



Illustrasjonsfoto: Erik M. Sundt

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Det er bekymring for kompetansenivået i kommunehelsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Det foreligger få empiriske studier av reformen og hvordan kompetanseutfordringene er håndtert.

**Hensikt:** Å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen.

**Metode:** To fokusgruppeintervjuer med til sammen elleve sykepleiere, og to individuelle intervjuer med kommunale ledere. Alle informan-

tene var ansatt i samme kommune.

**Resultat:** Utskrivningsklare pasienter oppleves som sykere og mer tidkrevende enn tidligere, men sykepleierne registrerte ingen økning av kompetansekrevede oppgaver. Sykepleiekompetansen ble opplevd som tilfredsstillende, men ikke tilstrekkelig. Samarbeidet mellom ansatte med ulik kompetanse var utfordrende, og sykepleierne opplevde det som vanskelig å få brukt sin kompetanse på rett sted, til rett tid. I tillegg eksisterte det ulik forståelse av hjemmesykepleiens målsettinger og utfordringer.

**Konklusjon:** For å skape det nødvendige handlingsrommet som sykepleierne etterlyser, må de økonomiske rammene økes. God sykepleiekompetanse alene er ikke nok når kvaliteten på tjenesten baserer seg på en gjensidig avhengighet mellom mange ansatte. Kompetansen i hjemmesykepleien må styrkes i alle ledd fordi vi kan forvente en utvikling med flere kompetansekrevede oppgaver. Implementering av samhandlingsreformen og dens idégrunnlag forutsetter en felles forståelse av målsettinger og utfordringer.

## ENGLISH SUMMARY

### Nursing competence in home care nursing – in the right place at the right time?

**Background:** Following the implementation of the Coordination reform, there has been concern about levels of competence in community health services. There have been few empirical studies on the reform and on how concerns regarding competence are dealt with.

**Objective:** The aim of our study is to develop a greater understanding regarding the need for competence in home care following the implementation of the Reform.

**Method:** Two focus group interviews

with 11 nurses and two individual interviews with municipal managers, all employed in the same municipality.

**Result:** Even if discharged patients were more sick and in need for more help than before, the nurses found that they were still able to take care of patients in an effective manner. The nurses' competence was found to be adequate, though not sufficient. Cooperation between nurses and lower-skilled staff was described as a challenge. The way home care was organised resulted in some frustration among the nurses, who felt that their competence was not being utilised in the right place at the right time. There seemed to be a diversity of opinion among partici-

pants when it came to understanding the aims and challenges that home care nursing is facing.

**Conclusion:** Competence in home care nursing needs to be developed and strengthened. This means an increased budget, more skilled employees, and organisational routines that make cooperation easier and the use of nurses' competence more targeted. To develop a shared understanding of the Coordination Reform and its aims and challenges among all staff should be an integral part of the agenda for managers.

**Keywords:** Coordination Reform, competence in nursing, home care, qualitative research

# » Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?

Forfattere: Kjersti Haugen Norheim og Lisbeth Thoresen

## NØKKELORD

- Samhandlingsreformen
- Sykepleiekompetanse
- Hjemmesykepleien
- Kvalitativ studie

## INTRODUKSJON

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene påtar seg et større ansvar for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Reformen har blant annet ført til at hjemmesykepleien må ta imot utskrivningsklare pasienter med betydelige og sammensatte behov for, videre behandling, pleie og omsorg (1–3). Selv om det er påvist en tydelig vekst i antall ansatte i kommunale hjemmetjenester (3), er det fortsatt uavklart om kommunene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å håndtere de nye utfordringene.

De siste 20 årene har det foregått en gradvis nedbygging av institusjonstilbud i kommunene, samtidig som bruken av hjemmetjenester har økt (4–6). Utviklingen i Norge samsvarer med helse reformer i en rekke europeiske land (7,8). Evaluering av reformen viser at utskrivningsklare pasienter øker i antall, de skrives ut tidligere

fra sykehuset, og er sykere ved utskrivning (1). I tillegg plasseres ansvaret for forebygging, tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering hos kommunehelsetjenesten (9). Det er med andre ord et betydelig helse- og sykepleiefaglig kompetansebehov i kommunene og ikke minst i hjemmesykepleien.

