



Sykepleiers erfaring med akutt funksjonssvikt hos hjemmeboende sårbare eldre

Line Hurup Thomsen
Diakonhjemmet Høgskole
Lovisenberg diakonale høgskole

Mastergradsoppgave i
helsetjenester til eldre

Antall ord: 20020
01.12.2015

Forord

I fire år har jeg vært deltidsstudent ved masterstudiet helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet Høgskole og Lovisenberg diakonale høgskole. Jeg har pendlet til Oslo for jevnlig samlingsuke, og jeg har gledet meg til hver samlingsuke hvor jeg har møtt kunnskapsrike og rause medstudenter og lærere.

Først og fremst vil jeg takke min tidligere arbeidsgiver Kari Anstensrud ved Eiganes hjemmebaserte tjenester, Stavanger kommune, som oppmuntret og støttet meg da jeg ønsket å starte på studiet. Videre en stor takk til nåværende arbeidsgiver Unni Rostøl ved Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Rogaland, som har tilrettelagt og støttet meg under hele prosessen frem mot mål. Deres velvillighet og oppmuntring har vært uvurderlig i denne tiden.

Jeg må også takke alle virksomhetsledere som velvillig hjalp og tilrettela for at jeg skulle få rekruttert og intervjuet informanter på deres arbeidsplasser. Tusen takk også til dere som stilte som informanter og bidro med deres kunnskaper og erfaringer fra sykepleieryrket i hjemmesykepleien.

Takk til min veileder, Anne Lene Sørensen for konstruktiv og systematisk veiledning. Du har utfordret meg, men også delt av din store erfaring og kunnskap og hjulpet meg i mål.

En stor takk må også stilles til mine gode kollegaer, Kine Gjesdal, Randi Skumsnes og Arnt Egil Ydstebø som har bidratt i gode diskusjoner og uvurderlig hjelp til korrekturlesning og kommentarer underveis.

Sist, og ikke minst, må jeg også takke min tålmodige og støttende mann, Jakob. Du har støttet meg underveis og oppmuntret meg i tunge perioder. Takk også til våre barn, Alexander og Mathea, som har vist stor tålmodighet og forståelse for en tidvis fraværende mor.

Sammendrag

Bakgrunn: Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009) har ført til en endret ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. De største endringer i kommunale omsorgstjenester har de siste tiår skjedd i hjemmetjenestene, hvor hjemmetjenesten øker med en stadig større gruppe av behandlings- og pleietrengende pasienter. Hjemmesykepleiere vil dermed stå overfor nye utfordringer hvor der stilles krav til mer spesialisert kompetanse.

Hensikt: Hensikten med studien er å utforske sykepleiers erfaring med utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt.

Teoretisk forankring: Kirkevolds modell om personlig sykepleiekompetanse og sykepleiepraksis i ulike situasjoner. Benners modell, fra novise til ekspert.

Metode: I studien anvendes et kvalitativt utforskende design med en hermeneutisk tilnærming. Det er gjennomført syv delvis strukturerte intervju med sykepleiere fra en storbykommune i Norge. Kvalitativ innholdsanalyse etter inspirasjon fra Lundman og Graneheim (2004) ble benyttet.

Resultat: Utfordringer informantene fremhevet er sammensatte, og kom til uttrykk gjennom symptomer og sykdom hos pasienten, rammer og organisering, kommunikasjon og samarbeid samt etiske overveielser. Studiens funn indikerer et behov for spesialisert sykepleiekompetanse: behov for situasjonsvurderingskompetanse, organisatorisk- og planleggingskompetanse, samarbeid- og kommunikasjonskompetanse samt etisk kompetanse.

Konklusjon: Funn i masteroppgaven indikerer behov for en mer systematisk tilrettelegging av et arbeidsmiljø som bidrar til kvalifisert pasientpleie. Studiens funn synliggjør også behov for sykepleiere med geriatrik vurderings- og handlingskompetanse for å ivareta de hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt.

Nøkkelord: Eldre, skrøpelige, akutt funksjonssvikt, hjemmesykepleie, kompetanse

Summary

Background: The aim of Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009) is to shift responsibilities and tasks from the specialist health care to municipal health and social care in Norway. The consequent changes in municipal health services have been mostly in the home care services with earlier discharge from hospital, more use of outpatient treatment and pressure to keep chronically ill and multimorbid patients out of the hospitals. As a consequence home care nurses need more specialized skills and competence.

Purpose: The purpose of this study is to explore nurses experience with challenges and their need for competence when caring for homebound frail elderly with acute malfunction.

Theory: Kirkevolds model of personal nursing skills and nursing practice in different situations. Benner's model, from novice to expert.

Method: A qualitative exploratory design with a hermeneutic approach was conducted. Seven nurses from a city municipality in Norway were interviewed using semi-structured interviews, and analysis was performed applying a qualitative content analysis inspired by Lundman and Granheim (2004).

Result: The informants highlighted complex challenges, expressed through conditions of patients' symptoms and disease, framework and organization, communication and collaboration, as well as ethical considerations. The findings indicate a need for specialized nursing skills: a particular need for situation assessment competence, administrative- and planning skills, teamwork and communication skills, and ethical competence.

Conclusion: Findings in this master thesis indicate that nurses lack proper organizational frameworks when caring for homebound frail elderly with acute malfunction. The results also indicate need for specialized nurses with geriatric- and management assessment-skills when caring for the homebound acute sick geriatric patient.

Keywords: Elderly, frail, acute malfunction, homecare, competence

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INNLEDNING | 6 |
| 1.1 | Den sårbare eldre..... | 7 |
| 1.1.1 | Skrøpeligheit | 7 |
| 1.1.2 | Multisykelighet..... | 7 |
| 1.1.3 | Funksjonssvikt..... | 8 |
| 1.2 | Akutt funksjonssvikt hos sårbare eldre | 8 |
| 1.3 | Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter..... | 9 |
| 1.4 | Problemstilling og forsknings spørsmål..... | 11 |
| 2 | TEORETISK RAMMEVERK | 12 |
| 2.1 | Hva er sykepleiekompetanse..... | 12 |
| 2.2 | Sykepleiepraksis i ulike situasjoner | 13 |
| 2.2.1 | Sykepleie ved akutte pasientsituasjoner | 14 |
| 2.2.2 | Sykepleie ved problematiske pasientsituasjoner | 15 |
| 2.3 | Sykepleiekompetanse i møtet med den sårbare eldre med akutt funksjonssvikt | 16 |
| 3 | TIDLIGERE FORSKNING | 18 |
| 3.1 | Fagprosedyre og artikler som belyser akutt funksjonssvikt..... | 19 |
| 3.2 | Artikler som belyser delirium | 20 |
| 3.3 | Artikkel som belyser vurderingsverktøy | 21 |
| 3.4 | Artikler som belyser kommunikasjon mellom helsepersonell | 22 |
| 3.5 | Artikler og rapporter som belyser generelle kompetansebehov og utfordringer i hjemmesykepleien..... | 22 |
| 3.6 | Kort oppsummering av tidligere forskning | 24 |
| 4 | METODE | 25 |
| 4.1 | Bakgrunn for valg av metode | 25 |
| 4.2 | Min forforståelse | 26 |
| 4.3 | Strategisk utvalg..... | 28 |
| 4.4 | Rekruttering av informanter | 28 |
| 4.5 | Det kvalitative forskningsintervju..... | 30 |
| 4.6 | Intervjuguide | 31 |
| 4.7 | Transkribering av intervju..... | 32 |
| 4.8 | Analyse av det empiriske materialet | 32 |
| 4.9 | Studiens troverdighet | 37 |
| 4.10 | Forskningsetiske vurderinger | 39 |
| 4.11 | Kritiske refleksjoner over kvalitativ metode..... | 41 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5 | PRESENTASJON AV FUNN | 42 |
| 5.1 | Hvilke utfordringer møter sykepleier hos den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt?..... | 42 |
| 5.1.1 | Symptomer og sykdom hos pasienten | 42 |
| 5.1.2 | Rammer og organisering | 43 |
| 5.1.3 | Kommunikasjon og samarbeid..... | 45 |
| 5.1.4 | Etiske overveielser | 47 |
| 5.2 | Hvilken kompetanse anser sykepleier nødvendig i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt? | 48 |
| 5.2.1 | Situasjonsvurderingskompetanse | 48 |
| 5.2.2 | Organisatorisk- og planleggingskompetanse..... | 49 |
| 5.2.3 | Samarbeid- og kommunikasjonskompetanse | 49 |
| 5.2.4 | Etisk kompetanse..... | 51 |
| 6 | DISKUSJON..... | 52 |
| 6.1 | Situasjonsvurderingskompetanse kontra utfordringer ved symptomer og sykdom hos pasienten..... | 52 |
| 6.2 | Organisatorisk- og planleggingskompetanse kontra rammer og organisering..... | 57 |
| 6.3 | Samarbeid- og kommunikasjonskompetanse kontra utfordringer med kommunikasjon og samarbeid..... | 59 |
| 6.4 | Etisk kompetanse kontra etiske overveielser | 63 |
| 6.5 | Implikasjoner for praksis..... | 65 |
| 6.6 | Videre forskning..... | 66 |
| 7 | EN OPPSUMMERENDE SAMMENFATNING | 68 |
| 8 | LITTERATURLISTE | 69 |

VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til virksomhetsledere hjemmebaserte tjenester

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Eksempel på søkehistorikk fra SveMed

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 6: Kopi av frammøte masterseminar

1 Innledning

I fremtiden vil antall eldre øke og veksten av de eldste eldre er stigende. Med stigende alder vil forekomst av sykdom, skader og varierende grader av funksjonsnedsettelse også tilta (St.meld. nr 29 (2012-2013):40/41). I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede vekst i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Det vil si at kommunene skal sørge for en helhetlig pasientforløpstenkning hvor forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging i størst mulig grad søkes dekket innen beste effektive omsorgsnivå (St.meld. nr 47 (2008-2009):15). Det trekkes frem at aktuelle fremtidige kommunale helsetjenesteoppgaver vil være å behandle pasienter før sykehusinnleggelse, i stedet for unødvendige innleggelser, eller etter endt sykehusopphold. I det innbefattes blant annet behandling av pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom) forverring, infeksjoner, ernæringsvikt og medikamentjusteringer i kommunehelsetjenesten (ibid:28).

De største endringer i kommunale omsorgstjenester har de siste tiår først og fremst skjedd i hjemmetjenestene, hvor hjemmetjenesten øker med en stadig større gruppe av behandlings- og pleietrengende pasienter (St.meld. nr 29 (2012-2013):33, Omsorg 2020 2015:7). Hjemmesykepleiere vil dermed stå overfor nye utfordringer hvor der stilles krav til mer spesialisert kompetanse (Helsedirektoratet 2012:93).

Med bakgrunn i ovenstående opplysninger kan det antas en vekst av sårbare eldre med akutt funksjonssvikt i hjemmet. Denne pasientgruppe representerer akutt sykdom med atypiske og diffuse symptomer, hvilket medfører større krav til sykepleiers kompetanse. Jeg ønsker derfor med denne studie å se nærmere på sykepleiers utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt. Studien er en kvalitativ studie gjennomført ved delvis strukturerte intervju av sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien.

I det følgende vil jeg presentere den sårbare eldre pasient, hvordan opptrer akutt funksjonssvikt hos den sårbare eldre, og hva er hjemmesykepleie. Deretter blir problemstilling, aktuell teori og forskning, mine metodiske overveielser, funn og diskusjonsdel, oppsummerende sammenfatning og konklusjon presentert.

1.1 Den sårbare eldre

Jeg velger i min studie å fokusere på den eldre sårbare pasient over 80 år. Å være sårbar innbefatter skrøpeligheit, multisykkelighet (to eller flere kroniske sykdommer) og funksjonssvekkelse (svikt i en eller flere av dagliglivets funksjoner) (Ranhoff 2010:76). Denne pasient omtales ofte som den geriatriske pasient (Wyller 2011:18). Jeg vil videre i oppgaven benytte både begrepet eldre og gammel, da jeg anser dem som sidestilt.

1.1.1 Skrøpeligheit

Skrøpeligheit øker med alderen (Lucas og Kennedy-Malone 2014:31). Den vanligste definisjon på skrøpeligheit er Linda P. Fried's definisjon på fenotypisk skrøpeligheit (Wyller 2011:24). I følge Fried m.fl. må en eldre person ha tre eller flere av følgende karakteristika for å defineres som skrøpelig; lav fysisk aktivitet, muskelsvakhet, langsom ganghastighet, tretthet, lav utholdenhet eller ufrivillig vekttap (Ranhoff 2010:77). Dette er også en konsensus i fagmiljøet, skrøpeligheit er altså ingen tilstand der kun en av tilstandene er involvert (Lucas og Kennedy-Malone 2014:30). Aldersforandringer har stor betydning for å utvikle skrøpeligheit. Personer som røyker, er deprimerte, har kroniske medisinske problemer eller er undervektige utvikler også lettere skrøpeligheit (Ranhoff 2010:77). Når skrøpelige eldre rammes av en hendelse blir ofte konsekvensene mer alvorlige enn hos de spreke eldre. Skrøpelige eldre har generelt økt risiko for fall og fallskader, infeksjoner, delirium, trykksår, ernæringssvikt, dehydrering, nyresvikt, blodpropp, legemiddelbivirkninger, hypo- og hypertermi (ibid 2010: 79/80). Den skrøpelige eldre har økt risiko for sykehusinnleggelse, institusjonalisering og død (Lucas og Kennedy-Malone 2014:31).

1.1.2 Multisykelighet

Å være multisyk innebærer at en person har to eller flere diagnostiserte kroniske sykdommer og/eller skader i ulike kombinasjoner (Akner 2010:2708). Flere sykdommer på en gang kompliserer pasientens situasjon. Den multisyke gamle er vanskelig å diagnostisere, noe som kan medføre mangelfull behandling. De bruker mange legemidler som igjen gir økt risiko for bivirkninger. Hvis behandlingene for de ulike sykdommer har negative konsekvenser for hverandre, vil kun den mest alvorlige sykdommen bli behandlet. De har også økt risiko for akutt sykdomsforverring. De multisyke eldre har større risiko for inaktivitet, ernæringssvikt, depresjon, funksjonssvikt og økt dødelighet (Ranhoff 2010:81). Det er utfordrende å gi

sykepleie til pasientgruppen. Sykepleier må gjøre seg kjent med hvilke sykdommer pasienten har (medisinske diagnoser), sykdommenes alvorlighetsgrad og konsekvenser sykdommene har på pasientens funksjon, livskvalitet og forventet levetid (ibid 2010:81).

1.1.3 Funksjonssvikt

Det er alltid en eller flere årsaker til funksjonssvikt. Hos de aller fleste gamle er sykdom, senfølger etter sykdom og skade de viktigste årsaker til funksjonssvikt. Funksjonssvikt fører til at den gamle blir hjelpetrengende. Årsaken til funksjonssvikt må utredes slik at adekvat medisinsk behandling kan gis der det er mulig (Ranhoff 2010:82).

1.2 Akutt funksjonssvikt hos sårbare eldre

Kroppens fysiologi hos den eldre pasient adskiller seg betydelig fra de yngre menneskers fysiologi relatert til aldersforandringene. Den eldre pasients oftere tilstedeværelse av kroniske sykdommer kompliserer bildet ytterligere, og gjør diagnostikken vanskeligere. Akutt sykdom hos den eldre pasient og pasienter med kroniske lidelser ledsages av problemer med pleie og gjennomføring av behandling (Andersen m.fl. 2010:383). Aldring kjennetegnes av svekket evne til å opprettholde fysiologisk homeostase. Den akutte sykdomstilstand, uansett hvor i kroppen den oppstår, vil derfor hos den eldre pasient føre til økt belastning på kroppens homeostatiske mekanismer. Det vil si at reservekapasiteten lettest vil overskride i det organsystemet som er mest svekket av tidligere sykdom fra før. Eksempelvis vil personen med demens ved akutt sykdom, først og fremst få symptomer som forvirring på grunn av hans/hennes nedsatte reservekapasitet i hjernen (Wyller 2010:5).

Karakteristika ved akutt sykdom hos gamle er oppsummert sett; uspesifikke og atypiske symptomer, hyppig komorbiditet, hurtig forverring ved manglende behandling, høy insidens av komplikasjoner, pleiebehov som oppstår hurtig, samt etiske overveielser (Andersen m.fl. 2010:383). De uspesifikke og atypiske symptomer er vanligere dess eldre pasienten er, dess flere kroniske sykdommer pasienten har og jo mer preget pasienten er av sårbarhet (Wyller 2011:45). Den eldre sårbare pasient har oftere infeksjoner uten feber, hjerteinfarkt uten brystmerter, urinveisinfeksjoner uten sviende vannlatning og så videre. (Wyller 2010:5). De vanligste elementer i syndromet akutt funksjonssvikt er delirium (akutt forvirring), nyoppstått eller brått forverret falltendens, brått redusert mobilitet, nyoppstått eller brått forverret

urininkontinens og dehydrering (Wyller 2011:47). Akutt funksjonssvikt indikerer at pasienten sannsynligvis er akutt syk, men lite hva som feiler ham eller henne. Akutt funksjonssvikt kan ha flere årsaker og i mange tilfeller kan det være flere sykdommer på en gang. (Wyller 2010: 7). Prinsipielt vises noen vanlige årsaker til akutt funksjonssvikt i en indremedisinsk avdeling. Disse er infeksjonssykdommer (pneumoni, urinveisinfeksjon, sepsis, hudinfeksjoner/infiserte sår), akutt hjerteinfarkt, forverring av hjertesvikt, lungeemboli, nyresvikt (akutt, akutt forverring av kronisk nyresvikt), gastrointestinal blødning med anemi, urinretensjon, legemiddelbivirkninger, ukontrollert diabetes eller hjerneslag (Wyller 2011:49). Dette understreker viktigheten av å undersøke pasienten grundig og se alle kliniske funn i sammenheng. En bred diagnostisk tilnærming er nødvendig (Wyller 2010:7).

Ved funksjonssvikt er det også av stor betydning å fokusere på hvor raskt symptomene har utviklet seg. Jo raskere det har utviklet seg og dess mer pasientens generelle allmenntilstand er påvirket, desto mer haster det å komme i gang med behandling. En rask diagnostisering og behandling øker sannsynligheten for at pasienten overlever. Det vil også bidra til å bedre sjansen for at funksjonsnivået forbedres slik at svikten ikke blir varig (Wyller 2011:47). Der finnes ikke en internasjonal akseptert definisjon av funksjonssvikt, og hvordan inndelingen bør foretas ut fra et tidsforløp. Derfor foreslår Wyller at akutt funksjonssvikt forekommer når tapet av funksjon har strukket seg maksimalt over en uke (2011:48). Jeg har valgt å ta det som utgangspunkt i denne studie.

1.3 Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter

Hjemmesykepleie er i dag en viktig del av helsetjenesten. Mottakere av rene helsetjenester i hjemmet øker, og de totale utgifter i omsorgsektoren viser at hjemmesykepleien står for større utgifter enn institusjon. Den største gruppen som mottar hjemmesykepleie er over 80 år (Statistisk sentralbyrå 2013). Hjemmesykepleie tildeles gjennom vedtak etter saksbehandlingsregler som gjelder all offentlig forvaltning. Søknad om hjemmesykepleie blir vurdert på et faglig og juridisk grunnlag. I vedtaket oppgis det hvilke tiltak som er innvilget, hvor ofte hjelpen skal gis og hvor lenge vedtaket skal vare (Fermann og Næss 2010:199).

Pasienttilfanget i hjemmesykepleien påvirkes av demografisk utvikling, og av kapasiteten i sykehus og sykehjem (Birkeland og Flovik 2014:17). I sykehus er antall liggedøgn gått kontinuerlig ned siden 2004 (Statistisk sentralbyrå 2013), og i kommunehelsetjenesten er

antall institusjonsplasser redusert. Det legges til rette for korttidsopphold ved behov for akutt hjelp, i overgangen mellom sykehus og hjemmet, eller avlastning for pårørende. Mange pasienter kommer tidlig rett hjem fra sykehusopphold og vil da være avhengig av hjelp fra hjemmesykepleien. Denne endring har medført at kommunehelsetjenesten har fått ansvar for pasientgrupper som er sykere, og som har et større og mer faglig krevende pleiebehov (Birkeland og Flovik 2014:17). Dette stiller krav til hjemmesykepleiens kapasitet og kompetanse (Birkeland og Flovik 2014:17/18).

