 11).

Studier viser at det stilles høyere krav til sykepleiernes faglige kompetanse i hjemmesykepleien (12–14). Studier påpeker at lederne av hjemmesykepleien har fått et stadig større ansvar som

leder og i lederrollen (15). De har også fått større ansvar for å prioritere ressurser (16) og for å sikre at sykepleierne har den nødvendige kompetansen for å kunne gi denne pasientgruppen en faglig forsvarlig helsehjelp (15, 17–19).

I vår forståelse av kompetansebegrepet har vi støttet oss til Lai (20), som sier at kompetanse er summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger. Ifølge Benner (21) vil det kunne ta to til tre år før en sykepleier er blitt en kompetent og kyndig yrkesutøver.

Frem mot 2030 er det varslet økt behov for avansert medisinsk kompetanse i kommunene (10). Dagens sykepleiere må kunne gi avansert medisinsk behandling som hjemmedialyse, respiratorbehandling, intravenøs behandling og smertelindring samt gjennomføre avanserte helseundersøkelser og palliasjon i hjemmet til pasientene (22–24). Allerede i 2018 påpekte forskere at sykepleierne kan bli satt til prosedyrer de ikke mestrer (24).

Lederne har ansvaret for at helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige. Det innebærer at de må sikre at sykepleiere har nødvendig kompetanse, ressurser og verktøy for å håndtere utfordringene som kommer.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å få frem hvilken kompetanse ledere i helse- og omsorgstjenesten mener sykepleiere trenger for å gi pleie og omsorg til hjemmeboende pasienter med sammensatte behov.

Metode

Studien har et kvalitativt design. Kvalitativ metode er en godt egnet metode hvis man ønsker å få dybdekunnskap om deltakernes erfaringer om og opplevelser rundt et gitt tema (25).

Vi gjennomførte fem fokusgruppeintervjuer med ledere og mellomledere i tre nordnorske bykommuner. Vår forforståelse var at bykommunene organiserer hjemmesykepleietjenesten noenlunde likt og kan ha samme kompetansebehov. Fokusgruppeintervju er en god metode for å skape dialog mellom deltakerne, belyse ulike erfaringer og avdekke både enighet og uenighet (25).

Rekruttering og utvalg

Vi rekrutterte helse- og omsorgsledere i tre nordnorske bykommuner. A og B er mellomstore kommuner og C stor kommune. I artikkelen er de øverste lederne som er ansvarlig leder for helsetjenesten i hjemmesykepleien, navngitt som «leder». Enhetsledere og avdelingsledere navngis som «mellomleder».

Lederne av hjemmesykepleien ble kontaktet og informert om prosjektet av sisteforfatteren, som var prosjektleder. De bisto med navn på ledere og mellomledere som prosjektlederen kunne kontakte via e-post. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble lagt ved i e-posten. Tre deltakere takket nei, og 24 deltakere takket ja til å delta i fokusgruppeintervjuer.

I kommune A gjennomførte vi to fokusgruppeintervjuer (A1 og A2). I kommune B gjennomførte vi ett fokusgruppeintervju (B1) og i kommune C to fokusgruppeintervjuer (C1 og C2). De fleste intervjudeltakerne var sykepleiere. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført høsten 2022 og våren 2023.

Fokusgruppeintervju

Vi brukte en diktafonapp og informerte deltakerne om dette på forhånd. Hvert fokusgruppeintervju varte mellom 60 og 90 minutter. Sisteforfatteren var moderator og styrte samtalen mellom deltakerne, mens de andre forfatterne var sekretærer som tok feltnotater og observerte samhandlingen mellom deltakerne. Moderatoren benyttet en semistrukturert intervjuguide inspirert av Krueger og Casey (26).

Vi hadde selv utarbeidet intervjuguiden. Den ble ikke fulgt kronologisk, men fungerte som et utgangspunkt og bakgrunn for intervjuene.

Analyse

Analysen av fokusgruppeintervjuene er basert på Malteruds systematiske tekstkondensering (27), en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data, der analyseprosessen kan deles i fire trinn (tabell 1).