Sykepleiekompetanse kan forstås på mange måter, og Bing-Jonsson (10) viser til ulike forskningstradisjoner. Kompetanse kan forstås som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper; aspekter som er innvevd i hverandre (ibid.). Samtidig er kompetansen også kontekstuell (10–12), i betydningen «at den bare gir mening i en sammenheng og i forhold til noe, for eksempel en bestemt oppgave, funksjon eller yrkesrolle» (13). Pasientgruppen i hjemmesykepleien er sammensatt med hensyn til alder, etnisitet, diagnose og sosiale forhold (14), og flere studier konkluderer med at en sykepleier i hjemmesykepleien må ha bred kompetanse (10,15). Sykepleieren jobber ofte alene og med problemstillinger som krever god medisinsk kunnskap og vurderings- og beslutningsevne. Sykepleieren må kunne observere, identifisere og evaluere ulike situasjoner, og

iverksette tiltak for å møte pasientens behov.

Tidligere studier har avdekket store strukturelle utfordringer i kommunehelsetjenesten; mangel på ansatte med fagkompetanse (16–18), manglende personkontinuitet i pasientarbeidet (14), tidspress og stramme økonomiske rammer (19–21). Dette er i tråd med vår forståelse av hjemmesykepleien som et åpent system (22). Denne organisasjonsteoretiske tilnærmingen innebærer en forståelse av at organisasjonen og dens praksis og målsettinger påvirkes utenfra, at organisasjonen er avhengig av eksterne ressurser og at organisasjonen

### Hva tilfører artikkelen?

Sykepleierne som deltok i studien opplever at kompetansen ikke brukes på rett sted til rett tid. Oppgaver som dekker de daglige grunnleggende behovene prioriteres, mens kliniske vurderinger, helsefremmende og forebyggende arbeid blir nedprioritert.

### Mer om forfatterne:

Kjersti Haugen Norheim er fagutviklingssykepleier i Hjemmetjenesten i Horten kommune. Lisbeth Thoresen er førsteamanuensis ved Avdeling for helsefag, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Kontakt: kjersti.norheim@horten.kommune.no.

kan forsøke å mestre sine omgivelser gjennom strategiske valg og bevisst organisasjonsutforming (22).

Samhandlingsreformen er fortsatt ung og foreløpig er det gjort få empiriske studier og vurderinger av den. Hensikten med vår studie er å bidra med kunnskap om tidlige erfaringer med kompetansebehovet i hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen. Problemstillingen var: Hvordan oppleves behovet for kompetanseheving i hjemmesykepleien av sykepleiere og deres ledere etter innføring av samhandlingsreformen?

#### METODE

Studien ble gjennomført i en bykommune på Østlandet med cirka 26 000 innbyggere (23). Vi benyttet et kvalitativt forskningsdesign, med to fokusgrupper med sykepleiere fra hjemmesykepleien (24), samt to individuelle semistrukturerte intervjuer med den kommunale ledelsen (25). Intervjuformen var fleksibel og muliggjorde oppfølgings spørsmål for dybde og forståelse (ibid.). Fokusgruppe er

Utvalgskriteriene for deltagelse i fokusgruppene var: 1) sykepleiere, med eller uten videreutdanning, 2) frivillig deltagelse, 3) ansatt i hjemmesykepleien – også før samhandlingsreformen ble iverksatt. Det ble rekruttert elleve sykepleiere, en mann og resten kvinner, i ulik alder. Fire av disse samtykket omgående, resten av rekrutteringen skjedde via avdelingslederne, som tok direkte kontakt med sykepleiere som arbeidet de dagene fokusgruppene var planlagt. Halvparten hadde videreutdanning og tre hadde ansvar for bestemte sykepleiefaglige tilleggsoppgaver. Arbeids erfaringen var fra 1,5 til 25 år i hjemmesykepleien.

Enhetsleder for hjemmetjenesten og kommunalsjefen for helse og velferd samtykket begge til intervju.

#### Datainnsamling

De to fokusgruppene besto av henholdsvis fem og seks sykepleiere, og ble gjennomført på arbeidsstedet. Førsteforfatter gjennomførte fokusgruppene, som begge varte litt over en

direkte til de deltakerne som var minst aktive.