Selvstendighet og mangfold av pasientsituasjoner særpreger arbeidet i hjemmesykepleien (Fermann og Næss 2010:197). Hjemmesykepleiers funksjon er å bidra til den enkeltes mestring av hverdagen i eget hjem. Hjemmesykepleie er et felles begrep for all sykepleie som utøves i pasientens hjem, enten den utføres av sykepleier eller annet helsepersonell. Å utøve hjemmesykepleie krever kompetanse, og det stilles formelle krav til utførelsen. Helsehjelp er handlinger utført av helsepersonell som er forebyggende, diagnostisk, behandlende, rehabiliterende eller har et pleie- og omsorgsformål (Birkeland og Flovik 2014:21). Sykepleieutøvelse i pasientens hjem medfører å møte unike mennesker i deres fysiske materielle/praktiske, sosiale og kulturelle omgivelser. Hjemmesykepleiens basis er kontakt, praktisk og fysisk omsorg, solidaritet og rettferdighet (Birkeland og Flovik 2014:27). Hjemmesykepleie er tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i lengre eller kortere tid. Det stilles ingen begrensninger til alder eller sykdom (Fermann og Næss 2010:198/199). Sykepleie i hjemmet er å ta ansvar for en kontinuerlig prosess i form av å vurdere behov, utføre pleie samt evaluere pasientens tilstand. Sykepleie i hjemmet må utøves i et helhetsperspektiv i et dynamisk samspill mellom pasient, pårørende og helsepersonell (Birkeland og Flovik 2014:24). Hjemmesykepleien er en form for sykepleiens allmennpraksis (ibid 2014:14). Jeg vil videre i oppgaven benytte begrepene hjemmesykepleie og hjemmetjeneste sidestilt.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å utforske sykepleieres erfaring med utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt.

Med utgangspunkt i betraktningene ovenfor, er studiens problemstilling følgende:

Hvordan erfarer sykepleier akutt funksjonssvikt hos den hjemmeboende sårbare eldre?

Problemstillingen søkes besvart gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke utfordringer møter sykepleier hos den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt?
2. Hvilken kompetanse anser sykepleier nødvendig i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt?

I de neste kapitler vil jeg fremstille teoretisk rammeverk og tidligere forskning som bidrar til å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg har gjennom grundige og omfattende litteratursøk funnet lite forskning spesifikt på temaet oppgaven belyser. Jeg velger derfor å bygge opp et teoretisk rammeverk bestående av teori som belyser; hva er sykepleierkompetanse, ulike sykepleiesituasjoner krever ulik kompetanse og til slutt hvilken kompetanse behøves i møtet med akutt funksjonssvikt hos den hjemmeboende sårbare eldre. Kapittel 3 Tidligere forskning, viser til forskning som belyser temaet der søkes besvart. Jeg velger også å trekke inn forskning som har sett på generelt kompetansebehov og utfordringer i hjemmesykepleien. Utfordringer som hjemmesykepleien opplever som en konsekvens av samhandlingsreformen.

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Hva er sykepleiekompetanse

Kompetanse betyr ”evne til å gjøre noe”. Kompetanse er å kunne bruke kunnskap og ferdigheter på en effektiv og god måte i konkrete situasjoner. Kompetanse innebærer evnen til å utvikle seg, og i det involveres både kognitive, sosiale og atferdsmessige egenskaper. Å ha kompetanse innebærer å handle fleksibelt og tilpasse sine handlinger i forhold til det situasjonen krever (Kirkevold 1996:37/38).

For å utøve kyndig sykepleie må en sykepleier ha tilegnet seg visse ferdigheter og kunnskaper gjennom utdanning og ved å utøve faget etter endt utdanning. Kunnskaper som trengs innen sykepleie er delvis av teoretisk og praktisk karakter. Det settes vanligvis et skarpt skille mellom disse to kunnskapsformer, men Kirkevold poengterer at kompetanse må sees i et videre syn (1996:28). Kirkevold påpeker at sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og anvendelsen av den i praktisk utøvelse går gjennom den personlige kompetanse. Hun sier at teoretisk, praktisk og etisk kunnskap må integreres i utøverens kompetanse for å innvirke på vedkommendes praktiske handlinger. Kunnskapene integreres gradvis gjennom en langvarig prosess der erfaring, intuisjon og refleksjon inngår (1996:28). Som Skau poengterer så vil det i arbeidshverdagen være vanskelig å skille de ulike sidene fra hverandre, derfor vil alle kompetanseområder spille inn i de konkrete handlinger (2011:76).

Det må også trekkes frem at profesjonelt arbeid endrer seg raskt. Ikke bare som et resultat av teknisk utvikling, men også som et resultat av sosiale og institusjonelle endringer. Eraut viser til to dimensjoner av profesjonell kompetanse; omfang og kvalitet. Omfanget innebærer hva en person er kompetent i, spekteret av roller, oppgaver eller situasjoner som kompetansen er etablert for. Kvalitetsperspektivet handler om å vurdere hvilket nivå den profesjonelle utøver er på. Som han påpeker vil det for mange oppgaver ikke være behov for bredt omfang eller spesiell ekspertise, men der vil alltid forekomme oppgaver hvor kvalitet vil være av spesiell betydning. Definerings av nødvendige kvalifikasjoner vil derfor være viktig (Eraut 1994:165-167). Benner benytter Dreyfusmodellen for å vise hvordan en sykepleier utvikler seg etter hvert som hun/han tilegner seg erfaring og kunnskap gjennom praktisk utøvelse av faget. Dreyfusmodellen hevder at ved å erverve og utvikle ferdigheter så vil en person passere fem ferdighetsnivåer. Fra novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig til ekspert. Dreyfusmodellen bygger på de situasjonsbetingede og erfaringsbaserte premisser. Modellen

skjelner mellom et ferdighetsnivå en person kan oppnå ved innlæring av prinsipper og teori i et klasserom og den kontekstavhengige vurdering og ferdighet som kun kan oppnås ved å delta i konkrete situasjoner. Modellen er situasjonsorientert og i mindre grad opptatt av individuelle egenskaper eller talent (Benner 1995:29/36).

2.2 Sykepleiepraksis i ulike situasjoner

Kirkevold trekker også frem at sykepleiepraksis spenner over ulike situasjoner. Ulike situasjoner har ulike utfordringer og stiller derfor ulike krav til kunnskap og kompetanse. Kirkevold deler sykepleiepraksis inn i fire ulike pasienthendelsesforløp. Disse er akutsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. Hun sier videre at situasjonsinndelingen må betraktes som et analytisk redskap for å kunne beskrive forskjeller mellom ulike typer sykepleiepraksissituasjoner. Hun poengterer også at det vil i de fleste tilfeller være elementer fra flere av praksissituasjonene tilstede samtidig. En pasientsituasjon kan være karakterisert med elementer fra flere av situasjonene samtidig, eller den kan endre seg fra en type til en annen over tid. De fire situasjoner skiller seg ad med hensyn til følgende aspekter. Hvordan sykepleier foretar kliniske vurderinger og beslutninger. Tiden sykepleier har til rådighet til å foreta kliniske vurderinger, gjøre beslutninger og gjennomføre nødvendig handling. Hvilke krav som stilles sykepleier i den aktuelle situasjonen, altså hvilke mål eller verdier som bør virkeliggjøres. Hvilke type handlinger situasjonen krever av sykepleier, altså mellommenneskelige, kommunikative, tekniske og koordinerende ferdigheter (Kirkevold 1996:51). Hva som kan karakteriseres som god sykepleie vil variere med type situasjon. Bedømmelsen av pleiens kvalitet og nødvendig kunnskap må dermed ha forskjellig utgangspunkt. God sykepleie handler om å virkeliggjøre aktuelle muligheter med ulik kunnskap og kompetanse hos sykepleier fra situasjon til situasjon (Kirkevold 1996:51/52).

Jeg velger videre å utdype akutte og problematiske situasjoner. Disse situasjoner er begge beskrivende for hva sykepleier møter og må håndtere i forhold til den aktuelle pasientgruppe som min studie fokuserer på.

2.2.1 Sykepleie ved akutte pasientsituasjoner

Sykepleiere opplever ofte situasjoner som krever raske avgjørelser og rask intervensjon fra deres side. Det typiske for slike situasjoner er pasientens behov for øyeblikkelig medisinsk behandling. På grunn av det anses ofte slike situasjoner ikke som sykepleiesituasjoner, men heller som medisinske situasjoner. Allikevel er det ofte sykepleiere som er nærmest når situasjonen oppstår, og dermed må de være i stand til å håndtere situasjonen på en god måte (Kirkevold 1996:53). Øyeblikkelig hjelp situasjoner er dramatiske, uventede, svært komplekse og uoversiktlige. Mulige pasientutfall av situasjonen er død, overlevelse med sekvele eller overlevelse uten varige men. Sykepleier må i følge Benner ha evnen til raskt å få oversikt over problemet, evne til å avpasse kravene og ressursene i situasjonen og evne til å håndtere situasjonen inntil legeassistanse er tilstede. I dette ligger sykepleiers evne til å gjennomføre nødvendige tekniske prosedyrer på en rask, sikker og effektiv måte. Handlingene må foretas mest mulig fornuftig i den rekkefølge som situasjonen tilsier. Sykepleier må evne å foreta flere handlinger på en gang. Sykepleier må tenke fremover for å forebygge komplikasjoner, og samtidig være tilstede i situasjonen og gjøre de nødvendige tiltak der og da. Sykepleier må trekke i de nødvendige tråder samtidig som hun mestrer sin egen rolle i situasjonen (Kirkevold 1996:53/54). Utover det sier Biordi at sykepleier i akutte situasjoner må ha evne til å beholde en rolig avbalansert oppførsel. Sykepleier må kontrollere og kanalisere personlige og faglige reaksjoner på en fleksibel måte i forhold til andre personer som er tilstede og deres evne til å håndtere situasjonen (Kirkevold 1996:54/55). Forskjellen mellom en dyktig og mindre dyktig mestring av situasjonen er derfor ekspertens evne til raskt å fatte hva som er på ferde og vite hvilke forholdsregler som må tas. Situasjonen krever kunnskap som strekker seg langt utover sykepleievitenskaplig kunnskap. Det kreves først og fremst medisinske basiskunnskaper samt tekniske, administrative og kommunikative ferdigheter. Det kreves også at tiden til kliniske vurderinger og planlegging reduseres til et minimum. Den kompetente handling må komme automatisk og umiddelbart, noe som forutsetter innlærte ferdigheter som beherskes på forhånd. Beherskelse av ferdigheter på forhånd bidrar til at sykepleier mestrer situasjonen uten unødvendige overveielser og med teknisk kyndighet. En best mulig håndtering av akuttsituasjoner vil derfor kreve en form for standardisering og øving i den grad det er mulig i ”treningsituasjoner”. Refleksjon over hendelser som ikke gikk bra, bidrar også til læring og forbedring av en eventuell lignende hendelse i fremtiden (Kirkevold 1996:55/56).

2.2.2 Sykepleie ved problematiske pasientsituasjoner

Problematiske situasjoner karakteriseres av at det er det individuelle ved situasjonen som er fremtredende. Hendelsen utvikler seg ikke slik som den ”vanligvis gjør”, og tiltak en sykepleier setter inn oppnår ikke den ”vanlige” effekt. De problematiske situasjoner må tydes og tolkes ved å se på de ulike sidene av situasjonen (hva dreier det seg om, hvilke mål og verdier skal virkeliggjøres, hva er effektive handlingsstrategier) (Kirkevold 1996:60). En type problematisk situasjon er at pasientens problem eller behov er uklar. Det kan skyldes pasientens uvanlige symptomer eller reaksjoner. Dette er i likhet med akutte situasjoner, men hvor akutte situasjoner imidlertid preges av tidsrammen, intensiteten og handlingstvungen. En annen type problematisk situasjon er når problemet og behovet er avklart, men det er ikke opplagt hva som er den beste sykepleie. Det kan skyldes pasientens eller pårørendes behov som står i motsetning til sykepleiers valg av tiltak. En tredje type problematisk situasjon er ustabile situasjoner der pasientens tilstand er svært usikker og variabel, eller utvikler seg ikke som forventet ut fra kunnskap eller erfaring. Slike situasjoner krever stadig re-evaluering fra sykepleierens side (Kirkevold 1996:56/57).

God sykepleie i problematiske situasjoner består av sykepleiers evne til å foreta tilfredsstillende kliniske vurderinger for å finne frem til hva er pasientens problem eller behov. Tidligere forskning viser at det som skiller den erfarne fra den uerfarne sykepleier er deres ulike evne til å oppfatte og tolke problematiske situasjoner. Den erfarne sykepleier vil raskt se situasjonen fra ulike synsvinkler og komme med mulige forklaringer. Hypotesene testes deretter ut for å finne hvilken som gir best mening og sammenheng. Den erfarne sykepleiers fortolkende evne er utviklet gjennom mange års erfaring med lignende situasjoner. I kontrast til den erfarne sykepleier er den uerfarne sykepleiers evne til å vurdere den problematiske situasjon. Den uerfarne sykepleier er ofte i stand til å identifisere de relevante aspekter med situasjonen, men de har vansker med å se dem i sammenheng. De har også vanskelig med å komme frem til en god tolkning av inntrykkene, da de ikke klarer å forholde seg til mer enn et inntrykk av gangen, eller ikke har kjennskap til hvilke tegn som er forbundet med ulike forklaringer. Deres begrensede evne til å vurdere den problematiske situasjon er relatert til deres manglende kunnskap og erfaring (Kirkevold 1996:57/58). Dette er i tråd med Benners Dreyfusmodell, fra novise til ekspert som beskrevet i kapittel 2.1 Hva er sykepleiekompetanse.

2.3 Sykepleiekompetanse i møtet med den sårbare eldre med akutt funksjonssvikt

Som tidligere beskrevet er tap av ferdigheter og tiltagende pleiebehov de mest iøynefallende symptomer ved sykdom hos gamle. Pasienten klarer ikke lengre å utføre oppgaver han eller hun greide før. Det kan være aktiviteter som å kle på seg, ordne seg mat, bevege seg omkring innendørs eller benytte toalettet. Denne hjelpeløshet og nyoppstått avhengighet kan medføre at funksjonstapet utelukkende møtes med forsterkede hjelpetiltak, og det er stor fare for at underliggende sykdommer ikke blir adekvat diagnostisert og behandlet (Wyller 2010:6).

Alle disse elementer i sykdomspresentasjonen medfører vanskeligheter for sykepleier i å observere pasientens tilstand, vurdere hvor alvorlig den er, og formidle og dokumentere endringer i pasientens tilstand til lege og kollegaer. utfordringene stiller derfor krav til sykepleier om blant annet å være årvåken, og systematisk kartlegge forandringer i den gamle pasients tilstand og funksjonsnivå (Ranhoff 2010:78). Som Ranhoff sier; ved akutt funksjonssvikt har sykepleier en sentral rolle når det gjelder å observere og tolke tegn på symptomer på akutt sykdom og eventuelt gi førstehjelp. Sykepleier må vurdere om legen skal tilkalles, eller pasienten trenger sykehusinnleggelse (2010:194). Hun påpeker videre hvilken funksjon spesielt sykehus og sykehjem sykepleieren har. I følge Ranhoff skal sykepleier i institusjon bidra til å ivareta både fysiske og psykososiale behov som har fokus på å bevare funksjon og lindre symptomer hos pasienten (2010:190). Institusjonssykepleierens observasjoner av pasienten er svært viktig for diagnostiseringen, og for å følge pasientens videre forløp. De observerte observasjoner må sykepleier kommunisere videre til lege og eventuelle andre teammedlemmer. Sykepleier bør observere vitale funksjoner, eliminasjon (obs urinretensjon, dehydrering), hud, kognitiv (obs demens) og fysisk funksjon (obs hørsel og syn) og psykososiale forhold (Ranhoff 2010:195). Andersen m.fl. viser også til viktigheten med å observere rusmisbruk og hjemmets innretning hvis pasienten er hjemmeboende (2011:384). Christensen (2011) fremhever viktigheten med systematiske observasjoner av pasientens vitale funksjoner. En første undersøkelse i form av å benytte ABC (DE) prinsippet blir anbefalt. ABC (DE) prinsippet er et akuttmedisinsk prinsipp som enkelt og systematisk skaffer oversikt over vitale funksjoner. ABC (DE) prinsippet skal sikre oversikt og ro slik at sykepleier og lege kan danne seg et overblikk og gjøre de riktige prioriteringer. ABC (DE) innebærer å skaffe seg oversikt over pasientens luftveier (frie og åpne), respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, respirasjonslyder, blodtrykk, puls, hudfarge og hvordan kjennes huden

(klam, kjølig, varm, tørr, hudturgor, ødem, hevelser osv), bevissthetsnivå (obs delir), neurologiske forhold (obs hjerneslag), blodsukker, pupillstørrelse, temperatur, smerter og en eventuell fullstendig kroppsundersøkelse (Christensen 2011:30-39, Legevakthåndboken 2015). Når fagpersonell har skaffet seg overblikk kan en videre aktuell basal behandling igangsettes av lege. En basal behandling må ofte igangsettes før en sekundær pasientoppfølging i form av en grundigere anamnese kan gjennomføres (Christensen 2011:30). Andersen m.fl. understreker at sårbare eldre ved akutte endringer nettopp bør følges opp med en grundig anamnese. En grundig anamnese innbefatter oversikt over kroniske lidelser, medisiner og undersøkelse av alle organsystemer (2011:383). Sviktens årsak kan være flere og bare en bred klinisk undersøkelse inklusiv røntgen, blodprøver, urinprøve, EKG og eventuelle andre spesialundersøkelser kan avsløre hva som feiler pasienten (Ranhoff 2010:180).

3 Tidligere forskning

Jeg har gjennomført et sammensatt litteratursøk etter forskning publisert de siste 15 år om akutt funksjonssvikt, hjemmesykepleie, kompetanse og sårbare eldre.

Det systematiske søk begynte med et søk etter aktuelle kunnskapsbaserte retningslinjer, fagprosedyrer og oppsummert forskning. Jeg fant da en norsk fagprosedyre som omhandler akutt funksjonssvikt hos eldre, og hvordan utrede og behandle dette i sykehus (Pettersen m.fl. 2014). Noe av denne kunnskap kan være overførbart til min studie, da den tydelig beskriver viktig kompetanse hos sykepleier og samarbeidet i det tverrfaglige team i møtet med akutt funksjonssvikt. Jeg valgte også å benytte fagprosedyrens kunnskapsgrunnlag som utgangspunkt i et såkalt «snøballsøk». Det vil si jeg gjennomgikk søkestrategier og referanser for å se om fagprosedyrens kunnskapsgrunnlag kunne benyttes i min studie.

Videre har jeg systematisk søkt etter relevant forskningslitteratur og studier i aktuelle databaser. Jeg har søkt i databasene CINAHL, SweMed+ og Ovid Nursing, og bygget opp tilpassede søkestrategier til de ulike databasene. Problemstillingen er utgangspunkt for definisjon av søkeord, og jeg har funnet ulike synonym for søkeordene (se tabell 1). De engelske søkeord kom jeg frem til i samarbeid med bibliotekar og fagfeller. I databasene SweMed+ og Ovid Nursing som har definerte emneord (MeSH-ord), brukte jeg disse i tillegg til de andre synonymene (tekstordene). Ved søk i CINAHL haket jeg av for ”Suggest Subject Terms” for å sikre at jeg brukte denne databasens forhåndsdefinerte emneord i søket. Søkeord som ble benyttet er beskrevet i tabell under (MeSH-ord er merket gult):

| Eldre | Skrøpelige | Akutt funksjonssvikt | Hjemmesykepleie/ sykepleie | Kompetanse |
|--------|---------------|----------------------|----------------------------|---------------------|
| Old* | Frail* | Acute malfunction | Home care | Competence |
| Elder* | Frail Elderly | Acute illness | Home health nursing | Clinical competence |
| Aged | | Acute disease | Home care nursing | |
| | | | Professional nurse | |
| | | | Geriatric assessment | |

Tabell 1. Oversikt over søkeord (MeSH-ord)

Jeg kombinerte først søkeordene i hver kolonne med "OR" og så kombinerte jeg disse resultatene fra de ulike kolonnene med "AND" (se eksempel på søk i vedlegg 4). Disse søkene gav ikke treff på direkte relevante studier. Derfor har jeg også søkt på kombinasjoner som ikke inneholdt alle de forskjellige søkeordene. Et eksempel er et søk i CINAHL på varianter av «clinical competence» i kombinasjon med «home health care» og «aged». Dette gav treff på over 300 artikler, og ved en gjennomgang av listen med titler og sammendrag, fant jeg noen artikler med en viss relevans.