I første trinn leste vi det transkriberte materialet hver for oss og deretter sammen for å få et helhetsinntrykk og identifisere foreløpige temaer. I andre analysetrinn ble meningsbærende enheter identifisert og organisert i koder, der innholdet ble til et kondensat som inneholdt gullsiter fra datamaterialet. I analysetrinn tre utviklet vi kodegrupper med meningsinnhold fra trinn to til kategorier. I fjerde analysetrinn sammenfattet vi funnene på bakgrunn av kategoriene, som igjen resulterte i tre hovedtemaer.

Tabell 1. Eksempler på analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Koder	Kategorier	Hovedtema
«Det er små babyer med hjemmerespirator, ungdommer med ME, stor funksjonssvikt, det er den syke og skrøpelige gamle [...] Komplexiteten er kjennetegnet på hele hjemmetjenesten, det er nesten som et DNA. Det er veldig krevende å utvikle den rette kompetansen når det er så stor variasjon.»	- kompleks helse-tjeneste - multitsyke pasienter - stort kompetanse-behov	Den kliniske praksisen er blitt mer kompleks i forhold til hva det finnes sykepleiefaglig kompetanse på	Sykere hjemmeboende pasienter i alle aldre medfører økt behov for kompetanse hos sykepleierne
«Vi er generalister, samtidig som det forventes på en måte spesialkunnskap i enkeltsaker. Vi kan ikke si at vi er spesielt gode på slag eller ALS, vi må ta begge deler og enda mer, det er ingen som spør om vi har kompetanse, vi må bare løse oppdraget.»	- generalister - spesialister	Det å sette sammen et komplekst bilde krever erfaring og spesialkunnskap innenfor flere fagområder	Sykepleierne har behov for kompetanse ut over klinisk breddekompetanse
«Mer ansvar på sykepleierne, det er ikke måte på hva de skal håndtere av respirator, smertepumpe, hjemmedød og komplekse sykdommer. Det er et enormt ansvar på de få sykepleierne som er ute i tjenesten.» «Vi ser at vi mangler kompetanse og utfordres [på] oppgavefordeling mellom sykepleier, hjelpepleiere og assistenter. Vi må bruke den ressursen vi har på en god måte.»	- ansvar - oppgavefordeling - syke pasientgrupper i alle aldre	Sykepleier skal være sikkerhetsnett til en multimorbid pasientgruppe der de opplever usikkerhet, økt ansvar og behov for en annen organisering og kompetanse.	Et større behov for ansvars- og oppgavefordeling i hjemmesykepleien.

Forskningsetiske overveielser

Studien ble meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 552291). Informantene fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeskjema. I forkant av fokusgruppeintervjuene innhentet vi skriftlig, informert samtykke.

Deltakerne ble informert om retten til å kunne trekke det avgitte samtykket underveis i studien uten å måtte oppgi grunn, og uten videre konsekvens. Lederne hadde ulike

stillingsbetegnelser, men navngis i artikkelen som «ledere» og «mellomledere» for å ivareta anonymiteten.

Resultater

Vi identifiserte tre hovedtemaer: 1) «Sykere hjemmeboende pasienter i alle aldre medfører økt behov for kompetanse hos sykepleieren», 2) «Sykepleierne har behov for kompetanse ut over klinisk breddekompetanse» og 3) «Et større behov for ansvars- og oppgavefordeling i hjemmesykepleien».

Sykere hjemmeboende pasienter i alle aldre medfører økt behov for kompetanse hos sykepleierne

Deltakerne opplevde at hjemmesykepleiere må håndtere og gi hjelp til en sykere pasientgruppe i alle aldre, og at de manglet kompetanse innenfor mange fagområder. Pasientgruppen omfatter alt fra små babyer til eldre med ulike sammensatte behov, som krever at sykepleierne har medisinskteknisk kompetanse. En leder i en mellomstor kommune sa følgende:

«Det er små babyer med hjemmerespirator, ungdommer med ME, stor funksjonssvikt, det er den syke og skrøpelige gamle [...] Kompleksiteten er kjennetegnet på hele hjemmetjenesten, det er nesten som et DNA. Det er veldig krevende å utvikle den rette kompetansen når det er så stor variasjon» (B1).