Intervjuene med enhetsleder og kommunalsjef ble gjennomført på deres kontorer og varte i henholdsvis 50 og 70 minutter. Intervjuguiden besto av tre åpne spørsmål, samt oppfølgings spørsmål. Første del omhandlet samhandlingsreformens vektlegging av kompetanseheving i kommunehelsetjenesten. Informantene ble oppfordret til å beskrive hvordan de forsto begrepet kompetanseheving og hvilke eventuelle planer som eksisterte for å heve kompetansen. Deretter ble begge bedt om å beskrive utfordringene med å imøtekomme kravene til økt kompetanse i hjemmesykepleien. Fokusgruppene og intervjuene ble gjennomført i desember og januar 2012/2013, tatt opp på bånd og transkribert av førsteforfatter.

#### Analysen

I arbeidet med analysen av materialet har vi fulgt en firetrinns analysemetode, kalt systematisk kondensering (26). Det første trinnet innebar en systematisk gjennomlesning av alle intervjuene for å få et helhetsinntrykk. I denne fasen var det viktig å arbeide aktivt for å legge egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side. Ifølge Malterud er dette en forutsetning for å kunne stille seg åpen for inntrykk som materialet kan formidle (26). Trinn to innebar å identifisere meningsbærende enheter gjennom å skille relevant tekst fra irrelevant, ut fra ambisjonen om å svare på studiens problemstillinger. Disse ble deretter kodet og sortert i ulike grupper. De meningsbærende enhetene ble finlest på nytt og vurdert opp imot den opprinnelige transkripsjonen. I trinn tre ble hver kodegruppe ytterli-

” Pasienten var dårligere enn de meldte fra spesialisthelsetjenesten.

hensiktsmessig når formålet er å samtale om et tema som forskeren har bestemt. I en fokusgruppe skapes rom for å høre andres synspunkter og forståelse som vanligvis ikke uttales eksplisitt (24).

#### Informantene

Informantene mottok en forespørsel med en presentasjon av tema og formålet med studien, metoden, samt informasjon om frivillig deltagelse og anonymisering.

time. Det var utviklet en veiledende intervjuguide med fem åpne spørsmål, samt enkelte oppfølgings spørsmål. Første del av samtalen omhandlet endringer i sykepleiernes arbeidsoppgaver, rutiner eller faglige utfordringer etter innføringen av samhandlingsreformen. Deretter beskrev sykepleierne sin opplevelse av behovet for kompetanseheving. Alle sykepleierne i første fokusgruppe var aktive i samtalen, men ikke i fokusgruppe to. Oppfølgings spørsmål ble rettet

gere delt inn i subgrupper som bidro til å vise ulike nyanser i datamaterialet. Dette resulterte i flere temaer som ble arbeidet med enkeltvis. Avslutningsvis ble trinn fire gjennomført ved å utarbeide en analytisk tekst for hvert tema.

### **Etikk og personvern**

Det ble gitt tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Anonymisering av informantene (27), og særlig lederne, var en forskningsetisk utfordring fordi førsteforfatter var ansatt i den aktuelle kommunen (28). I forespørselen om deltakelse til intervju opplyste vi lederne om dette, og om at anonymisering skulle skje ved kun å referere til informantens yrkestittel i det ferdige arbeidet. Lederne samtykket til publisering av studien. Sykepleierne i fokusgruppene ble anonymisert i transkriberingen, men innenfor organisasjonen var det kjent hvem som deltok i undersøkelsen. Sykepleierne valgte likevel å delta. I presentasjon av studien har vi utelatt sitater og kjennetegn ved sykepleierne som kan føre til gjenkjennelse.

## **RESULTATER**

### **Sykere og mer tidkrevende pasienter?**

Informantene hadde ulike erfaringer med hensyn til endringer i sykepleierens oppgaver etter samhandlingsreformen. Enhetsleder og et fåtall av sykepleierne opplevde ingen endringer, mens flesteparten av sykepleierne hevdet at utskrivningsklare pasienter var: «sykere», «mer tidkrevende enn tidligere» eller «at pasienten var dårligere enn de meldte fra spesialisthelsetjenesten». Noen opplevde også en økende restriktiv holdning blant fastleger og legevaktleger til

innleggelse i spesialisthelsetjenesten. En sykepleier uttrykte: «Det er vanskelig å legge dem inn. Vi mener de er for dårlige og ser en endring, men så er det vanskeligere, både via legevakt og lege, å få lagt dem inn». Sykepleieren opplevde en forventning til at hjemmesykepleien hadde både kompetanse og kapasitet til å ivareta pasienter med utfordrende medisinske tilstander.