Utover det har jeg også søkt etter aktuelle offentlige dokumenter, forskningsrapporter fra ulike utdanningsinstitusjoner, kompetansesentra og helseforetak, doktorgradsavhandlinger og annen aktuell litteratur som berører temaet.

Litteratursøket gav som beskrevet over ingen direkte treff på studier som belyser temaet akutt funksjonssvikt hos hjemmeboende sårbare eldre, utfordringer og behov for kompetanse hos sykepleier. Søkene gav imidlertid treff på noen av søkeordene enkeltstående, og akutt funksjonssvikt gav treff på elementer av bildet, da ofte i form av delir. Nedenstående gjennomgang består derfor av artikler og forskningsrapporter som har relevans for min studie, og som kan belyse temaet.

Jeg velger først å presentere fagprosedyre og artikler som belyser akutt funksjonssvikt, utfordringer og behov for kompetanse.

3.1 Fagprosedyre og artikler som belyser akutt funksjonssvikt

Fagprosedyren, Geriatri – Akutt funksjonssvikt hos eldre (2014) er utarbeidet ved Akershus universitetssykehus av Pettersen, Ommundsen, Hammerstad, Domaas, Ursin og Fure.

Prosedyren er basert på litteratur innen fagområdet. Prosedyrens hensikt er å sikre kunnskapsbasert utredning, behandling og rehabilitering av eldre pasienter over 65 år som innlegges i sykehus med akutt funksjonssvikt. Prosedyren beskriver organisatoriske tiltak og de ulike helsepersonells oppgaver i pasientforløpet.

Kilgore (2013) har på vegne av Britisk Geriatrisk Forening skrevet en praktisk oversikt med fokus på ”Hvordan håndtere pasienten med akutt sykdom i eget hjem”. Ivaretagelse av akutt sykdom i hjemmet er utførelse av kvalitetsfulle tjenester til multisyke pasienter som krever

spesialiserte kunnskaper, ferdigheter og evne til å planlegge. Diagnose skal stilles, problemet skal behandles, og sykepleier skal være i stand til å reagere på endringer. Sykepleier trenger dermed tilgang på gode vurderingsverktøy som NEWS (National Early Warning Score) og strukturert kommunikasjonsverktøy som SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) til det tverrfaglige samarbeid. En grundig sykepleievurdering er viktig for pasientens utfall. Den praktiske oversikten er basert på tidligere litteratur og britiske nasjonale føringer innen fagområdet.

Lillebø, Velle og Wyller (2012) beskriver en pasientcase fra sykehus som viser viktigheten av nøye utredning og utelukkelse av medisinske årsaker ved akutt tap av dagliglivets funksjoner. Møtes det akutte tap av dagliglivets funksjoner med økt omsorgstiltak er det fare for at alvorlige, men reversible tilstander blir oversett. Akutt funksjonssvikt må derfor alltid utløse en aktiv diagnostisk innsats, som også inkluderer en gjennomgang av tidligere sykehistorie og kartlegging av premorbid funksjon. Artikkelen er basert på kliniske erfaringer og tidligere litteratur innen fagområdet som belyser den beskrevne pasientcase.

Zwicker (2003) viser til den eldre sårbare pasient og viktigheten av kjennskap til aldersforandringenes innvirkning på kroppens fysiologi. Hun trekker frem den eldre pasients atypiske presentasjon av akutt sykdom, og poengterer hjemmesykepleiers rolle i å avdekke akutt sykdom hos eldre på et tidlig tidspunkt. Hjemmesykepleier kan bidra til et bedre utfall til den sårbare pasientgruppe. Hun belyser også viktigheten av å ha kunnskap om benyttelse av verktøy for å overvåke pasientens tilstand. Artikkelen er basert på tidligere litteratur med fokus på den eldre pasients unike problemstillinger.

Delirium er ofte et element av bildet når den eldre sårbare pasient rammes av akutt funksjonssvikt. Jeg har derfor valgt å ta med noen artikler som belyser delirium hos hjemmeboende, utfordringer og behov for kompetanse.

3.2 Artikler som belyser delirium

Bond (2009) har gjort en artikkeloppsummering om delirium. Han beskriver strategier for å avdekke og håndtere delirium i hjemmet. Han konkluderer at delirium medfører store utfordringer i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleier spiller en nøkkelrolle innen vurdering, tidlig identifisering og håndtering av delirium. Hjemmesykepleier må også veilede og støtte

pårørende. En systematisk og fortløpende vurdering av kognitiv funksjon og oppførsel er viktig for å identifisere tidlig tegn på delirium. CAM (Confusion Assessment Method) er da et godt verktøy.

Gotfredsen, Ærthø og Djernes (2008) har sammen sett på hvordan sykepleier skal håndtere den hjemmeboende eldre pasient med delirium. Delir er en tilstand der oftest skyldes en behandlingskrevende fysisk sykdom. Hjemmesykepleier skal inngå i et samarbeid med fastlege og legevakt, og bidra til en sikker håndtering av pasientens forløp. Sykepleier identifiserer symptomer på delir ved å benytte CAM (Confusion Assessment Method). Sykepleier skal gjøre pleiefaglige undersøkelser, bidra til behandling av årsaker til delir og delta i rehabilitering etter overstått delir. Artikkelen er basert på tidligere litteratur innen fagområdet og erfaringer fra forfatterens yrkesliv som sykepleier og leger i kommunehelsetjenesten.

I ovenstående artikler vises det til viktigheten av systematiske observasjoner for å avdekke årsak til den akutte funksjonssvikt. Jeg har i teoretisk rammeverk vist til ABC (DE) prinsippet ved kartlegging av vitale funksjoner. Early warning score trekkes også frem som et verktøy i vurderingen av pasienten. Jeg ønsker videre å vise til en artikkel som har evaluert MEWS (modified early warning score) som et verktøy til benyttelse i akuttmottak.

3.3 Artikkel som belyser vurderingsverktøy

Burch, Tarr og Morrini (2008) har i sin studie evaluert MEWS som et vurderingsverktøy til identifikasjon av medisinske pasienter i akuttmottak som krever sykehusinnleggelse og har en økt risiko for død i sykehus. De hentet ut fysiske parameter fra 790 medisinske pasienter innlagt i akuttmottak. De fant at MEWS, for spesielt fem utvalgte parameter (systolisk blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, temperatur og bevissthetsnivå) kan bli nyttiggjort til enkel vurdering.

Det vises også i de beskrevne artikler og i teoretisk rammeverk til viktigheten av å samarbeide med annet helsepersonell når akutt funksjonssvikt oppstår. Jeg velger derfor videre å trekke inn noen aktuelle artikler som belyser kommunikasjon mellom helsepersonell.

3.4 Artikler som belyser kommunikasjon mellom helsepersonell

Gjevjon og Hellesø (2010) har gjennomført en studie hvor de har vurdert kvaliteten av hjemmesykepleiers dokumentasjon i elektronisk pasientjournal. Studien ble gjennomført ved å gjennomgå deler av 91 pasientjournaler. Resultatene viser at hjemmesykepleier dokumenterer pasientpleien kronologisk i fortløpende rapport, istedenfor en logisk struktur basert på sykepleieprosessen. Dokumentasjonen reflekterer dagens generelle pasienthendelser, og over 70 % av dokumentasjonen er koblet til subjektive sykepleierstatuser. Dokumentasjonen oppleves ufullstendig i henhold til sykepleieprosessen. Forfatterne stiller derfor spørsmål til om sykepleieprosessen nyttiggjøres som en målsetting for kvalitet på dokumentasjon.

Wallin og Thor (2008) har i sin artikkel sett på kommunikasjonsmodellen SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) som et verktøy til forbedring av kommunikasjon mellom klinikerne. De sier at ineffektiv muntlig og skriftlig kommunikasjon mellom klinikerne er en bidragsytende faktor i forhold til feilbehandlinger og skader som påføres pasientene i helsetjenesten. Informasjon må overføres riktig når både avsender og mottakers oppmerksomhet og handlingsberedskap kreves for å fatte riktige medisinske beslutninger. SBAR er et kommunikasjonsverktøy som kan brukes for å oppnå en forutsigbar struktur på kommunikasjonen. SBAR tar utgangspunkt i pasientens problem, bakgrunn, aktuelle tilstand og forslag på løsning. Artikkelen er basert på tidligere litteratur innen fagområdet.

Til slutt i dette kapittel vil jeg trekke frem nyere artikler som har sett på hjemmesykepleiers generelle kompetansebehov. Jeg vil også trekke frem rapporter som viser til generelle utfordringer i kommunehelsetjenesten som en konsekvens av innføring av Samhandlingsreformen. Disse artikler og rapporter kan også være med til å belyse studiens funn.

3.5 Artikler og rapporter som belyser generelle kompetansebehov og utfordringer i hjemmesykepleien

Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold og Foss (2014) gjennomførte en kvalitativ og kvantitativ studie for å utvikle substansielt innhold til nytt kompetansemåleverktøy innen kommunehelsetjenesten. I studien deltok 42 eksperter i form av klinikere, ledere, lærere,

forskere, og pårørende til eldre pasienter som trengte sykepleie. De fant ti kompetansekategorier, hvor de mest sentrale var kunnskap innen helse og sykdomsforebyggende arbeid, behandling, lindrende behandling, etikk og aktuelle lover. Ferdigheter innen vurderinger og iverksette tiltak, dekke grunnleggende behov, kommunikasjon og dokumentasjon. Personlige egenskaper innen ansvar og handlinger, samarbeid og holdninger ovenfor eldre mennesker.

Flöjt, Le Hir og Rosengren (2014) gjennomførte en kvalitativ studie der de intervjuet seks sykepleiere om deres erfaringer med kompetansebehov i hjemmesykepleien. De fant at ledelsen har en viktig rolle i å støtte kompetanseutvikling som kan forbedre pasientsikkerhet og kvalitet i fremtiden. Hjemmesykepleie innebærer avansert sykepleie som krever kontinuerlig trening på komplekse oppgaver. Kompetanse og faglige forum der erfaringer og kunnskap kan deles, bidrar til trygghet og autonomi for sykepleierne. Hvilket styrker samarbeid og arbeidsmiljø i hjemmesykepleien.

Rapportene til Haukelien, Vike og Vardheim (2015), Abelsen, Gaski, Nødland og Stephansen (2014) og Gautun og Syse (2013) har sett på samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette har blitt undersøkt nærmere ved å gjennomføre kvalitative og kvantitative undersøkelser i form av intervju, spørreundersøkelser og analyse av registerdata i helse- og omsorgssektoren. Funn som omhandler hjemmesykepleie antyder sykere pasienter, og en økende pasientgjennomstrømning. Pleie og omsorg har dreiet til medisinsk behandling og pleie. Sykepleierne opplever økt arbeidsbelastning og kompleksitet i arbeidsoppgavene. Det stiller krav til sykepleier i form av hvordan de jobber, og hvilken kompetanse de trenger for å observere og følge opp pasientene. Arbeidspresset fører til forskyvning av arbeidsoppgaver mellom helsepersonell i hjemmesykepleien. Der vises også til utfordringer i samarbeidet mellom sykehus og kommune, sykepleier og fastlege, samt tilgang på andre støttefunksjoner. Hjemmesykepleier mangler også tilgang på nødvendig medisinsk teknisk utstyr, medisin, personell, hjelpemidler og sykehjemsplass. Sykepleierne opplever at hjemmeboende eldre har fått et redusert tjenestetilbud. Endringene ser ut til å være større i hjemmesykepleien enn i institusjon.

3.6 Kort oppsummering av tidligere forskning

Artikler med fokus på akutt funksjonssvikt i kommunehelsetjenesten er hovedsakelig basert på klinisk erfaring, tidligere forskning fra spesialisthelsetjenesten og forskning som validerer aktuelle kartleggingsverktøy (Kilgore 2013, Bond 2009, Gotfredsen m.fl. 2008, Zwicker 2003). Da jeg fant få artikler som belyser akutt funksjonssvikt og behov for kompetanse innen kommunehelsetjenesten, har jeg også valgt å trekke inn annen forskning som kan være med til å belyse studiens funn. Tidligere forskning innen akutt funksjonssvikt og behov for kompetanse er grundig belyst i spesialisthelsetjenesten (Pettersen m.fl. 2014, Lillebø, Velle og Wyller 2012). Utover det har jeg også valgt å ta med en artikkel som har vurdert et viktig vurderingsverktøy som kan nyttiggjøres ved akutt sykdom (Burch m.fl. 2008). Jeg har også funnet noen artikler som beskriver behov for kompetanse og utfordringer innen kommunikasjon og dokumentasjon ved akutte komplekse situasjoner (Gjevjon og Hellesø 2010, Wallin og Thor 2008). Til slutt valgte jeg å trekke inn artikler og rapporter som har undersøkt generelt kompetansebehov og utfordringer i kommunehelsetjenesten. Hovedfunn innen kompetansebehov innebærer fagkunnskap, etikk, refleksjon, ferdighetstrening og personlige egenskaper hos sykepleier (Bing-Jonsson m.fl. 2014, Flöjt m.fl. 2014). Rapportene som belyser utfordringer er basert på kvalitative og kvantitative undersøkelser relatert til sykepleiers erfaring med konsekvenser etter innføring av Samhandlingsreformen januar 2012 (Haukelien m.fl. 2015, Abelsen m.fl. 2014, Gautun og Syse 2013).

4 Metode

Metode er veien til målet (Kvale og Brinkmann 2009:99). Metode er fremgangsmåten som benyttes for å innhente og etterprøve kunnskap om virkeligheten. Avhengig av hvilke spørsmål som stilles og hvilke områder av virkeligheten som undersøkes, så vil de konkrete metodologiene innenfor ulike fagfelt være forskjellig (Thomassen 2006:63). De viktigste kjennetegn ved metode er systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:29).

Jeg vil videre gjøre rede for bakgrunn for valg av metode, min forforståelse, hvilke og hvordan informanter ble rekruttert, hvordan jeg gjorde datainnsamling og dataanalyse. Jeg vil også belyse studiens troverdighet og gyldighet, samt gjøre rede for etiske overveielser.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling er det valgt et kvalitativ utforskende design med hermeneutisk tilnærming.

Jeg ønsker gjennom studien å undersøke sykepleiers erfaring med utfordringer og behov for kompetanse i møte med den eldre sårbare hjemmeboende pasient med akutt funksjonssvikt. Kvalitative metoder kan nettopp brukes når det ønskes økt innsikt i menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud 2011:27). Kvalitative metoder forholder seg til data i form av tekster, lyd og bilde (Johannessen m.fl. 2010:99), og de bygger på vitenskapelige teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkninger (hermeneutikk) (Malterud 2011:26).

Jeg valgte et utforskende design da det har vist seg gjennom litteraturgjennomgangen at det finnes lite tidligere forskning som er rettet mot den aktuelle pasientgruppe i hjemmesykepleien. Utforskende design er hensiktsmessig når litteraturen innen området er mangelfull (Antonsen 2010:280).

Den hermeneutiske tilnærming velges da jeg ønsker å forstå hjemmesykepleiers utfordringer og behov for kompetanse innen den konteksten sykepleien utøves. Hermeneutikk handler om å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som

umiddelbart er innlysende. Det legges vekt på i hermeneutikken at det ikke finnes en sannhet, men at fenomenene kan tolkes på flere nivå (Thagaard 2009:39). I en hermeneutisk tilnærming er utgangspunktet for igangsettelse av forståelsesprosessen å ta i bruk egen forforståelse. Det er egen forståelseshorisont som gir fenomener mening, gir opphav til spørsmål og gir undersøkelsen en retning. Samtidig møter vi i den vitenskapelige undersøkelse noe nytt og fremmed som setter egen forforståelse på prøve. Det er i dialog med det ukjente at vår forforståelse endres og korrigeres, og at ny mening kan oppstå og kunnskap vinnes (Thomassen 2006:171). Den tyske filosofen Gadamer sier det er i pendelbevegelsen mellom min horisont som forsker og den intervjuedes horisont at det oppstår en horisontsammensmeltning. Sammen beveger vi oss innenfor en forståelsesspiral hvor vi forstår ut i fra en stadig bevegelse mellom helhet og del. Dette kalles den hermeneutiske spiral (ibid 2006:89/91). Begrepet spiral viser at forståelsen stadig beveger seg videre, og at forståelseshorisonten stadig endrer seg (Krogh 2009:70).

Forskningsprosessen og dens resultat vil dermed alltid på en eller annen måte være påvirket av meg som forsker. Hvordan jeg vektlegger og fortolker data vil preges av min forforståelse. For å sikre gyldige og pålitelige funn er det derfor svært viktig å klarlegge egen forforståelse og være bevisst på egen forforståelse kontra perspektivet fenomenet undersøkes i (Malterud 2011:38-40).

4.2 Min forforståelse

Kunnskap er et produkt av menneskelig utvelgelse, tolkning og samhandling. Den menneskelige faktor har stor betydning gjennom hele prosessen fra datainnsamling, analyse og til tidspunktet hvor innsikten skal deles med andre. Uansett hvilken forskningsmetode vi bruker eller hvilket forskningsprosjekt vi gjennomfører så vil forskerens person påvirke prosessen og dens resultater (Malterud 2011:38). Forforståelse er den bagasje med erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretisk referanseramme vi bringer med i en studie. Innholdet i bagasjen vil påvirke måten vi samler og leser våre data på. Forforståelsen er ofte en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang forskning innen et bestemt tema (ibid 2011:40).

Min forforståelse er flere års erfaring fra hjemmesykepleie som sykepleier, leder og fagutvikler. Jeg har også erfaring fra sykehus som sykepleier ved akuttgeriatrisk sengepost.

Kvalitativ metode kjennetegnes av nærhet til undersøkelsesproblemet. Det skal være en nærhet og åpen interaksjon mellom forsker og informant. Det råder et jeg-du forhold. Det er en forutsetning i slike studier at en gjennom språket tar del i hverandres livsverdener og derigjennom tolker informasjonen som fremkommer (Olsson og Sørensen 2003:17). Min erfaring fra feltet kan derfor være en styrke i studien. Jeg kan lettere sette meg inn i og forstå det hjemmesykepleier formidler da jeg har erfaring fra deres livsverden. Allikevel er en bevisstgjøring av min forforståelse viktig for å gi studien gyldighet og pålitelighet. Forforståelsen kan virke både nærrende og styrkende til studien, men den kan også bidra til skylapper, begrenset horisont eller manglende evne til å lære av sitt materiale. (Malterud 2011:40-41).

Min forforståelse med erfaring som sykepleier i akuttgeriatrisk sengepost har gitt meg god kompetanse om de diagnostiske utfordringer sykepleier og lege møter hos pasientgruppen. Som leder i hjemmesykepleien har jeg erfart ulike utfordringer for å kunne ivareta pasientgruppen best mulig i eget hjem. Jeg har erfart utfordringer i å få til et godt samarbeid med fastlege, legevakt og eventuelt sykehus. Pasientgruppen skaper også ofte en følelse av maktesløshet i personalgruppen. Pasientgruppen er sårbar og avhengig av pårørende som i samarbeid med hjemmesykepleier kan bistå dem. Det er viktig å presisere at mitt ståsted som tidligere leder i hjemmesykepleien kan være en begrensning i forståelsen av det klinikerne formidler til meg. Min bakgrunn gjør at jeg lett kan dreie klinikerens erfaringer med utfordringer og behov for kompetanse i møte med pasientgruppen på systemnivå. Dette er et viktig perspektiv å ha med gjennom hele forskningsprosessen, fra datainnsamling, analyse og til drøfting av funn. Jeg ønsker å belyse studien fra hjemmesykepleiers perspektiv, og må derfor gjennom hele oppgaven jobbe med å forstå klinikerens formidling på individnivå. Som Malterud poengterer; hvis forskerens person er alt for tydelig i materialet vil det bidra til at kunnskapens gyldighet og pålitelighet blir tydelig innsnevret. Allikevel er det naivt å fornekte sin egen rolle og tro at en som forsker kan være usynlig og uvirksom i produksjonen av materialet (2011:39).