Deltakerne understrekte betydningen av å forstå hva hver enkelt pasient med somatisk og psykisk sykdom behøver av helhetlig hjelp. En mellomleder i en mellomstor kommune uttrykte:

«I psykisk helse må man ha forståelse for helheten for den enkelte, at man ikke blir opphengt i diagnoser og prosedyrer, slik man ofte gjør innenfor somatikken» (A2).

Ledere i de mellomstore kommunene var bekymret for at en økende pasientgruppe med alvorlige somatiske og psykiske helseproblemer i alle aldre ikke får en helhetlig pleie- og omsorgstjeneste. En leder uttrykte:

«Vi møter alle disse pasientene med ulike utfordringer, også innenfor psykisk helse – altså hva kan vi gjøre, for alle behøver en god helsetjeneste» (A1).

Noen av deltakerne fokuserte på betydningen av at sykepleierne har kompetanse til å kartlegge hva hver enkelt pasient trenger av fysisk og psykisk hjelp.

En mellomleder i en stor kommune utdypet det slik:

«Pasientene utfordres med å klare egenomsorgen, en skjult utfordring som det ikke snakkes så mye om. Det er de store utfordringene som ligger foran oss i et langtidsperspektiv» (C2).

Når sykepleierne mangler kompetanse til å gjøre en helhetlig kartlegging av pasientens situasjon, er det også en utfordring for lederne.

Sykepleierne har behov for kompetanse ut over klinisk breddekompetanse

Mange av lederne og mellomlederne påpekte at sykepleierne måtte ha kompetanse ut over klinisk breddekompetanse hvis de skulle kunne tilby helsetjenester til pasienter med sammensatte medisinske sykdomstilstander. Denne kompetansen krever videreutdanning etter grunnutdanning i sykepleie. En leder i en stor kommune uttrykte dette:

«Vi er generalister, samtidig som det forventes på en måte spesialkunnskap i enkeltsaker, vi kan ikke si at vi er spesielt gode på slag eller ALS, vi må ta begge deler og enda mer, det er ingen som spør om vi har kompetanse, vi må bare løse oppdraget» (C1).

Deltakerne erfarte at det tar tid før nyutdannede sykepleiere har et klinisk blikk og kan ha ansvaret for pasientgrupper med sammensatte behov. Lederne i den største kommunen la vekt på betydningen av AKS-utdanning. En leder fortalte:

«Observasjonskompetanse, spesielt for pasienter med demens og palliasjon, krever mer enn bare målinger. Det handler altså om å finne frem til de hjelpemidlene du trenger for å gjøre de rette observasjonene. AKS-utdanning har sine fordeler, vi lærer rett og slett å gjøre en fullstendig undersøkelse av pasientene og sette det sammen til et helhetlig bilde. Jeg vet ikke om du kan det som novise. Du trenger erfaring og dybdeforståelse» (C2).

I intervjuene kom det frem at pasienter som blir skrevet ut fra sykehuset med komplekse sår, og alvorlig syke kreftpasienter har behov for lindrende pleie og omsorg. Det var mangel på kreftsykepleiere og sykepleiere med kompetanse i palliativ omsorg og pleie. Lederne i den store kommunen med AKS-utdanning påpekte fordelene ved at både de og sykepleiergruppen hadde denne utdanningen.

Et større behov for ansvars- og oppgavefordeling i hjemmesykepleien

Lederne og mellomlederne i alle kommunene var bekymret for at ansvaret de påla nyutdannede sykepleiere, var for stort ansvar i pasientoppfølgingen. En leder i en mellomstor kommune fortalte:

«Ansvarlig sykepleier har stort ansvar, du skal vite hva du skal gjøre hvis du blir tildelt rollen som ansvarlig sykepleier. Vi har slitt litt med våre egne, og særlig med de nyutdannede på å eie denne rollen» (A1).

Lederne spesielt i de mellomstore kommunene erfarte at helsetjenesten mangler ressurser og sykepleiekompetanse. En mellomleder uttrykte det slik:

«Vi ser at vi mangler kompetanse og utfordres [på] oppgavefordeling mellom sykepleier, hjelpepleiere og assistenter. Vi må bruke den ressursen vi har på en god måte» (B1).