### **Individuell og kollektiv kompetanse**

Når det gjaldt kompetansebehovet, snakket informantene både om behovet for individuell sykepleiekompetanse og den kollektive kompetansen. Informantene beskrev den gjensidige avhengigheten mellom de mange ansatte i turnus, som skulle ivareta pasienter med komplekse sykdomsbilder: «En får liksom ikke følelsen av å gjøre en veldig god jobb, fordi at selv om noen har satt i gang et godt tiltak så blir det ikke fulgt opp. (Alle nikket.) Vet ikke om det er fordi vi er så mange eller om det er fordi det er for lite kompetanse, at man burde vært flere fagfolk da, at det er det som gjør at man ikke forstår viktigheten av tiltakene [...] ikke så mye assistenter og vikarer». Den gjensidige avhengigheten kommer tydelig fram. Individuell kompetanse er ikke tilstrekkelig. Sykepleierne hadde ikke mulighet til å besøke alle pasientene hver dag. De var avhengige av at tiltak ble fulgt opp av andre, og at endringer i pasientens helsetilstand ble oppdaget og rapportert av disse.

Fire temaer som omhandlet individuell og kollektiv kompetanse ble tematisert:

#### **1. Tilfredsstillende sykepleie-**

*kompetanse.* Informantene var relativt samstemte i at sykepleierne i hjemmesykepleien samlet sett hadde nok kompetanse til å ivareta pasientene og deres behov. Kommunalsjefen ønsket flere sykepleiere som bidro med kompetanse for å styrke tjenesten: «Men de individuelle utøverne på sykepleiersida opplever jeg som kompetente». Sykepleierne ønsket seg mer kompetanse på flere områder, men mente de hadde tilstrekkelig kompetanse til å håndtere utfordringene så langt.

*2. Sykepleiekompetanse handler om mangfold.* Det var stor uenighet blant sykepleierne i den ene fokusgruppen om omfanget av utfordrende sykepleieoppgaver. Noen satte likhetstegn mellom «trivielle oppgaver» og «kjedelig arbeidsdag». En sykepleier uttalte: «Det kan sikkert variere fra sone til sone, for jeg opplever at det er kjedelig! Vi har liksom ikke noen utfordringer». Andre syntes de hadde mange utfordrende oppgaver. Det ble nevnt ferdigheter som stell og håndtering av Venous Access Port (VAP) og Sentralt venekateter (SVK). Avanserte prosedyrer ble framhevet som utfordrende sykepleieoppgaver. Dette utløste en diskusjon om hva sykepleieoppgaver er, og konklusjonen i gruppen viste til mangfoldet i arbeidsoppgavene. Sårstell, observasjoner, ernæring, ivaretagelse av personlig hygiene, medisinsk teknisk utstyr, dokumentasjon, forebyggende arbeid, veiledning og klinisk vurderingsevne ble trukket frem.

*3. Øke den kollektive kompetansen.* Enhetsleder fortalte om arbeidet med å rekruttere fagpersonell, samt motivere ufaglærte til å starte på utdanning. Enhetslederen ønsket mer tid

til kurs og internundervisning, men stramme økonomiske rammer gjorde at man fokuserte på drift. «Altså, vi skal jo spare så mye att det knipes jo inn over alt og det også fører til at mye av fagligheten blir borte. Det er ikke fokus på fag og utvikling, det er fokus bare på rein drift. Og det er det vi blir målt på.» Flere av sykepleierne ønsket faglig påfyll gjennom kurs eller undervisning, uten at dette ble relatert til samhandlingsreformen. De ønsket «å friske opp

### Strukturelle begrensninger

Sykepleierne beskrev handlingsrommet for bruk av egen kompetanse som begrenset av tidspress, manglende ressurser og uhen-siktsmessig arbeidsfordeling. En sykepleier sa: «Vi snakker om ressursmangel, vi snakker om at vi ikke har tid til å gjøre de oppgavene som det faktisk kreves kompetanse til, også er det en sånn arbeidsfordeling!» Sykepleierne skilte altså mellom hva de anser som oppgaver alle kan gjøre og hva som krever

### DISKUSJON

#### Metodologiske betraktninger

Resultatene fra studien må tolkes med forsiktighet, siden de baseres på erfaringer fra ansatte i kun én mellomstor kommune. Utvalget er derfor ikke representativt for alle hjemmesykepleietjenester i norske kommuner. Samtidig representerer informantene i denne studien en variasjon innenfor alder, arbeidserfaring og kompetanse. Av den grunn kan og bør deres erfaringer diskuteres i forhold til andre hjemmesykepleietjenester. Et viktig korrigerende perspektiv, som mangler i denne studien, er pasientenes og pårørendes erfaringer med og synspunkter på sykepleiernes kompetanse.