Mitt ønske er at studien skal bidra til å gi hjemmesykepleier en stemme ut hvor de får belyst utfordringene og behovet for kompetanse de møter i samhandling med den eldre sårbare pasient med akutt funksjonssvikt.

4.3 Strategisk utvalg

Rekruttering av strategiske informanter innebærer definisjon av det utvalget undersøkelsen baserer seg på. Det vil si valg av informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiv. Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg (Thagaard 2009:55). Da kvalitative studier ofte handler om personlige eller nærgående tema kan det by på utfordringer i rekruttering av informanter som er villige til å stille opp. Betegnelsen tilgjengelighetsutvalg brukes ved en seleksjonsmåte som sikrer informanter som er villige til å stille opp (ibid 2009: 56).

Det ble gjort et tilgjengelighetsutvalg for å rekruttere informanter til studien som kunne belyse problemstillingen i størst mulig grad. Utvalget av informanter ble basert på den tilgjengelighet jeg hadde som forsker, men det var strategisk da informantene representerer egenskaper som er relevante for problemstillingen (Thagaard 2009:56). Den interne validitet står sentralt her. Hvilke informanter vil gi best materiale som kan danne grunnlag for tolkninger og funn som lærer oss noe nytt om det vi lurer på (Malterud 2011:56)? Jeg ønsket derfor å rekruttere informanter som minimum representerte gjennomsnittskompetansenivået i hjemmesykepleien. I NOVA´s rapport nr 8/2013 hadde flertallet av deltagende hjemmesykepleierne i undersøkelsen en arbeidserfaring mellom 5 til 9 år (Gautun og Syse 2013:22). Basert på denne ferske spørreundersøkelse med deltakelse av 1034 hjemmesykepleiere, forutsatte jeg at denne sykepleiergruppen representerte gjennomsnittskompetansenivået i hjemmesykepleien. Minimum 5 års erfaring som sykepleier ble derfor et kriterium. Andre inklusjonskriterier var at sykepleierne skulle jobbe i klinikken, og de skulle være fortrolige med interne og eksterne samarbeidsrutiner i hjemmesykepleien. Jeg forutsatte minimum 2 års erfaring fra klinikken i hjemmesykepleien for å ha utviklet kjennskap til den.

4.4 Rekruttering av informanter

Jeg ønsket i første omgang å intervju 6 aktuelle sykepleiere. Gav ikke det tilstrekkelig rikt materiale for å belyse problemstillingen, ønsket jeg å intervju ytterligere 2 sykepleiere. I følge Malterud så er metningspunktet nådd når en vurderer at ytterligere datainnsamling ikke vil tilføre nye kunnskaper (2011:60). Rekruttering av informanter ble gjort ved å forespørre virksomhetsledere i 6 virksomheter innen hjemmebaserte tjenester i en storbykommune.

Virksomhetslederne stilte seg svært positive til å bidra med rekruttering av informanter, og gi informantene tid til deltagelse i studien. Virksomhetslederne ble informert gjennom eget brev om inklusjonskriteriene jeg la til grunn for deltagelse, problemstilling, forskningsspørsmål og utførelsen av intervjuet (vedlegg 1). Virksomhetslederne fikk også vedlagt et brev med forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt (vedlegg 2). De ble bedt om å videreformidle brevet til aktuelle kandidater i deres virksomhet. Virksomhetslederne rekrutterte aktuelle kandidater via avdelingsleder. Jeg fikk en informant fra hver virksomhet i den aktuelle storbykommune, og en av virksomhetene rekrutterte to informanter. Jeg besluttet meg for å intervju alle sju. Det første intervju ville jeg nyttiggjøre som et prøveintervju, og hvis kvaliteten var tilfredsstillende ville det bli inkludert i mitt datamateriale. Jeg fikk navn og telefonnummer til kandidatene som ble rekruttert. Alle ble kontaktet per telefon og jeg avtalte intervju spredt over en tidsperiode på to og en halv måned i løpet av våren 2014. Etter informantenes ønske ble intervjuet gjennomført på deres arbeidsplass. Informantene sørget for at vi hadde et uforstyrret rom tilgjengelig. Alle informanter samtykket til deltagelse i studien.

Informantene var kvinnelige sykepleiere med 6,5 til 26 års arbeidserfaring. De hadde arbeidserfaring fra hjemmesykepleien fra 3,5 til 14 år. Alle utenom en sykepleier hadde en eller flere etterutdanninger innen kreftsykepleie, helseledelse, pedagogikk, geriatri, sår og psykiatri.

| Informant | Antall år erfaring som sykepleier | Antall år erfaring i hjemmesykepleie |
|------------------|--|---|
| 1 | 20 | 3,5 |
| 2 | 6,5 | 5 |
| 3 | 12 | 9 |
| 4 | 25 | 11 |
| 5 | 7 | 7 |
| 6 | 26 | 14 |
| 7 | 11 | 11 |

Tabell 2. Oversikt over informantenes bakgrunn.

4.5 Det kvalitative forskningsintervju

Med bakgrunn i min problemstilling og forskningsspørsmål valgte jeg å gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju. Et intervju gir et særlig godt grunnlag for å skape seg innsikt i informantens erfaringer. Formålet med intervjuet er å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever egen situasjon, samt hvilke synspunkter og perspektiver de har på temaet som tas opp i intervjuet (Thagaard 2009: 87). Forskningsintervjuets struktur involveres av en bestemt metode og spørreteknikk. Det setter fokus på informantens daglige livsverden gjennom et forhåndsbestemt tema. Forskningsintervjuet er deskriptivt ved at intervjueren oppfordrer informanten til å beskrive så nøyaktig som mulig opplevelser, følelser og handlinger (Kvale og Brinkmann 2009:47-49). Dette ble ivarettatt ved at jeg ba sykepleierne forberede en eller flere anonymiserte pasienthistorier med fokus på den aktuelle pasientgruppe. Sykepleierne belyste dermed studiens problemstilling og forskningsspørsmål ved å fortelle om aktuelle pasienthendelser de hadde opplevd i praksisfeltet.

Samtidig er det viktig at intervjuer stiller oppfølgende spørsmål, beskrivende spørsmål og fortolkende spørsmål. Da sikres at intervjuer forstår informanten riktig, og det gir muligheten til å skaffe nyanser og utfyllende informasjon til materialet (Thagaard 2009:91-92). Som intervjuer fulgte jeg opp med konkrete spørsmål der jeg ønsket ytterligere utdypninger og nyanser til datamaterialet. Ved behov validerte jeg også egen tolkning av svar fra informanten ved å stille oppfølgende spørsmål.

I intervjusituasjonen er det viktig at forsker er bevisst på det asymmetriske maktforhold mellom intervjuer og informant. Det er intervjueren som har kontroll over intervjusituasjonen ved å planlegge, bestemme tema, drive samtalen fremover og avslutte samtalen. Intervjueren bestemmer også hvilke svar det er ønskelig å følge opp videre. Informant har derimot kontroll over kunnskap hun eller han innehar og ønsker å dele med forsker (Kvale og Brinkmann 2009:52-53). Dette viser hvilken betydning det har å legge vekt på samspillet mellom informant og forsker slik at en bidrar til en tillitsfull atmosfære (Thagaard 2009: 88). Jeg valgte å møte informantene på deres arbeidsplass for å bidra til delvis å utjevne asymmetrien. Det var viktig for meg å presisere formålet med intervjuet og hva jeg tenkte informantene kunne bidra med. Min erfaring og innsikt i hjemmesykepleien bidro også til å skape mindre avstand mellom meg og informantene.

Intervjuenes varighet varierte fra cirka 45 til 60 minutter. Jeg benyttet båndopptaker under intervjuet og noterte i egen bok hvis det var andre viktige nonverbale observasjoner under intervjuet. Vi klarte stort sett å holde fokus på problemstilling og forskningsspørsmål, men innimellom ble gjerne andre pasientgrupper diskutert. Etter 7 intervju hadde jeg fått belyst problemstillingen på en tilfredsstillende måte, og rekrutterte derfor ikke flere informanter.

4.6 Intervjuguide

Jeg valgte å gjennomføre et delvis strukturert intervju. Et delvis strukturert intervju er en samtale mellom meg (forsker) og informant som styres av i hovedsak fastlagte tema som jeg ønsker å få informasjon om. Rekkefølgen på temaene bestemmes underveis, i henhold til intervjuguiden. Tema som ikke var planlagt i forkant kunne også tas opp av informant (Thagaard 2009:89).

En intervjuguide er et hjelpemiddel som skal hjelpe å holde fokus på det som skal utforskes. Intervjuspørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at temaet belyses fra ulike perspektiver og vinkler. Intervjuguiden skal ta hensyn til det kvalitative intervjuets to dimensjoner. Det innebærer en teoretisk dimensjon med relevans for forskningsprosjektets problemstilling og en dynamisk dimensjon med fokus på å skape en god intervjuinteraksjon. Intervjuguiden må bygges opp med fokus på; hva – temaet for undersøkelsen, hvorfor – formålet med intervjuet, og hvordan – intervjuteknikker, datainnhenting, transkribering og analyse (Drageset og Ellingsen, 2010:332). I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 3) som hjalp meg som forsker å holde fokus på tema jeg ønsket belyst av informant. Intervjuguiden ble satt opp i stikkordsform, og ble benyttet til utdyping og for å sikre nok bredde på temaet i studien. Intervjuguiden ble utarbeidet ved hjelp av studiens teoretiske rammeverk og egne erfaringer. Intervjuguiden ble diskutert i plenum med lærere og medstudenter på høyskolen, samt med veileder. Intervjuguiden ble delvis korrigert etter første prøveintervju med implementering av tema som første informant belyste. Informantens belysning opplevdes som relevant for å sikre et godt og innholdsrikt materiale.

For å få tilgang på et rikt materiale la jeg opp til at informantene delte erfaringer de hadde med den aktuelle pasientgruppen gjennom beskrivelse av en aktuell hendelse (jamfør Malterud 2011:130-131). Det var derfor viktig i forkant av intervjuet å avklare hvilken pasientgruppe jeg ønsket å sette fokus på. Det ble avklart både gjennom brevet ”forespørsel

om deltagelse i forskningsprosjekt” (vedlegg 2), og på nytt gjentatt før intervjuet startet. Når sykepleier fikk informasjon i forkant av intervjuet, fikk de mulighet til å tenke igjennom og forberede pasienthistorier til intervjuet. Det ble i brevet og intervjuet presisert at jeg ønsket å sette fokus på den hjemmeboende sårbare eldre pasient med akutt funksjonssvikt. Pasienten skulle være etnisk norsk geriatrisk pasient over 80 år. Det ble gjort rede for begrepet sårbarhet og akutt funksjonssvikt for å sikre felles begrepsforståelse hos informant og forsker. Fokus på den etnisk norske pasient begrunnes i at pasienter med minoritetsbakgrunn vil ha andre tilleggsutfordringer. Språk, livssyn, etnisitet og kulturbakgrunn kan påvirke menneskers reaksjoner på pleien og behandlingen som gis (Hanssen 2005:142).

4.7 Transkribering av intervju

Drageset og Ellingsen understreker at transkribereren må være tro mot alt som kommer opp i intervjuet. Intervjuet må ikke reduseres til kun å gjelde det som er tatt opp på bånd. Det formidles mye i taushet, i pausene, i sukk og kroppens fremtoning (2010:333). Jeg valgte å transkribere intervjuene fortløpende, helst rett etter intervjuet, for å sikre mest mulig inntrykk, også de nonverbale. Lydopptakene ble transkribert mest mulig ordrett. Dialekter ble omgjort til bokmål, og pauser og følelsesuttrykk ble notert. For å ivareta anonymitet hos informanten utelatte jeg stedsnavn hvis informanten nevnte dette (jmfør Kvale og Brinkmann 2009:195). Jeg brukte lang tid på transkriberingen, og lyttet til materialet flere ganger for å kvalitetssikre transkriberingen mest mulig. Det bidrar til å styrke materialets pålitelighet (jmfør *ibid* 2009:193).

4.8 Analyse av det empiriske materialet

Analysen av datamaterialet er inspirert av Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse. Den kvalitative innholdsanalyse er en tolkningsprosess som legger vekt på forskjellene mellom, og likheter innenfor de forskjellige delene av teksten. Det settes fokus på to tolkningsnivå; Tolkning av det åpenbare innhold, det vil si det teksten sier, og tolkning av det mer underliggende og usagte nivået, det vil si det teksten snakker om (*ibid* 2004:111). Empirien som er tolket og analysert bestod av syv intervju på til sammen ca. 60.500 ord. Prosessen har bestått av flere faser der fokuset har variert mellom deler og helhet av teksten, jmfør den hermeneutiske sirkel (Kvale og Brinkmann 2009:216/217).

Jeg startet analyseprosessen med å lese igjennom det transkriberte materiale mange ganger. Jeg dannet meg et inntrykk av materialet som helhet, og begynte å se de meningsbærende enheter som materialet gav til uttrykk. Neste steg i prosessen var å gjennomføre en systematisk inndeling av de meningsbærende enhetene som innholdsmessig hørte sammen. En meningsbærende enhet er ifølge Graneheim og Lundman ord, setninger eller avsnitt som inneholder en sentral mening ut i fra konteksten (2004:106). Etter denne inndelingen kondenserte jeg de meningsbærende enheter til kortere formuleringer der meningen i enheten ble beskrevet med få ord (ibid 2004:106). Deretter ble de kondenserte meningsenheter empirisk nært kodet, hvor koden skal bli forstått i henhold til den meningsbærende enhets innhold (ibid 2004:107). Disse trinn i analysen er nær informantens formidlete mening. Forskeren forsøker altså å lese informantens svar på en mest mulig fordomsfri måte (Kvale og Brinkmann 2009:212).

Ved neste trinn i analysen startet en dypere og mer kritisk fortolkning av teksten. Jeg gikk utover det som ble direkte sagt og de meningsbærende enheter ble vurdert i lys av undersøkelsens spesifikke formål (Kvale og Brinkmann 2009: 212/213). Jeg valgte her å gruppere kodene som uttrykte utfordringer og kompetanse. Abstraksjonen av materialet var en prosess som bestod av å gruppere de kondenserte meningsbærende enheter og tilhørende koder på et høyere logisk nivå. Jeg utarbeidet underkategorier og kategorier. Kategorien er en samling av innhold som deler en likhet. Ingen data skal falle mellom to kategorier, eller passe inn i mer enn en kategori. Det kan sies at kategorien svarer på undersøkelsens ”hva”, og kan bli identifisert som en tråd gjennom kodene. En kategori består ofte av flere underkategorier. En underkategori kan sorteres og abstraktes i en kategori, eller en kategori kan bli delt inn i flere underkategorier (Graneheim og Lundman 2004:107).

I henhold til Graneheim og Lundman kan et godt utgangspunkt i en lærende fase være læring av å analysere innholdet nærliggende til tekstens åpenbare innhold (2004:111). Det er derfor valgt i denne studie å foreta abstraksjon fra meningsbærende enheter frem til kategorier, se tabell 5 for innsyn i analyseprosessen. Flere innen kvalitativ innholdsanalyse støtter analyse med fokus på det nærliggende innholdet i teksten, blant annet Crowe, Inder og Porter (2015).

Ivaretagelsen av den hermeneutiske tilnærming er en viktig del av analysearbeidet. De hermeneutiske prinsipper har som hensikt å sikre gyldige fortolkninger av tekster (Kvale og Brinkmann 2009:217). De hermeneutiske prinsipper innebærer en kontinuerlig frem og

tilbake prosess mellom helhet og del. Prosessen må sees på som en spiral som stadig åpner for en dypere forståelse av meningen. Meningsfortolkningen slutter når du er kommet frem til den indre enhet i teksten uten logiske motsigelser. Teksten delfortolkninger må også kunne testes mot tekstens globale mening (ibid 2009:216/217). Tolkningsprosessen var en prosess som foregikk gjennom hele arbeidet med studien. Jeg erfarte også at det var fort gjort å tolke hva teksten formidlet, før jeg forsto hva som egentlig var skrevet. Det har derfor vært en viktig del av analyseprosessen å gjentagende veksle mellom helheten i det transkriberte materialet, og de meningsfortattede tekstdelene. Jeg spurte meg spørsmålene; Er det dette de virkelig har snakket om? Hva er utfordringene, hva er viktig kompetanse, og hvordan kommer det til uttrykk hos sykepleierne? Et annet hermeneutisk prinsipp innebærer at enhver forståelse er en bedre forståelse. Fortolkningen utover det umiddelbare gitte vil berike forståelsen ved å bringe frem nye differensieringer og innbyrdes relasjoner i teksten og derved utvide dens mening (Kvale og Brinkmann 2009:216/217). En tekst kan det altså stilles mange spørsmål til. De ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten. Forskerens antakelser vil gjøre seg gjeldene i spørsmålene som stilles til teksten. Spørsmålene vil også være med til å bestemme den etterfølgende analyse (ibid 2009:218). Min forforståelse har derfor naturligvis også farget denne prosess. Det vil derfor aldri være et fasitsvar på hva som er den riktige fortolkning av innholdet mellom linjene, men for å sikre at tolkningen ble den mest rimelige er kravene til kvalitativ forskning nøye fulgt.

Analyseprosessen har vært en tidkrevende og utfordrende prosess. Gjennom god veiledning ble prosessen lettere, og bruk av fagfeller i prosessen har bidratt til å styrke gyldigheten til analysen. På de neste sider gis eksempler fra analyseprosessen:

| Meningsbærende enhet | Kondensert meningsbærende enhet | Kode | Underkategori | Kategori |
|--|--|---|------------------------|------------------------------------|
| Vi lager ingen plan ift observasjoner på henne. Det burde vi jo ha gjort. Vi er egentlig ganske dårlige på dokumentasjon her på bruket. | Vi lager ingen plan på videre observasjon av pasienten. Det burde vi ha gjort. | Å lage plan på pasientoppfølging | Pasient-dokumen-tasjon | Kommuni- kasjon og samarbeid |
| Å lage gode pleieplaner er vi ikke gode på. Vi registrerer oftest observasjoner i fortløpende rapport. Vi har mye å gå på ift grundigere dokumentasjon og pleieplan. Vi har alt for dårlige pleieplaner. | Vi lager ikke gode pleieplaner. Vi registrerer oftest observasjoner i fortløpende rapport. | Å lage pleieplaner | | |
| Sykepleie-dokumentasjonen gir liten innsikt i pasientens situasjon. | Sykepleie-dokumentasjon gir liten pasientinnsikt. | Innhold i sykepleierens pasient-dokumentasjon | | |

Tabell 3. Utdrag av analysen relatert til utfordring.

| Meningsbærende enhet | Kondensert meningsbærende enhet | Kode | Underkategori | Kategori |
|--|---|---|------------------------------------|--|
| <p>Å dokumentere hendelsene er viktig. Vi vil nok først og fremst skrive en fyldig rapport, og har vi tid så vil vi lage en pleieplan. Rekker vi ikke å lage pleieplan, så må vi få ned noen hovedproblemstillinger. Så kan vi henvise til det. En fortløpende rapport med gode overskrifter. Det første du ser når du slår opp på dataen er rapportene, da må du vite, der er det, ikke sant.</p> | <p>Det er viktig å dokumentere hendelser i pleieplan eller i rapport. Hvis lite tid lag i alle fall noen hovedproblemstillinger. Da kan du henvise til det.</p> | <p>Å dokumentere i pasientjournal</p> | <p>Formidle pasientinformasjon</p> | <p>Samarbeid og kommunikasjon kompetanse</p> |
| <p>Jeg har erfart at det er viktig at vi støtter vårt samarbeidene helsepersonell ved å gi dem god muntlig og skriftlig rapport. Det er tross alt vi i hjemme-sykepleien som kjenner pasienten best</p> | <p>Gode muntlige og skriftlige pasientrapporter er viktig å gi til samarbeidende personell</p> | <p>Å formidle videre pasientrapport</p> | | |

Tabell 4. Utdrag av analysen relatert til kompetanse.

4.9 Studiens troverdighet

I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrep for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Troverdighet i kvalitative studier omfatter hele studiet (Drageset og Ellingsen 2010:334, Graneheim og Lundman 2004:109). Begrepene vil videre bli fremstilt adskilt, men må sees på som en sammenflettet enhet.