Overføringen av ansvarsoppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten bidro til et økende kompetansebehov, som tar tid å skaffe seg. En av lederne i en mellomstor kommune uttalte:

«Vi mangler kompetanse til å ta imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne er engstelig for ikke å strekke til i [...] den medisinske oppfølging[en ...] Multimorbiditet og komplekse behov dyttes over fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. De burde vært inneliggende lenger» (A2).

Deltakerne var samstemte i at pasienter med sammensatte behov skrives ut for tidlig fra spesialisthelsetjenesten til egne hjem. Pasientene er ikke lenger medisinsk ferdigbehandlet. Ansvar for sykepleierne har for å gi en faglig forsvarlig helsehjelp til denne pasientgruppen er stort når kompetanse mangler. Lederne i den største kommunen var bekymret for ansvaret de pålegger sykepleierne:

«Mer ansvar på sykepleierne, det er ikke måte på hva de skal håndtere av respirator, smertepumpe, hjemmedød og komplekse sykdommer. Det er et enormt ansvar på de få sykepleierne som er ute i tjenesten» (C1).

Flere ledere fremhevet ansvaret de har for å koordinere og vurdere pasientens komplekse behov for hjelp, og at det også krever erfaring og kompetanse hos ledergruppen å fordele oppgaver.

En leder i en stor kommune uttrykte: «Du må også som leder ha kompetanse til å ha et koordinerende blikk, til å fange opp og ha kompetansen til å vurdere kompleksiteten. Du skal være god på mye i en hjemmetjeneste» (C2).

Etter samhandlingsreformen erfarer flere av informantene at ansvaret for å nå målet om en forsvarlig helsetjeneste i deres kommuner var blitt større. Presset på sykepleierressursene er stort, og det er behov for mer spesialisert kompetanse hos sykepleierne. Derfor anser lederne at det er nødvendig med en fordeling av ansvar og oppgaver. I den største kommunen hadde lederne tatt større grep og omorganisert hjemmesykepleietjenesten og oppgavefordelingen. Det bidro til at det var lettere å rekruttere og beholde sykepleierne.

Diskusjon

Hensikten med artikkelen var å undersøke hvilke erfaringer ledere og mellomledere i hjemmesykepleien har med sykepleiergruppens kompetansebehov. Etter at samhandlingsreformen ble innført, skrives pasientene ut tidligere og har et omfattende omsorgsbehov (1).

I likhet med stortingsmeldinger (3) og andre studier (12, 18, 28, 29) viser også studien vår at sykepleierne i hjemmesykepleien ikke bare må følge opp eldre og multimorbide pasienter, men også yngre pasientgrupper i ulike livssituasjoner og med forskjellige diagnoser, som får helsehjelp i sitt eget hjem.

Sykepleiere har behov for kompetanse innenfor flere spesialområder i møte med pasienter med sammensatte behov for helsehjelp

I likhet med vår studie viser flere andre studier (8, 19, 28, 29) at sykepleiere mangler kompetanse innenfor medisinske og sykepleiefaglige områder i hjemmesykepleien. Flere ledere og mellomledere i studien vår var redd for at det kan mangle nødvendig kompetanse innenfor mange fagområder.

Lederne var klar over at de ikke bare har et økonomisk ansvar for å drifte hjemmesykepleien, men også for at pasientene får hjelpen de behøver. Det innebærer blant annet å sørge for at sykepleierne har nødvendig kompetanse slik at pasientene får en god og forsvarlig helse- og omsorgstjeneste.

Spesialisthelsetjenesten forventer at sykepleiere i hjemmesykepleien skal kunne håndtere komplekse medisinske utfordringer og medisinsktekniske oppgaver etter at de er skrevet ut fra sykehus (6). Deltakerne i studien vår erfarte at sykepleierne kan være usikre når de må utføre ukjente og avanserte medisinske prosedyrer, som også andre studier viser (22–24, 31).