En refleksjon over på hvilke måter forskerens posisjon, perspektiv og tilstedeværelse påvirker forskningsprosessen, styrker forskningsresultatene troverdighet (26, 29). Før vår studie startet hadde første-forfatter jobbet i den aktuelle kommunen i et halvt år med administrative oppgaver og fagutvikling. Førsteforfatters stilling, kjennskap til kommunen og relasjon til informanter, har preget valg av forsknings-spørsmål, gjennomføring av intervjuer, analysen og presentasjon av funn. Samtidig har kjennskap til forskningsfeltet bidratt til en unik innsikt som gjorde det mulig å identifisere mønstre og kompleksitet som var mindre synlig for en uten-forstående (31). Førsteforfatters grep for å styrke påliteligheten gjennom hele forskningsprosessen har vært å øke bevisstheten rundt egen forskerrolle og for-forståelse. Samt bruk av teori og annen forskning forsøkt å skape avstand til og perspektivere materialet.

## ” Individuell kompetanse er ikke tilstrekkelig.

det gamle, gjerne kurser eller hospitere på sykehuset en uke». Områdene «rus og psykiatri, geriatri og sårbehandling» ble nevnt spesifikt. Flere av sykepleierne var opptatt av hvordan kommunen skulle øke de ufaglærtes kompetanse, og én stilte spørsmålet: «Hvordan øke ufaglærtes kompetanse når de ikke har noe grunnleggende kunnskap å bygge videre på?»

4. *Kompetanse som holdning.* Kommunalsjefen var opptatt av at kompetansebehovet var noe mer enn behov for tekniske ferdigheter – at det også handlet om innstillinger og holdninger til pasientens bistandsbehov. Kommunalsjefen uttrykte at hjemmesykepleien hadde en tendens til å overta oppgaver som pasientene kunne klare selv: «Så det med å la folk få kunne klare seg selv lengst mulig, det er en del av samhandlingsreformens credo. Og da trur jeg ikke man trenger mer tekniske ferdigheter, men man trenger en forståelse ... Kompetanse har med innstilling og holdninger å gjøre også». Her pekte kommunalsjefen på at den kollektive forståelsen bør endres.

sykepleiefaglig kompetanse. En sykepleier påpekte: «Møte med samhandlingsreformen, rett kompetanse på rett sted til rett tid [...] Det er liksom en tankevekker når du går ut og varmer Fjordland når du har gått tre år på høyskolen og videreutdanning og har masse kompetanse fra før av. Så da har du faktisk kompetanse til å varme den Fjordlanden».

Sykepleierne uttrykte betydelig misnøye med hvordan de fikk brukt sin kompetanse. Brannslukningsarbeid ble deres hovedoppgave, framfor å bruke tiden på faglige kliniske vurderinger og iverksetting av forebyggende tiltak: «Nei, her er det ikke bare å ta en stiks når pasienten er forvirra og så ferdig med det, ikke noe utslag eller noen ting, da er vi ferdig med det. Pasienten er fortsatt forvirra – hvorfor er pasienten forvirra?». Forhold utenfor sykepleiernes kontroll, som tidspress, uhen-siktsmessig arbeidsfordeling og flere tilleggsoppgaver, vil kunne forstås som strukturelle begrensninger for sykepleiernes bruk av egen kompetanse.

### Gjensidig avhengighet

I likhet med tidligere studier (1–3), viser våre funn at utskrivningsklare pasienter blir tatt imot raskere i kommunen, og de er sykere enn tidligere. Dette var et av flere forventete resultater av samhandlingsreformen og har skapt bekymring for om sykepleiekompetansen ute i kommunehelsetjenesten er tilstrekkelig (32). Som analysen viser er informantene relativt samstemte i, at på tross av en viss økning av sykere og mer tidkrevende pasienter, har sykepleierne tilstrekkelig kompetanse. Utfordringen for sykepleierne er at god individuell sykepleiefaglig kompetanse ikke er nok når kvaliteten på tjenesten baserer seg på gjensidig avhengighet og samarbeid. Flere ansatte mangler formell kompetanse. Man vil ikke nødvendigvis etablere kompetent og felles forståelse selv om sykepleier gir utfyllende opplysninger om observasjoner og hvordan tiltak skal følges opp.