Gyldighet handler om forskningens fokus og viser til hvor godt datainnsamlingen og analyseprosessen ivaretar dette (Graneheim og Lundman 2004:109). I all forskning bør vi spørre oss selv om metoden vi har brukt representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (Malterud 2011:181). Det kan stilles spørsmål til relevans til formulering av problemstilling, utvalget, datainnsamling, den teoretiske referanseramme, analysestrategi og presentasjonsform (ibid 2011: 181/182). Et eksempel på å ivareta studiens gyldighet er vurdering av hvem der skal intervjues. Det ble i studien foretatt et strategisk utvalg av informanter for å sikre at de hadde rette egenskaper og kvalifikasjoner til å belyse studiens problemstilling. Informantene ble også rekruttert etter tilgjengelighet, såkalte tilgjengelighetsutvalg. Et problem med slike utvalg er ofte at de som da er tilgjengelige for forsker vil representere personer som ikke har noe imot at deres situasjon blir studert, og at deltagerne i større grad enn andre føler de mestrer deres situasjon (Thagaard 2009:55/56/57). Jeg rekrutterte stort sett informanter som hadde lang fartstid som sykepleiere, og de hadde jobbet lenge i hjemmesykepleien. Dette gav meg et rikholdig materiale i forhold til hvilket behov for kompetanse sykepleier anser som nødvendig i møte med den aktuelle pasientgruppe. Materialet hvor utfordringer ble beskrevet kunne gjerne hatt andre perspektiver ved benyttelse av en annen informantgruppe. Det vil si at en nyutdannet sykepleier kan muligvis oppleve andre utfordringer i pasientmøtet, enn det disse erfarne sykepleierne beskrev.

Et annet viktig poeng for å ivareta studiens gyldighet er utvelgelsen av de mest dekkende meningsbærende enheter. De meningsbærende enheter må hverken være for smale eller for vide. Ved for få ord blir de fragmenterte, og ved for lange tekstavsnitt kan de inneholde flere meninger, hvilket kan gjøre analyseprosessen vanskelig (Graneheim og Lundman 2004:110). Det var et omfattende arbeid å analysere materialet. Teksten var kompleks og bestod av mange ord. Jeg fikk lettere oversikt etter at de meningsbærende enheter ble systematisert i forhold til samhörighet. Systematiseringen førte til en lettere utvelgelse av de meningsbærende enheter som jeg vurderte var mest relevante. Abstraksjonen ble gjort i

samarbeid med fagfeller, noe som styrker studiens gyldighet (Drageset og Ellingsen 2010:334).

Pålitelighet innbefatter nøyaktighet og konsistens. Pålitelighet styrkes ved at alle praktiske forhold ved eksempelvis intervjuet er nøye gjennomtenkt (Drageset og Ellingsen 2010:335). Jeg valgte å gjennomføre intervjuene ved å benytte en intervjuguide der temaene jeg ønsket belyst var skrevet ned i stikkordsform. Jeg valgte å gå åpent ut ved å la informantene dele erfaringer de hadde med den aktuelle pasientgruppe gjennom en beskrivelse av en aktuell hendelse. Det var allikevel viktig gjennom alle intervju å sikre at informantene berørte temaene jeg hadde skrevet i stikkordsform i intervjuguiden. Jeg utvidet også intervjuguiden etter det første intervju, som beskrevet tidligere i kapittel 4.6 Intervjuguide. Utvidelsen opplevdes som relevant for å sikre et godt og innholdsrikt materiale.

Et annet moment ved pålitelighet er at andre skal kunne følge forskerens sti gjennom studien (Graneheim og Lundman 2004:110). Dette er forsøkt beskrevet gjennom metodekapitlet. Jeg har her gitt en inngående beskrivelse av studiens kontekst og fremgangsmåte der er benyttet under hele prosessen, hvilket kan bidra til en gjennomsiktighet av studien (Drageset og Ellingsen 2010:335).

Overførbarhet handler om hvorvidt funnene er gyldige utover utvalget og konteksten, og om det er relevant og anvendbart i andre situasjoner (Drageset og Ellingsen 2010:335). Hensikten med studien er å undersøke sykepleiers erfaringer med utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre pasient med akutt funksjonssvikt. Studien er en mindre kvalitativ studie gjennomført i et bestemt geografisk område. Studien har derfor liten generaliserbarhet. Utvalget representerer sykepleiere fra en storbykommune i Norge. Alle har lang erfaring som sykepleiere og kjenner hjemmesykepleiens rammer. Kompetansebehovet som ble beskrevet er sammenfallende med teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Noe som virker styrkende i valideringen av studiens funn. Utfordringer informantene viste til kan tenkes å være annerledes i en storby enn i små kommuner. Utfordringene vil også variere etter hvordan tjenesterammene er utformet, og hvilket kompetansenivå den enkelte sykepleier er på. Formålet med oppgaven er allikevel å visualisere hvilke erfaringer sykepleier har med hensyn til utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende eldre sårbare pasienten. Oppgavens funn kan dermed være til inspirasjon for profesjonelle, politikere og andre som bidrar i utviklingen av kompetente og pasientsikre helsetjenester i kommunene.

| | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Gyldighet av forskerens tolkning | Under intervjuet ble forskers tolkning av informantens utsagn validert gjennom oppfølgende spørsmål. |
| 2. Transkribering av intervju | Det ble gjennomført en ordrett transkribering av informantenes utsagn. Intervjuene ble lyttet til flere ganger for å sikre riktig oppfattelse av ord, tonefall og pauser. Non verbal kommunikasjon og følelsesuttrykk ble notert. |
| 3. Gjennomføring av innholdsanalyse | Forskeren gjennomførte en naiv lesning av materialet. Materialet ble deretter systematisk inndelt i meningsbærende enheter som innholdsmessig hørte sammen. Deretter kondenserte og omformulerte forsker meningsenhetene til et mer formelt og skriftlig uttrykk. Meningsenhetene ble sammenliknet og kodet (verktøy til å tenke med), og kategorisert (et gruppert innhold som deler likheter) Presentert i tabell 3 og 4 |
| 4. Gyldighet i funn | Enighet om og anerkjennelse av funn ble gjennomført med fagfeller |

Tabell 5. En oppsummering av trinnene i den kvalitative innholdsanalyseprosessen.

4.10 Forskningsetiske vurderinger

Etiske avgjørelser må foretas gjennom hele forskningsprosessen. En sentral forskningsetisk forpliktelse er at forskeren ivaretar konfidensialitet og klargjør egen rolle i prosjektet (Drageset og Ellingsen 2010:333). Tradisjonelt diskuteres fire områder innen etiske retningslinjer for forskere. Disse er informert samtykke, konfidensialitet, velgjørhetsprinsippet og forskerens rolle (Kvale og Brinkmann 2009:86). Jeg velger videre å belyse disse områder i forhold til min studie.

Informert samtykke innebærer at forskningsdeltagerne informeres om undersøkelsens overordnede formål, hovedtrekkene i forskningsdesignet og mulige risikoer og fordeler ved å delta. Det er også viktig at deltagelsen er frivillig, og at informantene er informert om deres rett til når som helst å trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale og Brinkmann 2009:88). Alle informantene ble informert gjennom et eget skriv om informert samtykke (vedlegg 2). Alle deltok frivillig i undersøkelsen. De ble også informert skriftlig om at de kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt fra studien uten å oppgi årsak.

Konfidensialitet innebærer at data som identifiserer deltakerne ikke avsløres (Kvale og Brinkmann 2009:90). I min studie belyser jeg tjenesteutøvers perspektiv på utfordringer og behov for kompetanse i møte med en aktuell pasientgruppe. Spørsmål som stilles og opplysninger som gis vil dermed ikke berøre informantens privatliv. I intervjuet ba jeg informanten fortelle om egne pasienthendelser i hjemmet til den aktuelle pasientgruppe. I forkant av hvert intervju ble det derfor viktig å presisere informantens taushetsplikt ovenfor pasienten i forhold til meg. All informasjon fra informanten som kan gjenspeile informanten, pasienten eller tjenestestedet er anonymisert.

Velgjørhetsprinsippet skal være med gjennom hele forskningsprosessen. Det er viktig at jeg som forsker tenker gjennom informantenes mulige skader eller fordeler ved å delta i undersøkelsen. Risikoen for skade skal være lavest mulig for informanten (Kvale og Brinkmann 2009:91). Jeg har som forsker vektlagt å vise hensyn til informantens vurderinger, motiver og selvrespekt gjennom hele forskningsprosessen.

Forskerens rolle som person og integritet er avgjørende for den vitenskapelige kunnskapskvalitet og de etiske beslutninger som treffes i forskningsprosessen. Etiske krav stilles altså både i forhold til hensyn ovenfor deltagerne, men også som etiske krav til den vitenskapelige kvalitet på den fremlagte kunnskap (Kvale og Brinkmann 2009:92). Da informantene ble rekruttert fra egen arbeidsgiverkommune, førte det til at noen av informantene kjente meg fra før. Det kan ha bidratt til at informantene har vært mer åpen om egne erfaringer. Dette kan naturligvis være både negativt og positivt for informanten og studien. Det har derfor vært viktig for meg som forsker å være observant på dette gjennom hele forskningsprosessen. Det er også viktig å presisere at mitt kjennskap til miljøet som ble studert kan virke både styrkende og begrensende. Det kan være styrkende fordi det gir meg et særlig godt grunnlag til forståelse av det fenomen jeg har hatt fokus på. Men det kan være

begrensede ved at mitt inngående kjennskap til miljøet kan føre til at jeg overser det som er forskjellig fra mine egne erfaringer (Thagaard 2009:203). Disse betraktninger har vært med meg gjennom hele forskningsprosessen.

Før prosjektet startet opp ble det i henhold til Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 14. april 2000 nr. 31 meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 5). Prosjektets karakter er av en slik art at det ikke var nødvendig å melde til regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

4.11 Kritiske refleksjoner over kvalitativ metode

Det er fortsatt vanlig å mene at kvantitative metoder er den beste og gjerne den eneste veien til vitenskapelig kunnskap (Malterud 2011:33). Dette har sin bakgrunn fra den historisk sterke påvirkning vi har hatt fra USA. Der defineres vitenskap mer eller mindre etter den positivistiske naturvitenskapelige modell. På grunn av påvirkningen fra USA har også helse- og sosialfag i Norge lenge forholdt seg til denne forståelsen av vitenskap (Thomassen 2006:145). I Norge startet debatten om sykepleieteori og –forskning allerede i 1970 årene. Da bidro blant annet sykepleier og filosof Kari Martinsen med å etablere hermeneutiske og fenomenologiske teorier som sentrale alternativer til det lenge rådende positivistiske fargede synet (ibid 2006:150). Bakgrunnen for denne endringen var en erkjennelse av at praksis må studeres og evalueres ut i fra sin egenart. Når praksis settes i sentrum for forskning og teoriutvikling vil en se hvilke varierte kunnskaper der er behov for. En vil da trenge kunnskaper innen både den kvantitative forklarende kunnskap, og innen den kvalitative forstående og fortolkende kunnskap (ibid 2006:151). Men som Malterud poengterer må all forskningsmetode, både den kvantitative og kvalitative forskning tilfredsstillende grunnleggende krav som stilles til verktøy som skal bidra til å levere vitenskapelig kunnskap. Her har ingen metodetilnærming noe krav på monopol eller særbehandling (2011:33). Jeg har gjennom metodekapitlet fremstilt fremgangsmåten og vurdert styrker og svakheter ved min studie. Dette i henhold til krav som stilles ved utvikling av kvalitativ kunnskap.

Videre vil funnene fra analysearbeidet presenteres.

5 Presentasjon av funn

Den kvalitative innholdsanalyse førte til at åtte kategorier ble avdekket. Jeg vil videre presentere kategoriene i tilknytning til hvert forskningsspørsmål som søkes besvart i studien. Kategoriene presenteres med tilhørende underkategorier som underbygges med ulike sitater fra informantene/sykepleierne.

5.1 Hvilke utfordringer møter sykepleier hos den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt?

Jeg avdekket fire kategorier som fokuserer på utfordringer sykepleier erfarte i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt. Kategoriene er; Symptomer og sykdom hos pasienten, Rammer og organisering, Kommunikasjon og samarbeid, Etske overveielser.

5.1.1 Symptomer og sykdom hos pasienten

”Symptomer og sykdom hos pasienten” inneholder fire underkategorier, som beskriver utfordringer relatert til symptomer og sykdom hos pasienten. Underkategoriene er; Pasientinteraksjon, Personavhengig pasientoppfølging, Tilgang til medisinsk vurderingsverktøy og Diffuse symptom.

Pasientinteraksjon

For å gjøre gode vurderinger av pasienten poengterte sykepleierne viktigheten av å kjenne pasienten gjennom innsikt i pasientens situasjon og ved å gå primærlistet. En av sykepleierne sa *”Det er ingen kontinuitet i å kjenne pasientens diagnoser og bakgrunn. Det skaper handlingslammelse.”* En annen sykepleier poengterte *”Kjennskap og kontinuitet gjennom primærlistet bør prioriteres. Det fører til bedre vurderinger.”*

Personavhengig pasientoppfølging

Sykepleierne fortalte om manglende struktur i observasjonen av pasienten. Observasjoner baseres på tilfeldigheter og er avhengig av den enkelte fagperson som møter den aktuelle pasienten der og da. En sykepleier uttrykte *”Det gjøres ingen systematiske observasjoner, det*

er opp til hver enkelt fagperson.” En annen sykepleier sa *”Observasjoner som gjøres er tilfeldige og baseres på den enkeltes sykepleier/hjelpepleiers kunnskap.”*

Tilgang til medisinsk teknisk vurderingsverktøy

Her uttrykte sykepleierne at de har utfordringer med tilgjengeligheten av medisinsk teknisk vurderingsutstyr i hjemmet. Som en av sykepleierne kommenterte *”Det er utfordrende å finne en praktisk måte å bringe teknisk utstyr ut i hjemmene. Ideelt burde det være i alle sykepleiebilene. Ved alarm bruker du ekstra tid på å kjøre inn på kontoret for å hente utstyr.”* Sykepleierne gav inntrykk av at de manglet tilgang på vurderingsutstyr som kan bidra til å avdekke den alvorlige tilstander som kan være årsaken til den akutte funksjonssvikt. Som en sykepleier uttrykte *”Vi har ikke tilgang til vurderingsverktøy, som eksempelvis CRP og HB apparat. Disse kan avdekke tilstander som forringer den gamles liv.”* De opplevde også at vurderingsutstyr de egentlig har tilgang på, er i mangel. Vurderingsutstyret mangler enten fordi pasienten mangler det, eller det ikke er på plass på hjemmesykepleiers kontor. Som en sykepleier sa *”Mangel på vurderingsutstyr som eksempelvis temperaturmåler i hjemmet og på hjemmesykepleiekontor vanskeliggjør observasjoner utover det kliniske blikk.”*

Diffuse symptom

Sykepleierne beskrev utfordringen i å vurdere pasienten med akutt funksjonssvikt da pasienten har diffuse symptomer. En av sykepleierne uttrykte følgende *”Eldre pasienter har diffuse symptom med gradvis utvikling. Det akutte er vanskelig å vurdere ut fra det gradvise funksjonstap.”* Mens en annen sykepleier sa *”En sykepleier observerer, ikke diagnostiserer. Den eldre pasient har diffuse og lite konkrete symptom. Det å kjenne pasienten er derfor avgjørende for håndfaste observasjoner av eldre.”* En tredje sykepleier viste til hvordan diffuse symptom utartet seg, og viktigheten av å ha kjennskap til pasienten *”Kognitivt redusert pasient blir funnet av nabo utendørs. Han er nedkjølt, har vansker med å gå og kan ikke gjøre rede for seg. Vi kommer hjem til pasienten. Han virker forvirret og er ustelt. Normalt er han velstelt.”*

5.1.2 Rammer og organisering

Sykepleierne beskrev utfordringer i forhold til rammer og organisering ved ivaretagelse av de sårbare hjemmeboende eldre med akutt funksjonssvikt. Kategorien inneholder fire

underkategorier; Sykere hjemmeboende eldre, Tidsplanlegging, Ressurser og Fysiske rammer i hjemmet.

Sykere hjemmeboende eldre

Sykepleierne poengterte endringen som hadde skjedd med den hjemmeboende pasientgruppe etter samhandlingsreformen trådte i kraft. Sykepleierne mente at pasientene opplevdes sykere og mer sårbare, og pasientendringen utfordret sykepleierne i å vurdere rett behandlingsnivå. En sykepleier sa *”Med min bakgrunn fra sykehjem, så vil jeg si at pasienter som for 4-5 år siden ble vurdert som langtidspasienter, er nå hjemme.”* En annen sykepleier hadde en tilsvarende opplevelse. Hun poengterte *”Pasientene er blitt dårligere etter samhandlingsreformen. De sendes fortere hjem.”* Vurdering av rett behandlingsnivå og hjelp til en fornyet vurdering ble av en tredje sykepleier uttrykt som følgende *”Pasientene er så syke at vi har vanskelig for å se når det ikke er faglig forsvarlig hjemme. Vi synes ofte det er uforsvarlig fra dag en. Det er gjerne en ny sykepleier som kommer til pasienten som reagerer.”*

Tidsplanlegging

Flere av sykepleierne fortalte om utfordringer med å ha tid til innsikt i pasientens situasjon før pasientmøtet. En sykepleier uttrykte følgende *”Det er ingen tid til å sette seg inn i pasientdokumentasjonen før du møter pasienten”*. De poengterte også at det var viktig å ha tid til å gjøre vurderinger i selve pasientmøtet. En sykepleier kommenterte *”Aktivitetsbaserte inntekter fører til robotsykepleie. Det gjør at vi ikke har tid til å vurdere og samtale med pasienten.”*

Ressurser

Sykepleierne trakk frem ressurser som en utfordring. De mente de var for få til å håndtere pasienten med akutt funksjonssvikt, og kompetansesammensetningen var ikke riktig i forhold til behovet. En av sykepleierne sa *”Vi kan håndtere marginale og sykere eldre i hjemmet, men rammene og antall sykepleiere harmonerer ikke med det.”* En annen uttrykte *”Pasientene trenger plutselig flere tilsyn. Vi får økt vedtakene, men det ligger jo ikke inne i arbeids- og bemanningsplanen.”*

Fysiske rammer i hjemmet

Sykepleierne trakk her frem utfordringer som er av praktisk art i et hjem. Når pasientens akutte funksjonssvikt inntraff opplevde sykepleierne utfordringer med tilgjengelighet av tekniske hjelpemidler og tilrettelegging i hjemmet for å håndtere pasientens fysiske funksjonssvikt. En av sykepleierne poengterte *”Pasient med demens blir dårlig. Han har ingen unormale observasjonsfunn, men han klarer ikke å forflytte seg. Hjemmet er ikke tilrettelagt for fysiske endringer. Han legges derfor inn i sykehus.”* En annen sykepleier sa *”Pasienten får problemer med å gå, og trenger mer hjelp. Det tar en stund før hjelpemidler er på plass.”*

5.1.3 Kommunikasjon og samarbeid

Denne kategorien belyser utfordringer i forhold til videreformidling av viktig pasientinformasjon mellom samarbeidende kollegaer. Kategorien beskriver også samarbeidsutfordringer sykepleier møter med viktige samarbeidspartnere i forhold til denne pasientgruppe. Kategorien består av fire underkategorier; Pasientdokumentasjon, Kompetanse hos kollegaer, Lite medisinsk faglig støtte og Komplekst sykdomsbilde fører til ulike vurderinger.

Pasientdokumentasjon

Sykepleierne poengterte flere mangler ved pasientdokumentasjonen. De mente dokumentasjon og planlegging var en viktig del av den helhetlige pasientoppfølging, og sykepleier måtte videreformidle pasientoppfølgingen for å sikre pasienten faglig forsvarlig hjelp. Funnene viste imidlertid at sykepleierne hadde ingen plan på hvordan de skulle gjennomføre den videre pasientoppfølging. Som en sykepleier sa *”Vi lager ingen plan på videre observasjon av pasienten. Det burde vi ha gjort”*. Et annet utsagn var *”Vi lager ikke gode pleieplaner. Vi registrerer oftest observasjoner i fortløpende rapport.”* Det ble bemerket fra en annen sykepleier at *”Sykepleiedokumentasjonen gir liten pasientinnsikt.”*

Kompetanse hos kollegaer

Hjemmesykepleierne var enige om at de er avhengige av kompetente kollegaer for å kunne gi pasienten en helhetlig oppfølging. Flere av sykepleierne trakk dette frem som en utfordring. En av sykepleierne opplevde at kollegaer ikke hadde et godt nok faglig språk til å formidle pasientens endring. Som hun uttrykte *”Rapportering om pasientens endring er ofte ”ullen”*.