I vår studie kom det i tillegg frem at sykepleierne hadde vansker med å håndtere avansert medisinskteknisk utstyr, for eksempel hjemmerespirator. Flere mellomledere poengterte at sykepleiere med mer klinisk erfaring fra hjemmesykepleien håndterer slike utfordringer bedre, som er i tråd med Benners (21) beskrivelse av de fem ferdighetsnivåene.

I likhet med vår studie har også andre studier (12–14, 18, 22) påpekt at sykepleiere må ha kompetanse til å gi pasienter helhetlig omsorg innen psykiatri, palliasjon, eldreomsorg og psykisk utviklingshemning. I studien vår kom det også frem et behov for kompetanse om de aller yngste pasientgruppene med sammensatte behov.

Lederne, men også mellomlederne mente at det er utfordrende for sykepleierne å se det helhetlige pasientbehovet og kartlegge hva hver enkelt pasient behøver av fysisk og psykisk hjelp. Når pasientene ikke får nødvendig helsehjelp, utfordres de til å ta ansvar for egen helse og sykdom.

Lederne og mellomlederne erfarer at sykepleierne har behov for kompetanse ut over klinisk breddekompetanse

Sykepleierne oppnår klinisk breddekompetanse etter endt bachelorutdanning (32). I studien spurte vi ledere og mellomledere om hva slags sykepleiekompetanse de erfarer at det er behov for i hjemmesykepleien. I andre studier (15, 17) kom det frem behov for økt kompetanse i å kjenne til sykdomsforverring og vurdere sykepleietiltak hos hjemmeboende pasienter.

Deltakerne i studien vår påpekte at det er behov for spesialiserte sykepleieferdigheter for å kunne gjøre systematiske kliniske undersøkelser og vurderinger, ta beslutninger og gjennomføre sykepleietiltak til pasienter med sammensatte behov. Funnene våre viser at hjemmesykepleiere trenger kunnskap som er på et høyere nivå enn bachelorutdanningen i sykepleie (21, 32). Nyutdannede sykepleiere har mindre klinisk erfaring.

Å ha ansvaret for pasienter med sammensatte behov er en utfordring i en hjemmesykepleiekontekst der de ofte er alene om ansvaret. Tidligere studier (23, 33, 34) viser

behovet for at sykepleiere i hjemmesykepleien trenger avansert klinisk sykepleiekompetanse (AKS). AKS-sykepleierne har gjennom sin videreutdanning tilegnet seg en utvidet klinisk kompetanse og høy grad av beslutningsevne som er på ekspertnivå for å kunne gi en trygg helse- og omsorgstjeneste til forskjellige pasientgrupper med ulike helseutfordringer i alle aldersgrupper (7).

Ifølge Lai (20) og Benner og medarbeidere (21) vil endringer i helsetilstanden til pasienter med sammensatte behov kreve kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper på ekspertnivå for at en sykepleier skal kunne utøve en helhetlig pasientomsorg, og det tar tid å nå dette nivået.

Et overraskende funn i studien vår var at ledere med AKS-utdanning, alle fra den største bykommunen, påpekte at videreutdanningen hadde gitt dem større forståelse for hva sykepleierne kan mangle av kompetanse. De hadde også blitt mer bevisst på hvilket ansvar de som ledere har for kompetanseoppbygging og organisering av helsetjenesten, noe forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten viser (30).

Vi erfarte at lederne endret seg underveis i fokusgruppeintervjuene fra å være opptatt av økonomi til å være opptatt av ansvaret de har for at også helsetjenesten skal være faglig forsvarlig. De så behovet for at sykepleiere får mulighet til å ta videre- og spesialutdanning innen mange medisinske og sykepleiefaglige fagfelter.

Økt sykepleiekompetanse vil også kunne gjøre det lettere å vurdere kompleksiteten og iverksette nødvendige sykepleietiltak til pasienter med sammensatte behov. Å bevare og tilegne seg ny kompetanse kan muligens også bidra til at sykepleierne blir værende i hjemmesykepleien. Hvis de mangler nødvendig kompetanse, kan det true pasientsikkerheten, noe lederne i vår studie var bekymret for.