Flere studier viser til den bredden i kompetanse som en sykepleier i hjemmesykepleien må ha (10,15). Gjevjon har et interessant poeng når hun hevder at sykepleiere gjerne framstiller relasjonen til pasienten som det mest sentrale i sykepleiefaget, og på den måten bidrar til å underkommunisere kompleksiteten og de krevende oppgavene sykepleiere skal forholde seg til. Dette kan være med på å skape en forståelse i samfunnet om at sykepleie er noe alle kan gjøre (33).

### Idealer i endring?

Sykepleierne i vår studie opplever ingen økning av kompetansekrevende oppgaver ett år etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er interessant å se våre funn i lys av utviklingen i England, USA og Australia,

hvor de i flere tiår har utdannet sykepleiere med avansert klinisk kompetanseprofil (34). I Danmark har forandringer i oppgavefordelingen ført til flere og nye kliniske oppgaver, mer ambulansetjeneste og mer diagnose-spesifikke oppgaver i hjemmesykepleien (35). Mye tyder på at det også i Norge vil komme en tydeligere oppgavefordeling, der sykepleieoppgavene i større grad blir mer spesialisert og rettet mot diagnoser (36). Mens de tradisjonelle pleie- og omsorgsoppgavene vil ivaretas av andre yrkesgrupper. Særlig interessant blir det å se denne arbeidsfordelingen i lys av idealet om helhetlig sykepleie (37). Et slikt ideal vil nødvendigvis utfordres hvis sykepleierne i første rekke skal utføre isolerte sykepleieoppgaver.

### Politiske ambisjoner

Et annet vesentlig funn er sykepleiernes opplevelse av at kompetansen ikke brukes på rett sted til rett tid. Dette gjenfinner vi i Tønnessens studie, som viser at lav bemanning og stor arbeidsmengde gjør at sykepleierne må prioritere hardt mellom pasienter og oppgaver, og at kvaliteten på pleie- og omsorgstilbudet blir dårligere (19). Kravet

det uoverstigelige gapet mellom tilgjengelige ressurser og politiske målsettinger i pleie- og omsorgstjenestene (19,21,38). Dette viser også hvordan muligheten til å nå organisasjonens mål begrenses av ytre faktorer som ressurstilgang, både økonomisk og i form av profesjonell kompetanse (22).

Det er interessant at innstillinger og holdninger til pasienters bistandsbehov løftes fram når sykepleiernes kompetanse tematiseres. Det ser ikke ut til at det eksisterer en felles forståelse av hvilke krav og utfordringer hjemmesykepleien står ovenfor. Her eksisterer det et spenningsforhold mellom de ambisjonene ledelsen har på vegne av nasjonale politiske målsettinger – og sykepleiernes pressede arbeidssituasjon. Lederne stiller spørsmål ved sykepleiernes fokus, mens sykepleierne etterlyser handlingsrom.

### KONKLUSJON

Et år etter innføringen av samhandlingsreformen var det ingen merkbar økning i kompetansekrevende oppgaver. Informantene var relativt samstemte i at sykepleierne samlet sett hadde nok kompetanse.

” Det er ikke fokus på fag og utvikling, det er fokus bare på rein drift.

til prioritering av arbeidsoppgaver kommer tydelig frem også i vår studie. Oppgaver som dekker de daglige grunnleggende behovene prioriteres, kliniske vurderinger, helsefremmende og forebyggende arbeid blir nedprioritert. Stramme økonomiske rammer gjør det utfordrende å skape rom for fag og utvikling. Dette funnet samsvarer med flere andre studier som har vist

Utfordringen, som spesielt sykepleierne framhevet, var at god sykepleiefaglig kompetanse ikke er nok når kvaliteten på tjenesten baserer seg på gjensidig avhengighet mellom de mange ansatte. Kompetansen må derfor styrkes i alle ledd og de økonomiske rammene må økes for å kunne skape det handlingsrommet som sykepleierne etterlyser. I tillegg forutsetter implemente-

ring av samhandlingsreformen og dens idégrunnlag en felles forståelse av målsettinger og utfordringer.