Hjelpepleiere og assistenter som rapporter skjønner ikke alltid hva de ser. Rapporten som "hun er ikke helt god" er gjentakende." En annen sykepleier var usikker på om alle hadde tilstrekkelig kunnskap om den eldre sårbare pasienten. Hun sa "Usikkert om alle kjenner til symptom bildet til de eldste skrøpelige, men det blir oftest rapportert. Da vil noen fange det opp og sette i gang tiltak." En annen sykepleier trakk frem en konkret pasienthendelse for å illustrere sårbarheten med ulik kompetanse i hjemmesykepleien "Pasient har falt. Personell vurderer ingen symptomer på brudd, setter henne i stolen og gir medisiner. Ingen ekstra tilsyn på natten. Neste dag kommer to sykepleiere. Pasient har ikke klart å komme seg ut av stolen. Hun har tisset på seg. De avdekker lårhalsbrudd. Det er sårbart med mange personell med ulik kompetanse." Mens en annen sykepleier belyste viktigheten av at deres kollegaer trengte opplæring i å gjøre observasjoner "Flere marginale og syke eldre innebærer at hjelpepleier må overta noen av våre oppgaver. De må få opplæring til å gjøre observasjoner."

Lite medisinsk faglig støtte

Sykepleierne uttrykte at de følte seg alene i vurderingen av dårlige pasienter da legen ikke hadde tid og mulighet til å komme på hjemmebesøk. Den ene sykepleieren sa "Som sykepleier står vi mye alene i hjemmene. Pasientene er bare blitt dårligere. Vi spiller liksom ikke sammen med legestanden. Noen leger får du god dialog med, og de kommer hjem til pasienten. Men jeg tror de fleste leger strever med å komme på hjemmebesøk." En annen sykepleier beskrev en pasienthendelse "Pasienten trenger legetilsyn. Fastlege og legevakt kunne ikke komme ut. Pasienten klarer ikke å dra inn til dem". En annen opplevelse som ble beskrevet handlet om hvem tar ansvar for den rette behandling i hjemmet "Urinstix kan vi ta, men da må vi være bevisste på vårt ansvar. Legen skriver ofte bare ut en resept, hvis urinstix gir utslag på nitritt. Skal legens diagnostisering bare være basert på sykepleiers observasjoner?"

Komplekst sykdomsbilde fører til ulike vurderinger

Her beskrev sykepleierne utfordringer i forhold til faglig uenighet med lege, og utfordringer i samarbeidet på grunn av diffuse symptomer. En sykepleier kommenterte "Det er utfordrende når vi mener pasientene er for dårlige til å være hjemme, men legen synes de kan det. Da venter vi lengre med å kontakte lege, og ofte ender det i akutt innleggelse på sykehus." Diffuse symptomer som vanskeliggjør legesamarbeidet ble beskrevet som følgende; "Legene ønsker konkrete observasjoner. Det er vanskelig ved diffuse symptomer. Da er de vanskelige å overbevise."

5.1.4 Etiske overveielser

”Etiske overveielser” handler om etikk og refleksjon i møtet med den akutt syke sårbare eldre hjemmeboende pasient. Kategorien inneholder to underkategorier; Samarbeid med pasient og pårørende og Refleksjon i hverdagen.

Samarbeid med pasient og pårørende

Sykepleierne fortalte om samarbeidsutfordringer i møtet med pasient og pårørende.

Samarbeidsutfordringer som oppstod fordi pasient manglet forståelse for egen situasjon, pasient nektet å la seg innlegge i sykehus, eller pasient og pårørende som ikke ønsket annen hjelp enn i hjemmet. En av sykepleierne sa *”Jeg opplever maktesløshet når pasienten har manglende forståelse for egen situasjon. Jeg kjenner det blir uverdigg når pasienten ytrer han ikke vil ha hjelp utenfor hjemmet. Vi mente han trengte døgkontinuerlig tilsyn, men vi kunne allikevel ikke gjøre noe når han ikke ville.”* En annen utfordring som ble beskrevet var en KOLS pasient som nektet å la seg innlegge i sykehus. Sykepleier formulerte hendelsen følgende *”KOLS pasient med akutt forverring benekter han er blitt dårligere. Han har vansker med å gå og ”puster som en fisk på land”. Har feber og lav oksygenmetning. Legevakt kontaktes, pasient nekter å la seg innlegge på sykehus. Han er avhengig av alkohol, og vil derfor ikke dette. Det til tross for legevakt og sykepleiers anbefaling.”* Utfordringer i pasient og pårørende samarbeidet ble av en sykepleier beskrevet som *”Pasient blir dårligere. Fagpersonell mener pasient trenger et høyere omsorgsnivå, men det ønsker ikke pasient og pårørende. De ønsker heller ikke mer hjelp av hjemmesykepleien.”*

Refleksjon i hverdagen

En annen viktig utfordring som ble fremhevet av sykepleierne var muligheten til å reflektere over handlinger i hverdagen. En av sykepleierne uttrykte det som følgende *”Det er vanskelig å finne tid til å reflektere over hendelser i hverdagen. Pasientpleie prioriteres.”*

5.2 Hvilken kompetanse anser sykepleier nødvendig i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt?

Jeg avdekket fire kategorier som fokuserer på kompetanse sykepleier anså nødvendig i møtet med den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt. Kategoriene er; Situasjonsvurderingskompetanse, Organisatorisk- og planleggingskompetanse, Samarbeid- og kommunikasjonskompetanse, og Etisk kompetanse.

5.2.1 Situasjonsvurderingskompetanse

”Situasjonsvurderingskompetanse” omhandler den kompetanse sykepleier må ha i pasientmøtet for å kunne gjøre observasjoner, vurderinger og sette i gang videre tiltak for å ivareta pasientens beste. Kategorien inneholder tre underkategorier; Pasientinnsikt, Bred faglig tilnærming, og Selvstendige sykepleiefaglige avgjørelser.

Pasientinnsikt

Sykepleierne trakk her frem viktigheten av å ha innsikt i pasientens diagnoser og medisinbruk når akutt funksjonssvikt inntraff *”Ved funksjonssvikt er det viktig å kjenne pasientens diagnoser og medisinbruk. Medisin kan være årsak til funksjonssvikt.”* De fortalte hvordan de skaffet seg denne innsikt *”Jeg har etter å ha jobbet her en stund, lært meg å sile ut hvem jeg trenger å lese på før jeg går ut”*. En annen bemerket *”Jeg leser de utfyllende legeepikriser og vedtak fra helse og sosialkontor”* mens en tredje trakk frem *”Medisinlisten finnes som regel. Den bruker jeg mye, og jeg kan lese mye om pasienten ut av den.”*

Bred faglig tilnærming

Sykepleierne fremhevet viktigheten av bred faglig tilnærming og kunnskap i møtet med pasientens diffuse symptom. En av sykepleierne uttrykte følgende *”Sykepleier må kunne mye i møtet med den eldre, da de er vanskelige å diagnostisere.”* En annen sykepleier trakk frem *”Sykepleier må ha faglig tyngde, de må ha kunnskaper om eldre’s sykdommer og hvordan de utarter seg. De må også være dyktige på egen administrativ rolle.”* Å ha bred tilnærming ble uttrykt som følgende *”Endringer hos pasienten i form av forvirring kan skyldes ulike årsaker. Sykepleier må derfor observere og vurdere flere alternativer.”* En annen beskrev bred tilnærming ved eksempelvis et fall som følgende *”Ved observasjoner av fall er det viktig å vurdere pasientens omgivelser, muskelsvinn r.t. inaktivitet og rusmiddelbruk.”*

Selvstendige sykepleiefaglige avgjørelser

Sykepleierne beskrev her hvor viktig det var å gjøre selvstendige og riktige vurderinger i det direkte pasientmøte. Egenskaper som handlekraft hos sykepleier ble også fremhevet. En av sykepleierne kommenterte følgende; *”Hjemmesykepleier er alene om avgjørelser. Du må klare å vurdere hva som er viktig kontra hva som er uvesentlig.”* En annen sykepleier sa *”Å ta ansvar og ha erfaring er viktig i vurderinger. Det er viktig å ha fokus på det en gjør der og da.”* Handlekraft hos sykepleier ble beskrevet som følgende *”Sykepleiere må være handlekraftige. De må tørre å være uenige med legen, og de må tørre å ta et steg videre.”*

5.2.2 Organisatorisk- og planleggingskompetanse

Denne kategorien fremhever viktigheten av at sykepleier har evne til å administrere egen og andres arbeidshverdag i forhold til pasientens behov. Kategorien inneholder en underkategori; Forvalte ressurser på en hensiktsmessig måte.

Forvalte ressurser på en hensiktsmessig måte

Sykepleierne gav inntrykk av at de måtte sørge for rett hjelp av rett personell etter pasientens nyoppståtte behov. En av sykepleierne uttrykte det som følgende *”Pasient blir plutselig skrøpelig pga. smerter. Trenger hjelp til fullt stell og forflytning. Vi måtte da øke hjemmebesøkene i samarbeid med pasient og pårørende.”* En annen sykepleier kommenterte *”Noen ganger må vi endre på hvem som skal gå til pasienten. Bør det være en sykepleier fremfor en hjelpepleier?”*

5.2.3 Samarbeid- og kommunikasjonskompetanse

Kategorien belyser viktigheten av sykepleiers evne til kommunikasjon og samarbeid med aktuelt fagpersonell for å bidra til best mulig pasientivaretagelse. Kategorien inneholder fire underkategorier; Formidle pasientinformasjon, Samhandling med lege, Faglig refleksjon med sykepleiekollegaer, og Kompetente kollegaer.

Formidle pasientinformasjon

Sykepleierne poengterte viktigheten av å dokumentere i pasientjournal *”Det er viktig å dokumentere hendelser i pleieplan eller i rapport. Hvis lite tid, lag i alle fall noen hovedproblemstillinger. Da kan du henviser til det.”* De understrekte også viktigheten av å

videreformidle pasientens endring til samarbeidende personell ”Gode muntlige og skriftlige rapporter er viktig å gi til samarbeidende personell.”

Samhandling med lege

Kjennskap til hva som kreves i samhandling med lege var en kompetanse som informantene trakk frem at sykepleier måtte inneha for å ivareta pasienten best mulig. En sykepleier uttrykte følgende ”Vi kartlegger pasienten før vi ringer lege. Legen ønsker konkrete observasjoner.”

Legen ble beskrevet som en viktig samarbeidspartner i forhold til de sårbare eldre. En av sykepleierne sa ”Legen er en viktig medspiller i forhold til de skrøpeligste hjemmeboende eldre. Vi kommuniserer og engasjerer fastlege i utfordringer i hjemmet via elektronisk melding.”

Faglig refleksjon med sykepleiekollegaer

I aleneheten ute hos pasient ble det beskrevet av informantene at flere sykepleiere på vakt var en styrke i forhold til vurderinger. En av sykepleierne fortalte ”Flere sykepleiere på vakt kan virke støttende og kan være en styrke i vurderinger”. En annen sykepleier kommenterte ”Det er viktig å diskutere og støtte hverandre i pasientutfordringer.” Mens en tredje sykepleier poengterte ”Vi må sammen jobbe etter beste praksis og søke opp teoretiske kunnskaper. Det er viktig med faglig fellesskap i aleneheten.”

Kompetente kollegaer

Sykepleierne gav inntrykk av at tilgang til og samarbeid med kompetente kollegaer var avgjørende for å hjelpe pasienten i hjemmet. Som en av sykepleierne uttrykte ”En gang fant en lærling og en omsorgsarbeider en dame i dyp søvn. De klarte ikke å vekke henne. Da ringte de meg. Hun hadde et hjerneslag, og ble akutt innlagt på sykehus. De var flinke som forsto at her var det noe som var galt. Andre kunne bare tenkt hun var trett og latt henne ”sove”.” En annen sykepleier sa ”Pasientgruppen fanges opp og hjelpes på grunn av dyktige kollegaer.”

5.2.4 Etisk kompetanse

Sykepleierne trakk frem viktige egenskaper sykepleier bør inneha i møtet med pasient og pårørende. Egenskaper som sykepleierne mente bidro til best mulig samarbeid med pasient og pårørende. Kategorien består av en underkategori; Opprette godt samarbeid med pasient og pårørende.

Opprette et godt samarbeid med pasient og pårørende

Respekt, forståelse og veiledning var forutsetninger sykepleierne fremhevet for å få et godt samarbeid med pasient og pårørende. En av sykepleierne uttrykte følgende *”Det er viktig å respektere pasientens selvbestemmelsesrett. Men det er også viktig å motivere pasient til å ta imot hjelp. Er det fare for liv og helse ringer jeg 113 uansett. Det er jeg forpliktet til”* En annen presiserte viktigheten av å forstå og sette seg inn i pasient og pårørendes situasjon *”Pasient og pårørende var nært knyttet til hverandre og de hadde lovt evig troskap. Det er heller ikke lett for dem å forstå at symptom på underliggende sykdom avviker fra det normale. Det er derfor viktig å vise forståelse og medmenneskelighet i møte med pasient og pårørende.”*

I neste kapittel vil funn drøftes opp mot teoretisk perspektiv og tidligere forskning beskrevet tidligere i oppgaven. Til slutt gis innspill til implikasjoner for praksis og videre forskning.

6 Diskusjon

Som tidligere beskrevet vil dagens oppgaveforskyvning mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste fordre at kommunehelsetjenesten i større grad en tidligere ivaretar behandling av pasienter (St.meld. nr. 47 (2008-2009): 28). I tillegg skjer det en intern dreining fra institusjon til hjemmesykepleie i kommunehelsetjenesten, og den største gruppen som mottar hjemmesykepleie er over 80 år (Statistisk sentralbyrå 2013). I Omsorg 2020 fremheves det at den kommunale helse- og omsorgstjeneste har fått brukergrupper som er mer krevende faglig, og de har komplekse medisinske og psykososiale behov. Det er fremdeles et stort gap mellom tjenestetilbudet som gis i hjemmet kontra det som tilbys i institusjon, spesielt i de eldste aldersgruppene. Regjeringen understreker at det ligger et stort potensiale i å bygge ut hjemmetjenestene både kvalitets- og ressursmessig. En sterkere hjemmetjeneste kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling, samt bidra til å utsette institusjonsinnleggelse eller unngå unødvendige institusjonsopphold (2015:7). Fremtidens kommunale sykepleiere vil derfor trenge kompetanse som setter dem i stand til i større grad å ivareta akutt og kritisk syke på en forsvarlig måte. Sykepleierne må kunne gjøre korrekte observasjoner og vurderinger i tillegg til å utøve en omsorgsfull og forebyggende sykepleie for å kunne gi en faglig forsvarlig praksis (Synnes og Thoresen 2011). Når hjemmesykepleiens kontekst endres, må også profesjonen utvikle seg i tråd med denne redefinering.

Hensikten med studien er derfor å undersøke hvilken kompetanse hjemmesykepleier trenger, og hvilke utfordringer hjemmesykepleier møter hos den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt. Målsettingen er at mine funn skal føre til en større innsikt i sykepleiers situasjon, og deres mulighet til å kunne gi kompetent sykepleie i hjemmet til den aktuelle pasientgruppe.

6.1 Situasjonsvurderingskompetanse kontra utfordringer ved symptomer og sykdom hos pasienten

Sykepleierne i min studie fremhevet innsikt i pasientens diagnoser og medisinbruk som en forutsetning for å vurdere og ivareta den sårbare eldre med akutt funksjonssvikt. I pasientens hjem skaffet de seg innsikt ved å nyttiggjøre pasientens medisinliste. Medisinlisten ble brukt både til å få oversikt over medisinbruk, og som en kilde til innsikt i pasientens diagnoser.

Parallelt brukte også sykepleierne de utfyllende elektroniske legeepikriser og opplysninger fra helse og sosialkontor (vedtakskontoret) som kilder til innsikt i pasientens tilstand når de var inne på hjemmesykepleiekontoret. De fremhevet viktigheten av å sette seg inn i pasientens tidligere sykehistorie og premorbide funksjon for å kunne gjøre en fullgod observasjon av den eldre sårbare pasienten med akutt funksjonssvikt. Når funksjonssvikt er symptom på den underliggende akutte sykdommen, er det å kjenne pasientens opprinnelige funksjon, medisiner og diagnoser av betydning i videre vurdering (Pettersen m.fl. 2014, Kilgore 2013, Lillebø m.fl. 2012, Zwicker 2003, Bond 2009). Informasjon fra pårørende er en viktig kilde når det er vanskelig å skaffe seg innsikt i pasientens tidligere funksjon (Pettersen m.fl. 2014, Zwicker 2003:141).

Til tross for denne forståelsen indikerer funn fra min studie at det er liten kontinuitet i å kjenne pasientens bakgrunn og diagnoser innenfor hjemmesykepleiens rutiner. Sykepleierne presiserte at den manglende kjennskap til pasientens bakgrunn bidro til handlingslammelse i møte med akutt funksjonssvikt hos den eldre sårbare pasient. Sykepleierne utviklet derfor metoder til å skaffe seg pasientinnsikt for å være mest mulig forberedt i tilfelle endringer i pasientens tilstand ved adkomst i hjemmet. Som Ranhoff poengterer må sykepleier hos sårbare eldre pasienter gjøre seg kjent med pasientens medisinske diagnoser, sykdommenes alvorlighetsgrad og konsekvenser sykdommene har på pasientens funksjon, livskvalitet og forventet levetid (Ranhoff 2010:81). Når gamle rammes av akutt sykdom er ofte det mest iøynefallende symptom tap av ferdigheter. Møtes dette med forsterkede hjelpetiltak er det stor fare for at underliggende sykdommer ikke blir adekvat diagnostisert og behandlet (Wyller 2010:6). Dette understreker viktigheten av at hjemmesykepleier har innsikt i pasientens premorbide funksjon for å kunne gjøre fullgode observasjoner av den eldre sårbare pasient med akutt funksjonssvikt.

En av sykepleierne trakk frem betydningen av å nyttiggjøre primærlistene i arbeidshverdagen. Hun fremhevet at primærlistene bidrar til bedre innsikt og vurdering av pasienten. Dette understøttes også i tidligere forskning. Studier viser at kronisk syke pasienter som ikke har kontinuitet i besøk fra en pleier blir hyppigere innlagt på sykehus (D'errico og Lewis 2010:433). Hjemmesykepleiere som har faste pasienter de besøker over tid har bedre mulighet til å bli kjent med pasient og pårørende. De kan etablere meningsfullt og terapeutisk samvær, hvor de kan lære å kjenne pasientens historie og ønsker for fremtiden. Kjennskap til pasienten bidrar til en forbedret evne hos sykepleier til å se og rapportere tidlige og plutselige endringer

i pasientens tilstand (ibid 2010:427). Innsikt og tett oppfølging fra en hjemmesykepleier kan forhindre problemer og bidra til å sikre en pasientsikker håndtering av pasienten. Til tross for dette sier Gjevjon (2015) at å sikre høy grad av kontinuitet, i form av antall personer involvert i helsehjelpen til den enkelte pasient, er en utfordring i hjemmesykepleien. Som tiltak for å kompensere for den lave personkontinuiteten kan det eksempelvis oppnås større kontinuitet ved systematisk dokumentasjon og relevant utveksling av informasjon om pasienten.

Funnene viser at enkelte av de intervjuede sykepleiere, til tross for dagens praksis i hjemmesykepleien, har utviklet strategier for å opprettholde mest mulig kontinuitet innen pasientinnsikt. Noe som også er i tråd med Gjevjons anbefalinger og tidligere forskning for å kunne gjøre en fullgod observasjon av den eldre sårbare pasient med akutt funksjonssvikt.