Ansvaret og oppgavefordelingen i hjemmesykepleien endrer seg

Etter samhandlingsreformen pålegges sykepleierne et større ansvar (3) for pasienter med somatiske og psykosomatiske sykdomstilstander i alle aldre. Det medfører at lederne og mellomlederne som har det overordnede faglige ansvaret, må sørge for riktig oppgavefordeling (30) og omstille seg når helsetjenesten endres (15–17). Studien vår viser at det er behov for en mer fagspesifikk ansvars- og oppgavefordeling i tjenesten der sykepleierne brukes til sykepleieoppgaver som de er utdannet til, og som ikke kan delegeres.

I likhet med vår studie viser også andre studier (14) at sykepleiere i hjemmesykepleien ofte arbeider alene med ansvar for et mangfold av oppgaver i hjemmet til pasientene. Disse sykepleierne må ha bred kompetanse, uavhengig av medisinske diagnoser og situasjoner. Andre studier (35) påpeker at det er et gap mellom hva eldre pasienter med komplekse behov trenger av hjelp, og hva helse- og omsorgstjenesten kan tilby.

I vår studie uttrykte deltakerne at de var bekymret for om de klarer å koordinere og gi hjemmeboende pasienter med sammensatte behov hjelpen de behøver når sykepleiekompetansen mangler, som de mellomstore kommunene hadde større utfordringer med. Lederne påpekte videre at det ikke bare handler om ressursmangler, men at

helsepersonell og ressurser må brukes riktig, på rett sted til rett tid. Det medfører en annen ansvars- og oppgavefordeling og organisering av tjenesten.

I en annen studie (2) uttrykte sykepleierne at de ikke fikk brukt sin kompetanse, men ble satt til arbeidsoppgaver som ukvalifisert helsepersonell også hadde kompetanse til å utføre. Det kom frem i studien vår at det er utfordrende å rekruttere og beholde sykepleiere, men at dette er lettere i den største kommunen.

Lederne i studien vår hadde ikke konkrete forslag til hvordan oppgavefordelingen kan løses, og det trengs mer forskning på dette. Imidlertid mente flere av lederne og mellomlederne at det var behov for å omorganisere hjemmesykepleien. I den største kommunen var de mer oppmerksom på digitale løsninger for å løse ressursutfordringene i tjenesten.

Det er behov for sykepleiere med kompetanse ut over bachelornivå. Sykepleierne må få tilbud om videreutdanning, slik at de får økt kompetansen til å utøve helse- og omsorgstjenester til pasienter med sammensatte behov.

Å øke kompetansen i hjemmesykepleien vil være en utgiftspost på helse- og omsorgsbudsjettet til kommunene. I et lenger perspektiv vil antakelig driftsutgiftene til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende pasientgrupper bli mindre når sykepleierne har nødvendig medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse.

Studiens styrker og svakheter

Når fokusgrupper består av ledere og mellomledere på ulike nivåer, kan det medføre at deltakerne ikke vil samtale om vanskelige eller kritikkverdige forhold. I vår studie var det god dialog mellom de ulike ledergruppene. Etter et av intervjuene var det imidlertid en av mellomlederne som var uenig i ledernes løsninger på kompetanseutfordringene i sykepleiergruppen, noe vedkommende ikke hadde uttrykt i fokusgruppeintervjuet.

Deltakerne synes det var godt å komme sammen for å snakke om kompetansebehov i hjemmesykepleien. En styrke ved studien er at vi gjennomførte fokusgruppeintervjuer med ledergruppene i tre nordnorske bykommuner, og at de er øverste ansvarlige for helse- og omsorgstjenesten. Vi mener at en informantgruppe med et ledelsesperspektiv vil kunne avdekke andre perspektiver på kompetansebehov hos sykepleierne enn en informantgruppe med hjemmesykepleiere.

Styrken ved studien vår er at både ledere og mellomledere deltar i samme fokusgruppe når de diskuterer hvilken kompetanse sykepleiere trenger for å ivareta hjemmeboende pasienter med sammensatte behov. Vi har lang erfaring fra kommunehelsetjenesten og med forskning på dette feltet. Derfor har vi vært opptatt av at vår egen for forståelse ikke skulle påvirke studien. Svakheten er at vi ikke intervjuet hjemmesykepleierne.