Vi ser behovet for at flere lignende studier utføres i kom-

munehelsetjenesten nå som erfaringene og konsekvensene av samhandlingsreformen begynner å gjøre seg gjeldende. Når vi ser på utviklingen i andre europeiske land er det sannsynlig at

hjemmesykepleien etter hvert vil møte krav om å håndtere flere nye klinisk avanserte oppgaver. Dette indikerer at utfordringene som denne artikkelen løfter frem blir ytterligere aktualisert.

#### REFERANSER

1. **Grimsmo A.** Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*. 2013;2:148–55.
2. **Helsedirektoratet.** Samhandlingsstatistikk 2011–2012. 2013 [01.05.2014]; <http://www.helsedirektoratet.no>.
3. **Helsedirektoratet.** Samhandlingsstatistikk 2012–2013. 2014 [01.05.2014]; <http://www.helsedirektoratet.no>.
4. **Hofseth C, Norvoll R, Unimed S.** Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Trondheim: Sintef Unimed, 2003.
5. **Kalseth B, Midttun L, Paulsen B, Nygård L, Helse S.** Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten: – oppgaveutvikling og samspill. Trondheim: Sintef Helse, 2004.
6. **Gautun H, Hermansen Å.** Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. 2011 [01.05.2014]; Available from: <http://www.nsf.no>.
7. **Hermansen Å.** Pleie- og omsorgssektoren i de nordiske land. 2011 [30.10.2014]; <http://www.fafo.no>.
8. **World Health Organization.** Home care in Europe. The solid facts. <http://www.euro.who.int/>; Università Commerciale. Luigi Bocconi, 2008.
9. **St. meld. 47** (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
10. **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». *International Journal of Older People Nursing*. 2013;10:59–72.
11. **Eraut M.** Developing professional knowledge and competence. London, UK: Falmer Press; 1994.
12. **Cowan DT, Norman I, Coopamah VP.** Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. *Nurse Education Today*. 2005;25:355–62.
13. **Fjørtoft A-K.** Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
14. **Gjevjon ER.** Continuity in long-term home health care. Perspectives of managers, patients and their next of kin. [Doktoravhandling]: Universitetet i Oslo; 2014.
15. **Melin-Johansson C, Axelsson B, Gaston Johansson F, Danielsson E.** Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative home care team. *Eur J Cancer Care*. 2010;2:243–50.
16. **Norsk Sykepleierforbund.** I effektiviseringsnavn ... 2012 [30.09.2014]; Available from: <http://www.nsf.no>.
17. **Meld. St. 25** (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
18. **Helsedirektoratet.** Årsrapport 2010 – Omsorgsplan 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
19. **Tønnessen S.** The challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service [Doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
20. **Vike H.** Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet. Oslo: Akribes a.s.; 2004.
21. **Vabø M.** Hva er nok?: om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 1998.
22. **Djupvik AR, Eikås M.** Organisert velferd: organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidrarar. Oslo: Samlaget; 2010.
23. **Norheim KH.** Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – strukturenes innvirkning på bruk av egen kompetanse. 2013.
24. **Halkier B, Gjerpe K.** Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
25. **Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J.** Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
26. **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
27. **Alver BG.** Ansvar for den enkelte. 2009 [29.10.2014]; <http://www.etikkom.no>.
28. **Nilssen VL.** Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
29. **Finlay L.** «Outing» the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*. 2002;12(4): 531–45.
30. **Bazeley P.** Qualitative data analysis: practical strategies. London: Sage; 2013.
31. **Patton MQ.** Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications; 2002.
32. **Opsahl G, Solvoll B-A, Granum V.** Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien Forskning*. 2012;100: 60–3.
33. **Gjevjon E.** Et ideal i utakt?: Sykepleien.no; 2012 [23.05.2014]; <http://www.sykepleien.no>.
34. **Pulcini J, Loke AY, Gul R, Jelice M.** An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practise and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42: 31–9.
35. **Vinge S, Kilsmark J.** Hjemmesykepleiens oppgaver i utvikling. *Dansk Sundhedsinstitutt*; 2009 DSI-prosjekt nr. 2670.
36. **Grimsmo A.** Veien frem til helhetlig pasientforløp. 2012 [04.03.2013]; <http://www.nhn.no>.
37. **Norsk Sykepleierforbund.** Yrkeseiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2011.
38. **Vike H, Bakken R, Brinchmann A, Haukelien H, Kroken R.** Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademisk; 2002.