Sykepleierne fremhevet også bred faglig tilnærming som en viktig kompetanse i møtet med den aktuelle pasientgruppe. Viktigheten av å ha kunnskaper om eldre's sykdommer og symptomer og utøve en bred helhetlig tilnærming med fokus på pasienten og dens omgivelser, ble understreket av de intervjuede sykepleiere. Den brede faglige tilnærming trekkes også frem i teoretisk rammeverk og tidligere forskning (Pettersen m.fl. 2014, Lillebø m.fl. 2012, Andersen m.fl. 2011, Ranhoff 2010, Wyller 2010/2011, Gotfredsen m.fl. 2008). Lillebø m.fl. sier en bred geriatrisk vurdering innebærer en systematisk kartlegging av fysisk funksjonsnivå, kognitiv status, emosjonell status, ernæringstilstand, komorbiditet, medikasjon og sosialt nettverk (2012:428). Andersen m.fl. påpeker at den brede tilnærming også må innebære en vurdering av hjemmets innretning og rusmisbruk (2011:384). For å gjøre kartleggingen systematisert og strukturert fremheves ulike standardiserte verktøy som gode hjelpemidler for sykepleier. Eksempler på aktuelle verktøy kan være; ABC (DE) prinsippet for å vurdere vitale funksjoner (Christensen 2011, Pettersen m.fl. 2014, Kilgore 2013, Gotfredsen m.fl.2008), eller "The Confusion Assessment Method" (CAM) for å vurdere kognitiv funksjon (Pettersen m.fl. 2014, Lillebø m.fl. 2012, Bond 2009, Gotfredsen m.fl. 2008, Zwicker 2003).

Som tidligere trukket frem opptrer akutt sykdom hos sårbare eldre med diffuse symptomer. Det sees altså oftere fravær av organrettede symptomer, symptomer kommer fra det organsystem som er mest svekket av tidligere sykdom, og symptomene er preget av tap av ferdigheter (Wyller 2010:5, Zwicker 2003:140). Diffuse symptom ble også fremhevet av sykepleierne i min studie som en utfordring som vanskeliggjør håndfaste observasjoner.

Sykepleierne trakk frem at den akutte årsak til den gradvise funksjonssvikt var vanskelig å vurdere. Som Wyller understreker vil den akutte funksjonssvikt indikere at pasienten sannsynligvis er akutt syk, men lite om hva som feiler ham (2010:7). Ranhoff understreker derfor sykepleiers viktige funksjon i klinisk kartlegging av pasienten med akutt funksjonssvikt. Hun sier sykepleier har en sentral rolle når det gjelder å observere og tolke tegn på symptomer på akutt sykdom og eventuelt gi førstehjelp (2010:194). Sykepleier må vurdere om lege skal tilkalles, eller pasienten trenger sykehusinnleggelse (ibid 2010:194). Diffuse symptomer krever at sykepleier gjennomfører en bred systematisk tilnærming med kjennskap til pasientens premorbide funksjon. Dermed reduseres risikoen for å overse viktige symptomer som kan være årsaken til den akutte funksjonssvikt hos den eldre sårbare pasient. Til tross for denne teoretiske innsikt i nødvendigheten av systematisering indikerer studiens funn at pasientkartlegginger i praksis ikke gjøres systematisk i hjemmesykepleien. Observasjoner som gjøres kan synes å avhenge av den aktuelle ansattes kompetanse som er hos pasienten, uten at noen formaliserte føringer for systematisk kartlegging foreligger.

Det fremstår også ut fra funn at sykepleierne manglet tilgang på medisinsk teknisk utstyr for å kunne observere og avdekke alvorlige tilstander som kunne være årsaken til den akutte funksjonssvikt. Mangelen skyldtes at det var utfordrende å finne en praktisk måte å bringe teknisk utstyr ut i hjemmet, eller der var mangler på aktuelt medisinsk teknisk utstyr i hjemmesykepleien. Dette kan eksempelvis være enkle måleinstrumenter som termometer og oksygenmetningsmåler, eller mer avansert apparat som kan måle pasientens infeksjonsparameter som CRP. Mangel på medisinsk teknisk utstyr i hjemmesykepleien finner også Haukelien, Vike og Vardheim (2015) i sin studie. Mangelen på nødvendig observasjonsutstyr medfører at sykepleierne i min studie ofte benytter det kliniske blikk i stedet for en systematisk tilnærming ved observasjoner av pasienten. I følge Tanner vil klinisk vurderingsevne hos sykepleier være avhengig av sykepleiers erfaringsbakgrunn, rammen rundt situasjonen og sykepleiers kjennskap til pasienten. Elementene vil være sentrale i forhold til hva sykepleier observerer og hvordan de tolker symptomer, responderer på symptomer og reflekterer over deres respons i den aktuelle situasjon (Tanner 2006:204).

I tillegg til bred faglig tilnærming fremhever funn i min studie viktigheten av personlige egenskaper hos hjemmesykepleier i forhold til situasjonsvurderingskompetanse. Informantene fortalte at det var essensielt å ha evne til å ta selvstendige sykepleiefaglige avgjørelser for den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt. Sykepleier må kunne differensiere

mellom hva som er viktig og uviktig i den konkrete pasientsituasjon. Dette er i samsvar med Kirkevolds beskrevne kompetansebehov hos sykepleier i akutte og problematiske situasjoner (1996). Sykepleier må ha utviklet egen personlig kompetanse slik at han eller hun er i stand til å vurdere hva som er den riktige handling i forhold til pasientens behov. Sykepleier må skaffe seg oversikt over problemet, gjennomføre systematiske observasjoner og gjøre selvstendige avgjørelser (Kirkevold 1996:53/54). Informantene i min studie poengterte å ta ansvar for egne vurderinger og ha erfaring fra tidligere situasjoner anses som nødvendig. Sykepleier må ha handlekraft og evne til å diskutere med lege ved diffuse symptomer for å ivareta pasienten best mulig. Trekkes paralleller til Kirkevolds (1996) beskrevne forskjell mellom den erfarne og uerfarne sykepleier i akutte og problematiske situasjoner, sees at den erfarne sykepleier nettopp skiller seg fra den uerfarne sykepleier når det gjelder å oppfatte og tolke problematiske situasjoner. Den erfarne sykepleier evner raskt å se situasjonen fra ulike synsvinkler og komme med ulike forklaringer, evnen er nettopp utviklet gjennom erfaring med lignende situasjoner tidligere (Kirkevold 1996:58). Dette indikerer viktigheten av å ha erfarne sykepleiere til å følge opp den aktuelle pasientgruppe i hjemmesykepleien.

Det kan fremstå ut fra studiens funn at det kreves kompetanse på kyndig- og ekspertnivå for å ivareta den sårbare eldre hjemmeboende pasient med akutt funksjonssvikt, jamfør Benners Dreyfusmodell (1995:44-46). Hjemmesykepleien trenger handlekraftige sykepleiere med erfaring og mulighet til å gjøre systematiske observasjoner basert på kjennskap til pasienten ved akutt funksjonssvikt. En organisasjon vil alltid ha sykepleiere på ulike nivå i personlig kompetanseutvikling. Når vi ser dette opp mot dagens system som ikke sikrer systematiske observasjoner basert på pasientinnsikt, viser studiens funn viktigheten av å videreutvikle hjemmesykepleien slik at den aktuelle pasientgruppe kan ivaretas faglig forsvarlig. Sammenholdes de beskrevne utfordringer opp mot nødvendig kompetansebehov og Tanners betraktninger om klinisk vurderingsevne kan det indikere at pasientsikkerheten er truet hos den aktuelle pasientgruppe.

6.2 Organisatorisk- og planleggingskompetanse kontra rammer og organisering

Sykepleierne trakk frem evnen til å vurdere den enkeltes pasients behov for hjelp som en kompetanse de spesielt trengte i møtet med akutt funksjonssvikt. De kommenterte at sykepleier må ut fra pasientens plutselige endring kunne vurdere hvilket hjelpebehov pasienten har. De fortalte at sykepleier må vurdere nødvendigheten av å øke tilsyn for å kunne gjøre videre observasjoner og gi forsvarlig hjelp, og de må vurdere hvilken kompetanse pasienten trenger. Funn fra studien samsvarer med anbefalt oppfølging av den akutt syke pasient. Anbefalt oppfølging understreker viktigheten av å følge pasienten videre ved å gjennomføre regelmessige observasjoner. Regelmessige observasjoner gir sykepleier mulighet til jevnlig vurdering av pasientens vitale funksjoner, pleiebehov og eventuell effekt av igangsatt behandling. Hva som skal gjøres og hvor ofte, må gjøres i samråd mellom lege og sykepleier (Pettersen m.fl. 2014, Kilgore 2013, Andersen m.fl. 2011). Allikevel kan det ut fra studiens funn fremstå som om sykepleier alene vurderer videre oppfølging av pasienten. Informantene trakk ikke frem at vurderingen gjøres i samråd med lege. Dette viser nok en gang viktigheten av å ha rett person på rett sted til rett tid for å kunne ivareta pasienten faglig forsvarlig. Som tidligere beskrevet bør sykepleiers personlige kompetanse i møte med den aktuelle pasientgruppe være på ekspertnivå. Sykepleier i hjemmet ser altså ut til å ha et stort ansvar i oppfølgingen av den aktuelle pasientgruppe, noe som indikerer viktigheten av å ha dyktige og erfarne sykepleiere i hjemmesykepleien.

Parallelt med dette opplevde sykepleierne at hjemmeboende pasienter er sykere og mer sårbare etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Funn fra tidligere forskning som har sett på samhandlingsreformens konsekvenser for kommunehelsetjenesten understøtter denne betraktning (Gautun og Syse 2013, Abelsen m.fl. 2014). Pasientendringen utfordret sykepleierne i studien til å vurdere rett behandlingsnivå. Informantene beskrev det som et dilemma å vite når pasienten var for syk til å være hjemme, samtidig som det var forventet at sykere pasienter skulle bli ivaretatt i hjemmet. Kilgore viser til scoringsverktøyet National Early Warning Score (NEWS) som et viktig verktøy som hjelper sykepleier i å risikovurdere pasienten, og til å vurdere riktig behandlingsnivå. Han sier det ofte er små marginer til å vurdere feil i den akutte fasen av dårlig helse (2013:14). Burch m.fl.(2008) viser til vurderingsverktøyet MEWS, modified early warning score. MEWS og NEWS er begge scoringsverktøy, og de er bygd på ABC (DE) prinsippet og gir score i henhold til vitale

parameter. Burch m.fl. konkluderer i sin studie at MEWS kan benyttes som et raskt og enkelt prioriteringsprinsipp i akuttmottak for å identifisere pasienter som trenger sykehussinnleggelse, eller til å identifisere pasienter som er i risiko for uønskete dødsfall i sykehus (2008:674).

Disse funn indikerer at MEWS muligens kan være et nyttig verktøy å benytte i kommunehelsetjenesten. Ved å benytte eksempelvis MEWS kan sykepleier enklere avdekke om pasienten trenger hjelp på et høyere behandlingsnivå. MEWS kan likeså bidra til å redusere risikoen for uønsket dødsfall i hjemmet relatert til feilvurderinger i den akutte fasen av pasientens dårligere helse.

Det kan se ut som om sykepleierne har fått et større ansvar for sykere og mer behandlingsskrevende pasienter. Samtidig indikerer funn i min studie at sykepleierne ikke har tilgang til vurderingsverktøy eller benytter samarbeidspartnere for å vurdere, dokumentere og planlegge riktig behandlingsnivå for pasienten.

Sykepleierne i studien beskrev også tid og ressurser som en utfordring. Sykepleierne erfarte å ha for lite tid til å sette seg inn i pasientens bakgrunn før pasientmøtet og til å gjøre faglige vurderinger i hjemmet når pasientens akutte funksjonssvikt oppstår. Sykepleierne opplevde mangel på ressurser ved å være for få sykepleiere til å håndtere pasienten som trengte økt tilsyn og hjelp ved akutt funksjonssvikt i hjemmet. Tidspress og mangel på spesialisert sykepleiekompetanse på videreutdanning eller masternivå blir også trukket frem i tidligere forskning (Haukelien m.fl. 2015). Studiens funn viste at sykepleierne opplevde å være for få ansatte i bemanningsplanen til plutselig å skulle ivareta pasientens økte hjelpebehov. I Gautun og Syses studie opplevde sykepleierne en økt arbeidsmengde uten at tilsvarende bemanning ble trappet opp (2013).

Min studie viser viktigheten av å ha tid til både å sette seg inn i pasientens bakgrunn og til videre å vurdere pasientens situasjon ved akutt funksjonssvikt. Som tidligere fremhevet er disse to elementer svært viktig for å ivareta pasienten faglig forsvarlig (Kilgore 2013, Gotfredsen m.fl. 2008). Samtidig viser funn at det ikke er tilstrekkelig med ressurser til rådighet i dagens hjemmesykepleie. Videre kommer det frem at sykepleierne følte en skjev ressursfordelingen. Dermed ligger utfordringen ikke kun i antall personell men likeledes i korrekt organisering av personell med rett kompetanse. Tilgang på tilstrekkelig antall og kompetent personell kan være en nøkkel faktor for å gi en faglig tilfredsstillende oppfølging i hjemmet til den aktuelle pasientgruppe.

En annen viktig faktor for å kunne planlegge og organisere korrekt pleie er forholdene i hjemmet. I min studie trakk informantene frem fysiske rammer i hjemmet som en utfordring i forhold til ivaretagelse av den sårbare eldre hjemmeboende med akutt funksjonssvikt. De fysiske rammer introduserte dilemmaer som hvordan sykepleier skulle håndtere pasientens fysiske endring i et hjem som ikke var tilrettelagt. Funnene viste praktiske begrensninger som finnes i hjemmesykepleien, og som det må tas høyde for hvis den aktuelle pasientgruppe skal ivaretas i hjemmet. Abelsen m.fl. (2014) gjorde tilsvarende funn i forhold til utskriving av pasient fra sykehus til hjem. De avdekket at nettopp tekniske hjelpemidler er en av tingene som må på plass før en eventuell utskriving av pasienten kan skje. Disse funn fokuserte på tiden etter utskriving fra sykehus, mens min studie belyser pasientgruppen i fasen før en eventuell sykehusinnleggelse. Men pasientens endring i form av funksjonssvikt og økt behov for hjelp medfører et akutt behov for tekniske hjelpemidler. Om sykepleier i samarbeid med fastlege skal kunne håndtere, observere og eventuelt behandle pasientgruppen i hjemmet, illustrerer mine funn viktigheten av å få på plass tekniske hjelpemidler til rett tid for å kunne forsvare en tilstrekkelig kvalitativ pleie.

6.3 Samarbeid- og kommunikasjonskompetanse kontra utfordringer med kommunikasjon og samarbeid

For å kunne ivareta den akutt syke sårbare eldre pasient forsvarlig er det nødvendig for helsepersonell å samarbeide og kommunisere, både skriftlig og/eller verbalt, internt i egen avdeling, men også eksternt med andre avdelinger (Ranhoff 2010, Kilgore 2013, Gotfredsen m.fl. 2008, Wallin og Thor 2008).

Sykepleiedokumentasjonens overordnede mål er å sikre kvalitet, kontinuitet og sikkerhet for pasienten gjennom sykdomsforløpet (Gjevjon og Hellesø 2010:100). Dokumentasjon skaper kontinuitet ved å gi informasjon til neste sykepleieskift, pasienten og andre viktige medspillere (Gjevjon og Hellesø 2010:101, Fermann og Næss 2010:206). Tidligere forskning viser også til viktigheten av god dokumentasjon ved akutte og problematiske situasjoner (Gjevjon og Hellesø 2010). Akutte og problematiske situasjoner hos pasienten krever handling fra sykepleier for å redde liv eller hindre ytterligere skade og komplikasjoner. Akutte og problematiske situasjoner gjenkjennes ved at hendelsesforløpet ikke utvikler seg som normalt, og tiltak en sykepleier setter inn må gjerne revurderes (Kirkevold 1996).

Sykepleierne i min studie trakk likeledes frem viktigheten av systematisk dokumentasjon i pleieplan, slik at etterfølgende kollegaer kunne videreføre en planlagt og velbegrunnet pasientbehandling. De poengterte at dokumentasjonen må beskrive hendelsesforløp, hvilke tiltak som settes inn og som bør følges opp. Et minimum i form av noen hovedproblemstillinger burde i alle fall bli nedtegnet. På den måte kunne kollegaer nyttiggjøre informantens observasjoner, vurderinger og tiltak i det videre forløp. Krav om dokumentasjonsplikt er også nedfelt i Helsepersonelloven § 8 og i forskrift om pasientjournal (Helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal).

Sykepleierne poengterte også at det som blir nedtegnet må videreformidles til samarbeidende personell. Både til egne kollegaer, til lege og eventuelle samarbeidende institusjoner. Noe som er i samsvar med teoretisk rammeverk og tidligere forskning (Ranhoff 2010, Kilgore 2013, Gotfredsen m.fl. 2008, Wallin og Thor 2008).

Til tross for at informantene i min studie og tidligere forskning (Gjevjon og Hellesø 2010) er samstemmig i at skriftlig kommunikasjon via dokumentasjon er nødvendig, indikerer funn fra min studie en manglende etterlevelse. Funnene viste at hjemmesykepleierne ikke prioriterte helhetlig sykepleiedokumentasjon. Implementering av plan for videre oppfølging, hvordan sykepleiedokumentasjonen nedtegnes og innhold i pleieplanen ble beskrevet av sykepleierne som et forbedringspotensial. Sykepleierne fremhevet at sykepleiedokumentasjonen gav liten pasientinnsikt. De fortalte at observasjoner i forbindelse med akutt funksjonssvikt ofte bare ble notert fortløpende i rapport uten at det ble laget en plan på videre observasjon av pasienten. Dette er i samsvar med funn i Gjevjon og Hellesø's studie (2010).

Funn i min studie kan derfor indikere en dokumentasjonspraksis som kan gi utfall for pasientsikkerheten.

Som nevnt innledningsvis i avsnittet er samarbeid og kommunikasjon med lege viktig. I min studie trakk sykepleierne nettopp frem samhandling med lege som en viktig evne hjemmesykepleier bør inneha. Informantene viste til at i samhandling med lege var det viktig å gjøre konkrete pasientobservasjoner før de kontaktet han/henne. De engasjerte fastlegene i pasientens aktuelle problemstillinger ved å nyttiggjøre elektronisk melding i elektronisk pasientjournal. Informantene gav uttrykk for at fastlegen er hjemmesykepleiers viktigste samarbeidspartner i forhold til den aktuelle pasientgruppe. Disse betraktninger blir også

underbygget i tidligere forskning. Haukelien m.fl. (2015) poengterer at dagens spesialisthelsetjeneste spesialiseres og effektiviseres i retning av større oppdeling av behandlingsforløpet. Spesialisthelsetjenesten fokuserer på behandling og mindre på pleietid. Som en konsekvens reduseres liggetid i sykehus, hvilket medfører en større andel pasienter som overføres kommunene. Den kortere liggetid i sykehus krever dermed en tett sykepleiefaglig og medisinsk oppfølging av eldre i kommunehelsetjenesten (Haukelien m.fl. 2015:7).

Som en motsetning til dette fremhevet sykepleierne i min studie store utfordringer med samarbeid og kommunikasjon med legen. Mine informanter opplevde å stå alene i vurderinger av pasienten i hjemmet da legene hadde problemer med å komme ut til pasienten. Tall fra statistisk sentralbyrå viser at fastleger gjennomførte i løpet av 2013; 63 % konsultasjoner, 1 % sykebesøk, og 36 % telefonkontakt. Legevakt hadde 70 % konsultasjoner, 26 % telefonkontakt og 4 % sykebesøk (statistisk sentralbyrå 2013). Det kan altså se ut som om legene har en utfordring med å dra på hjemmebesøk. Dette understøttes også i tidligere forskning (Haukelien m.fl. 2015, Abelsen m.fl. 2014). Abelsen m.fl. fant at det er en utfordring å få fastleger til å dra på sykebesøk til brukere av hjemmesykepleien. Sykepleierne her opplevde fastlegens oppfølging av sykere pasienter hjemme som en flaskehals (2014:62). Sykepleierne i min studie opplevde også at pasienten diagnostiseres kun på bakgrunn av deres observasjoner. Haukelien m.fl. fant i sin studie at fastleger er vanskelig å få tak i og samarbeide med. Sykepleierne i deres studie poengterte at de opplevde at fastlegene ikke tok deres problemstillinger på alvor, og de opplevde seg selv som edderkoppene i nettet som spinner alt sammen (2015:43).