Konklusjon

Lederne og mellomlederne erfarer at pasienter i alle aldre med mer komplekse og sammensatte helsetilstander behøver mer avansert medisinskteknisk hjelp og omsorg i eget hjem. Når sykepleierressursene er knappe og sykepleierne mangler klinisk erfaring og videreutdanning, kan pasientene risikere ikke å få den medisinske hjelpen de trenger. Lederne ser nytten av at sykepleiere har videreutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie når de gjennomfører behovsanalyse og fordeler oppgaver i tjenesten.

I fokusgruppeintervjuene ble ledergruppene oppmerksom på at sykepleierressursene og -kompetansen må styrkes. De må også sørge for at sykepleierne i hjemmesykepleien kan få mulighet til å heve kompetansen innenfor flere medisinsk- og sykepleiefaglige fagfelter. Mangel på nødvendig kompetanse kan true pasientsikkerheten.

Videre forskning med ledere, mellomledere og sykepleiere i hjemmesykepleien i andre bykommuner i Norge er nødvendig for å undersøke hvilke kompetansebehov som trengs, og hvordan andre kommuner organiserer sin hjemmetjeneste.

Takksigelse

Vi takker UiT Norges arktiske universitet og ledelsen ved Institutt for helse- og omsorgsfag UiT (IHO) for økonomisk støtte og mulighet til å kunne gjennomføre studien. Vi vil også rette en takk til lederne og mellomlederne som deltok i fokusgruppeintervjuene.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



KOMPLEKSE HELSETILSTANDER: Flere eldre og yngre pasienter med ulike diagnoser og helseutfordringer har behov for hjemmesykepleie. De behøver mer avansert medisinskteknisk

hjelp og omsorg i egne hjem. *Illustrasjonsfoto: Maskot/NTB*

1. Øverland S, Knudsen AK, Vollset SE, Kinge JM, Skirbekk V, Tollånes MC. Sykdomsbyrde i Norge 2016. Resultater fra global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2016 (GBD 2016) [internett]. Rapport 2018. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018 [hentet 14. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [hentet 13. desember 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
3. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [hentet 14. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
4. Meld. St. 15 (2017–2019). Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; u.å. [hentet 23. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.st.-15-20172018/id2599850>
5. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; u.å. [hentet 8. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2015-2016/dok3-201516/dok3-201516-005/>
6. McGaughey J, O'Halloran P, Porter S, Blackwood B. Early warning systems and rapid response to the deteriorating patient in hospital: a systematic realist review. J Adv Nurs. 2017;73(12):2877–91. DOI: [10.1111/jan.13398](https://doi.org/10.1111/jan.13398)
7. Jakobsen R, Bergland Å, Hilstad AH, Smedbye KL. Avansert klinisk allmennsykepleie i kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo: Cappelen Damm; 2020.
8. Grimsmo A, Løhre A, Røstad 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;36:1–9. DOI: [10.1080/02813432.2018.1459167](https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167)
9. Helsedirektoratet. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 8. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
10. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 [hentet 6. april 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

11. Murphy TE, McAvay GJ, Agogo GO, Allore HG. Personalized and typical concurrent risk of limitations in social activity and mobility in older persons with multiple chronic conditions and polypharmacy. *Ann Epidemiol.* 2019;37:24–30. DOI: [10.1016/j.annepidem.2019.08.001](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.08.001)
12. Andersson H, Lindholm M, Petterson M, Jonasson LL. Nurses' competencies in home health care: an interview study. *BMC Nurs.* 2017;16(65):1–8. DOI: [10.1186/s12912-017-0264-9](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0264-9)
13. Melby L, Obstfelder A, Hellesø R. «We tie up the loose ends»: homecare nursing in a changing health care landscape. *Glob Qual Nurs Res.* 2015;5. DOI: [10.1177/2333393618816780](https://doi.org/10.1177/2333393618816780)
14. Fjørtoft AK, Oksholm T, Forland O, Delmar C, Alvsvag H. Balancing contradictory requirements in homecare nursing: a discourse analysis. *Nurs Open.* 2020;7(4):1011–9. DOI: [10.1002/nop2.473](https://doi.org/10.1002/nop2.473)
15. Jordal K, Saltveit V, Tønnesen S. Nursing leadership and management in home care: a qualitative scoping review. *J Nurs Manag.* 2022;30(8):4212–20. DOI: [10.1111/jonm.13872](https://doi.org/10.1111/jonm.13872)
16. Førland O, Skutle O, Alsvåg H, Hjelle KM. Ambisjoner og realiteter i kommunens prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – en casestudie fra tre norske kommuner. *Tidsskr velferdsforsk.* 2021;24(4). DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02)
17. Næss G, Wyller TB, Gjevjon ER. Clinical leadership. An important precondition for the success of proactive and interdisciplinary follow-up of frail older recipients of home healthcare. *Home Health Care Manag Pract.* 2023;35(4):242–52. DOI: [10.1177/10848223231170599](https://doi.org/10.1177/10848223231170599)
18. Næss G, Kirkevold M, Hammer W, Strand J, Wyller TB. Nursing needs and services utilized by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:645. DOI: [10.1186/s12913-017-2600-x](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x)
19. Nordheim K, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid. *Sykepleien Forsk.* 2015;10(1):14–22. DOI: [10.4220/sykepleienf.2015.53343](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.53343)
20. Lai L. Strategisk kompetanseledelse. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
21. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company; 1984.
22. Gagnat K, Molnes SI, Vasset F. Health personell's professional competence in the municipal health service. *Klin Sykepleie.* 2022;36(3):153–71. DOI: [10.18261/ks.36.3.2](https://doi.org/10.18261/ks.36.3.2)
23. Tyrholm BV, Kvangarsnes M, Bergem R. 8. Mellomleders vurdering av kompetansebehovet i sykepleie etter samhandlingsreformen. I: Kvangarsnes M, Håvold JI, Helgesen Ø, red. *Innovasjon og entreprenørskap. Fjordantologien* 2015. Oslo: Universitetsforlaget; 2016. s. 174–87. DOI: [10.18261/9788215027623-2016-09](https://doi.org/10.18261/9788215027623-2016-09)

24. Glad T, Olsen TH, Clancy A. Promoting nursing competence in municipal healthcare services: an interview study of experienced nurses' perceptions. Nord J Nurs Res. 2018;38(3):135–42. DOI: [10.1177/2057158517721833](https://doi.org/10.1177/2057158517721833)
25. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
26. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5. utg. Los Angeles, CA: Sage Publications; 2015.
27. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40(8):795–805. DOI: [10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)
28. Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, Bjørk IT, Foss C. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. BMC Nurs. 2016;15:5. DOI: [10.1186/s12912-016-0124-z](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z)
29. Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Competence in advanced older people nursing: development of nursing older people – competence evaluation tool. Int J Older People Nurs. 2015;10(1):59–72. DOI: [10.1111/opn.12057](https://doi.org/10.1111/opn.12057)
30. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250 [hentet 30. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
31. Gautun H, Syse A. Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. Nordic J Social Research. 2017;8(1):1–17. DOI: [10.7577/njsr.2204](https://doi.org/10.7577/njsr.2204)
32. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. FOR-2019-03-15-412 [hentet 12. februar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
33. Ljungbeck B, Forss KS. Advanced nurse practitioners in municipal health care as a way to meet the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. 2017;16:63. BMC Nurs. DOI: [10.1186/s12912-017-0258-7](https://doi.org/10.1186/s12912-017-0258-7)
34. Hansen EH, Boman E, Bing-Jonsson P, Fagerstrom LM. Introducing nurse practitioners into Norwegian primary healthcare: experiences and learning. Res Theory Nurs Pract. 2020;34(1):21–34. DOI: [10.1891/1541-6577.34.1.21](https://doi.org/10.1891/1541-6577.34.1.21)
35. Nordaunet MO, Gjevjon ER, Olsson C, Aagaard H, Borglin G. What about the fundamentals of nursing – its interventions and its continuity among older people in need of home- or facility-based care: a scoping review. BMC Nurs. 2024;23(1):59. DOI: [10.1186/s12912-023-01675-1](https://doi.org/10.1186/s12912-023-01675-1)