Disse funn indikerer viktigheten av å gjennomgå samarbeidsrammene mellom legene og hjemmesykepleien. Skal sykere pasienter ivaretas i hjemmet forutsetter det gode og faglig støttende samarbeidsrammer som ivaretar den akutt syke sårbare eldre best mulig.

Utover dette beskrev sykepleierne i min studie også andre kommunikasjonsutfordringer i samarbeidet med legen. Utfordringer relatert til det komplekse sykdomsbilde som sykepleier observerte ved akutt funksjonssvikt hos pasienten. Sykepleierne beskrev at de opplevde uenighet med lege hvorvidt de sykeste pasienter kunne være hjemme. De fortalte det var utfordrende å gi legen konkrete observasjoner når symptomene var diffuse. Som beskrevet tidligere er det avgjørende for den geriatriske pasient i hjemmet at hjemmesykepleier

rapporterer og samarbeider med fastlege, legevakt eller andre behandlingsinstanser (Ranhoff 2010, Kilgore 2013, Gotfredsen m.fl. 2008, Wallin og Thor 2008). Som Fermann og Næss poengterer er det avgjørende for pasientvaretakelsen at hjemmesykepleier handler på bakgrunn av observasjoner og vurderinger, når sykdomstegn hos gamle er vage, atypiske eller helt mangle. Hjemmesykepleier må være årvåken, gjøre raske handlinger, utføre systematiske observasjoner og gi pasienten oppmerksomhet over tid (Fermann og Næss 2010:207). For oppnåelse av en bedre kommunikasjon og forståelse i samarbeidet med lege vises i tidligere forskning til benyttelse av kommunikasjonsverktøyet SBAR (Kilgore 2013:14). Helsevesenet er et kompleks arbeidsmiljø, og det overføres store mengder kritisk informasjon mellom ulike parter. For å få til en god pleie og medisinsk behandling er en avhengig av god og korrekt kommunikasjon. Er informasjonen ufullstendig eller feilaktig trengs det derfor mekanismer for å korrigere dette. SBAR er et anerkjent og velutprøvd kommunikasjonsverktøy som kan benyttes for å oppnå bedre kommunikasjon mellom helsepersonell. SBAR gir en forutsigbar form på kommunikasjon i komplekse situasjoner ved formidling av den aktuelle pasients utfordringer. SBAR anbefales blant annet som et aktuelt kommunikasjonsverktøy i samarbeidet mellom sykepleier og lege (Wallin og Thor 2008). I min studie kom det ikke frem at SBAR benyttes av hjemmesykepleierne i kommunikasjon med lege.

Ovenstående funn i henhold til legesamarbeid indikerer et behov for å sette fokus på samarbeidsrammer og kommunikasjonsverktøy som finnes mellom legene og hjemmesykepleien i dag.

Samarbeid og kommunikasjon mellom kollegaer er også en viktig kompetanse for å ivareta pasienten best mulig. Sykepleierne i min studie trakk nettopp denne kompetanse frem, og de beskrev at kollegial sykepleiefaglig støtte i vurderinger og faglig diskusjon rundt pasientutfordringer var viktig for å kunne gi pasienten best mulig hjelp. Et faglig fellesskap i aleneheten som profesjonsutøver i pasientens hjem var viktige elementer for sykepleierne i møtet med akutt funksjonssvikt hos pasienten. Sykepleierne i min studie trakk også frem at kompetente kollegaer er en forutsetning for å kunne gi den hjemmeboende pasient med akutt funksjonssvikt riktig hjelp til riktig tid. Ulike pasientsituasjoner har ulike pasientutfordringer som igjen krever ulik kompetanse. Ser vi tilbake på teoretisk rammeverk viser både Kirkevold (1996) og Benner (1995) til dette. En sykepleier utvikler seg etter hvert som hun/han tilegner seg erfaring og kunnskap gjennom praktisk utøvelse av faget. I følge Dreyfusmodellen skjer dette ved å passere fem ferdighetsnivå, fra novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig til

ekspert (Benner 1995:29-36). Sykepleierne som jobber i hjemmesykepleien vil være på ulike ferdighetsnivå, og de jobber oftest alene hos pasienten. Derfor må det legges til rette for faglig diskusjon rundt pasientens problemstilling for å sikre best mulig pasientbehandling.

Ut over dette opplevde sykepleierne i min studie utfordringer i kommunikasjon og samarbeid med andre ikke sykepleiefaglige kollegaer relatert til deres manglende kompetanse. De beskrev kollegaer som ikke visste hva det var de observerte når pasienten plutselig endret funksjonsnivå. Kollegaene kunne se det inntraff endringer med pasienten og de rapporterte det til sykepleier, men de manglet faglig språk til å formidle pasientens endring. Informantene uttrykte usikkerhet om alle kollegaer hadde tilstrekkelig kunnskap om de eldste skrøpeligste symptombilde ved akutt sykdom. Sykepleierne beskrev også at den ulike kompetanse som var i arbeidsgruppen kunne føre til feilbehandlinger og forsinkelse i å gi pasienten rett hjelp til riktig tid. Norheim og Thoresen (2015) hadde tilsvarende funn i deres studie. De fant at hjemmesykepleierne opplevde de samlet sett hadde god nok kompetanse, men utfordringen var at kvaliteten på tjenesten baserte seg på en gjensidig avhengighet mellom de mange ansatte. Her snakket informantene om den gjensidige avhengighet mellom de mange ansatte i turnus som skulle ivareta pasientene med komplekse sykdomsbilder. Sykepleierne hadde ikke mulighet til å følge opp alle pasienter hver dag. De var derfor avhengige av at samarbeidende kollegaer fulgte opp tiltak, at endringer i pasientens helsetilstand ble oppdaget og rapportert av dem (2015:19). Konklusjonen i Norheim og Thoresens studie ble at kompetansen måtte styrkes i alle ledd (ibid 2015:21).

Funn fra min studie indikerer at det er viktig å fokusere på kompetansehevede tiltak relatert til verbal og skriftlig kommunikasjon og dokumentasjon for å kunne forbedre samarbeidet. Det gjelder både internt og eksternt, men spesielt i forhold til sykepleiers daglige samarbeidende personell.

6.4 Etisk kompetanse kontra etiske overveielser

Sykepleier kommer inn i hjemmet som profesjonell yrkesutøver, men samtidig som besøkende. Respekt og forståelse for pasientens og pårørendes valg og ønsker for sitt liv og hjem må være en del av sykepleiers personlige kompetanse. Pasienten er juridisk og praktisk sett på hjemmebane. Det medfører at hjemmesykepleier må være bevisst på balansegangen mellom hva de mener er det beste for pasienten og det pasienten mener selv (Birkeland og

Flovik 2014:43). Pasientrelasjonen må være basert på respekt, likeverd og tillit (Solheim 2004:118).

Ovenstående betraktninger ble understøttet av sykepleierne i min studie. De trakk frem viktigheten i å ha samhandlende egenskaper i møtet med den hjemmeboende pasient med akutt funksjonssvikt. Elementer som å sette seg inn i pasienten og pårørendes situasjon, samtidig som en motiverer og veileder dem til å ta imot best mulig hjelp ble beskrevet som en viktig kompetanse hos hjemmesykepleier. Kompetansebehovet understøttes videre ved at sykepleierne i min studie nettopp beskrev utfordringer relatert til vanskeligheter ved å få pasient og pårørende til å erkjenne og motta hjelpen de trengte. Det skyldes at pasient og pårørende vanligvis har vanskelig for å forstå hvor syk pasienten egentlig kan være på grunn av de diffuse symptomer. Ved slike hendelser vil nettopp de ovenstående kvalifikasjoner være viktige egenskaper å inneha i møtet med pasient og pårørende.

I følge Solheim har pasient og sykepleier relasjonen i hjemmesykepleien en annen karakter enn i institusjon. Sykepleier har makt i relasjonen i form av kompetanse, mens pasienten har makt i form av at han er på sitt eget territorium. Det innebærer at pasienten kan velge å stenge døren for sykepleier, eller nekte å ta imot den hjelp han faglig sett har behov for. Slike situasjoner kan føre til at sykepleier ikke får gjennomført faglig forsvarlig hjelp, og situasjonen preges av en form for maktesløshet (2004:118/119). Flere slike situasjoner ble fremhevet av informantene, hvor de spesielt opplevde utfordringer hos pasienter med rusproblemer. En av sykepleierne fortalte om en pasient som fornektet egen KOLS forverring. Pasienten ville ikke legges inn i sykehus på grunn av alkoholavhengighet. Situasjonen utviklet seg til pasienten ble så dårlig at han hadde store problemer med å puste. Først på det tidspunktet fikk sykepleier og legevaktslege lov til å hjelpe. I følge Aarheim skapes et dilemma, når pasientens evne til å ta avgjørelser, og hans rett til å bli respektert for disse går på tvers av synspunktene til helsepersonellet. Dilemmaer som kan føre til både faglige, juridiske og etisk uforsvarlige situasjoner. Men handler helsepersonell på tvers av pasient og pårørendes ønske vil en også skade deres integritet og bryte autonomiprinsippet. Det oppstår dermed en konflikt mellom velgjørhetsprinsippet og autonomiprinsippet. Hvilket av prinsippene som skal følges kan være vanskelig å ta stilling til i hverdagen (2004:269).

Slike etiske problemstillinger som sykepleierne beskrev medfører viktigheten av å ha mulighet til refleksjon med kollegaer. Til tross for det opplevde sykepleierne begrensninger i

å reflektere relatert til travelhet i hverdagen. De fortalte at i en travel arbeidshverdag er det bare direkte pasientpleie som prioriteres. Av Aarheim understrekes det at på grunn av alenerollen sykepleier har i hjemmesykepleien er det svært viktig å skape arenaer hvor etiske utfordringer kan diskuteres. Dette krever naturligvis tilgang på nok personale, vedlikehold og heving av den etiske kompetanse, og gode rutiner for å ta opp vanskelige pasientsituasjoner og etiske problemstillinger (2004:274). I Bollig, Pedersen og Førdes litteraturgjennomgang om etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenester fra 2009 viser nettopp deres resultat at der finnes mange komplekse etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester. Personalet uttrykker behov for kompetanseheving innen etikk, samt møteplasser og veiledning hvor etiske utfordringer belyses. Til tross for det synes et systematisk etikkarbeid lite utviklet i de aktuelle tjenester (2009:186).

Samlet sett indikerer studiens funn at møtet med den aktuelle pasientgruppe kan by på etiske utfordringer og dilemmaer. Det er da bekymringsfullt at sykepleier ikke har tilrettelagte arenaer hvor de kan diskutere og finne best mulig løsning på de aktuelle faglige, juridiske og etiske problemstillinger.

6.5 Implikasjoner for praksis

Ulike helsepolitiske reformer har på kort tid ført til en endret ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar for en stadig større gruppe av behandlings- og pleietrengende pasienter stiller derfor krav til økt kompetanse. Primærhelsetjenestemeldingen vektlegger at en fremtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste skal forebygge og avklare utfordringer før de vokser seg store. (St.meld. nr 26 (2014-2015):19). Funnet fra min studie kan dermed nyttiggjøres i planlegging av kompetanseutvikling av ansatte og i å kvalitetsutvikle tjenestetilbudet ovenfor den aktuelle pasientgruppe i hjemmesykepleien.

Utfordringer som beskrives i studien viser at det er viktig å vurdere konteksten sykepleien utøves i. Konteksten vil være avgjørende for hvilken type kompetanse det er behov for, og hvordan kompetent sykepleiefaglig tjeneste kan utøves. Pasientgruppen har som tidligere beskrevet uspesifikke og atypiske symptomer, hyppig komorbiditet, hurtig forverring ved manglende behandling, høy insidens av komplikasjoner, pleiebehov som oppstår hurtig samt

behov for etiske overveielser. Det stilles derfor krav til sykepleier om geriatrik vurderings- og handlingskompetanse, organisatoriske evner, samhandling og etisk kompetanse.

Implikasjoner for praksis bør derfor bestå av flere tiltak. En tverrfaglig retningslinje for å sikre en faglig forsvarlig ivaretagelse av den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt kan være et tiltak. Et annet tiltak kan være å vektlegge videreutdanning av sykepleiere i hjemmet innen geriatri, enten som ordinær etterutdanning, eller som mastergrad innen avansert klinisk geriatrik sykepleie. I Primærhelsetjenestemeldingen omtales denne utdanningen som ”nurse practitioner” (St.meld. nr 26 (2014-2015):60). Basisutdanningen hos både sykepleie og helsefagarbeidere/hjelpepleiere kan gjerne styrkes innen fagområdet geriatri. Andre nyttige eksempler på generelle kompetansehevende tiltak til personell i hjemmesykepleien kan være i form av fagutviklingsprosjekter jamfør SAFE prosjektet ved Oslo universitetssykehus og Oslo kommune (Oslo universitetssykehus og Oslo kommune 2014) eller samarbeidsprosjektet mellom Tromsø kommune og utviklingscenter for hjemmetjenester i Troms ”Både i hode og sekk – den kompetente sykepleier i hjemmetjenesten i Tromsø” (Nordmo-Stykket, Torgersen og Sausjord 2015). Etikkarbeid bør settes i system for å skape arenaer for hjemmesykepleier til refleksjon over egen praksis, jamfør samarbeidsprosjektet Etisk Kompetanseheving (Kommunenes sentralforbund 2015). Økt kunnskap og forbedring av dokumentasjonspraksis bør fokuseres på i hjemmesykepleien. Samhandling og kommunikasjon mellom aktuelt helsepersonell er også et forbedringsområde for å kvalitetssikre ivaretagelsen av den hjemmeboende sårbare eldre med akutt funksjonssvikt.

Funnene i denne studie kan forhåpentligvis hjelpe ledere, kompetansesenter, utdanningssteder, personell og politikere til å få innsikt i relevante forbedringsområder som kan videreutvikle hjemmesykepleien til den aktuelle pasients beste.

6.6 Videre forskning

Hjemmesykepleien vil i fremtiden være arena for høy produksjon av helse- og omsorgstjenester. Det trengs derfor flere og større studier med fokus på hjemmesykepleien og deres mulighet til å gi faglig forsvarlige tjenester med fokus på pasientens beste, jamfør HelseOmsorg21 (2014). I forlengelse til studien mener jeg det vil være interessant å vurdere hvordan disse funn påvirker sykepleierfunksjonen i form av stort ansvar, arbeidspress og

slitasje. Et studie som belyser hjemmesykepleiens særegenhet med pasientens selvbestemmelsesrett som skaper egne utfordringer for behandlende helsepersonell i hjemmesykepleien vil også vært interessant.

7 En oppsummerende sammenfatning

Jeg har i denne studie undersøkt utfordringer og kompetansebehov som hjemmesykepleier møter hos den eldre sårbare pasient med akutt funksjonssvikt. Jeg avdekket i mine funn åtte kategorier, hvor fire kategorier belyste utfordringer sykepleier erfarte og fire kategorier belyste sykepleieres behov for kompetanse.

Flere av utfordringene som ble avdekket i studien viser betydningen av å vurdere konteksten som sykepleie utøves i. De sammensatte utfordringer omfavnet både system- og individnivå. Om et økende antall akutt syke eldre skal håndteres i eget hjem, indikerer mine funn at hjemmesykepleiens rammer bør tilrettelegges for å optimere dette. Erfaringer fra mine informanter tilsier at hjemmesykepleien bør vurdere å innføre systemer som sikrer et arbeidsmiljø som gir kvalifisert pasientpleie, og som samtidig fremmer trivsel og mulighet for faglig utvikling av sykepleier og dens kollegaer.

Sykepleierne i min studie belyste kompetansekategorier som innebærer både teoretisk, praktisk og etisk kompetanse som sykepleier gjennom refleksjon og intuisjon tilpasser en aktuell situasjon, jamfør Kirkevolds personlige kompetansmodell (1996:28-36).

Kompetansenivået som informantene anså som nødvendig ser ut til å være etter Benners Dreyfusmodell på kyndig- og ekspertnivå (1995:44-46). Områdene som ble trukket frem samsvarer også i forhold til tidligere forskning innen hjemmesykepleiers generelle kompetansebehov. Bing-Jonsson m.fl. (2014) viser til ti generelle kompetansekategorier, hvor mine funn gir en videre detaljert beskrivelse av noen av disse kompetansekategorier i henhold til den aktuelle pasientgruppe. Mine funn viste også viktigheten av å sette kompetansearbeidet i system samt å vektlegge refleksjon og praktisk trening til videre faglig utvikling, jamfør Flöjt m.fl. (2014). Det beskrevne kompetansebehov indikerer behov for hjemmesykepleiere med geriatrisk vurderings- og handlingskompetanse på et avansert nivå så vel videreutdanning og master.

Oppsummert indikerer masteroppgavens funn behov for en mer systematisk tilrettelegging av et arbeidsmiljø som bidrar til kvalifisert pasientpleie. Studiens funn synliggjør også behov for sykepleiere med geriatrisk vurderings- og handlingskompetanse for å ivareta de hjemmeboende sårbare eldre ved akutt funksjonssvikt.

8 Litteraturliste

Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S.I. og Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Stavanger: IRIS samfunnsforskning og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Rapport IRIS 2014/382.

Akner, G. (2010). Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. *Läkartidningen*, 107 (44), s. 2707-2711.

Andersen, J.S., Lous, J., Dalmose, A.L. og Witt, K. (2011). Den akutte patient i almen praksis. I: T. Callesen og K. Antonsen (red). *Den akutte patient*. 2.utg. København: Munksgaard Danmark.

Antonsen, E.B. (2010). Veien tilbake til arbeidslivet: Flexibilitet versus byråkrati. *Sykepleien forskning*, 4 (5) s. 278-284.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO Forlag A.S.

Bing-Jonsson, P.C., Bjørk, I.T., Hofoss, D., Kirkevold, M. og Foss, C. (2014). Competence in advanced older people nursing: development of “Nursing older people – Competence evaluation tool”. *International Journal of Older People Nursing*, 10 (1), s. 59-72.

Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. 2 utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Bollig, G., Pedersen, R. og Førde, R. (2009). Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning*, 4 (3), s. 186-196.

Bond, S.M. (2009). Delirium. Strategies for Home Health Clinicians. *Home Healthcare Nurse*, 27 (1), s. 24-34.

Burch, V.C., Tarr, G. og Morrioni, C. (2008). Modified early warning score predicts the need for hospital admission and inhospital mortality. *Emergency Medical Journal*, 25, s. 674-678. doi: 10.1136/emj.2007.057661

Christensen, E.F. (2011). Første gjennomgang af den akutte patient – ABC i akut behandling. I: T. Callesen og K. Antonsen (red). *Den akutte patient*. 2.utg. København: Munksgaard Danmark.

Crowe, M., Inder, M. og Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49 (7), s. 616-623

D`errico, E.M. og Lewis, M.A. (2010). RN Continuity I Home Health: Does it make a difference? *Home Health Care Management & Practice*, 22 (6), s. 427-434.

Drageset, S. og Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5 (4), s. 332-335

Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. New York: Routledge

Fermann, T. og Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forskrift om pasientjournal, forskrift av 21. desember 2000, nr 1385.

Flöjt, J., Le Hir, U. og Rosengren, K. (2014). Need for Preparedness: Nurses' Experiences of Competence in Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 26 (4), s. 223-229.

Gautun, H. og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 8/2013.

- Gjevjon, E.R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1 (1), s. 18-26.
- Gjevjon, E.R. og Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, (19), s. 100-108. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
- Gotfredsen, K., Ærthøj, J.P. og Djernes, J.K. (2008). Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir. *Sygeplejersken*, 16 (15), s. 44-51.
- Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, s. 105-112.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. Telemark: Telemarksforskning. TF-rapport nr. 362.
- Helsedirektoratet (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Oslo: Helsedirektoratet. Rapport 2/2012.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport 2014.
- Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. Utg. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kilgore, C. (2013). Practice question, Care in the community, How can I manage patients with acute illness in their own homes? *Nursing older people*, 25 (8), s. 14.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kommunenes Sentralforbund (2015). *Etisk kompetanseheving*. Hentet 21. november 2015 fra: <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/etisk-kompetanseheving/>

Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Legevakhåndboken (2015). *Primærundersøkelsen – ABCDE*. Helsebiblioteket: Gyldendal Akademisk. Hentet 07. november 2015 fra:

http://www.lvh.no/naar_det_haster/abcde_primaer-og_sekundaerundersoekelsen/primaerundersoekelsen_abcde

Lillebø, M.L., Velle, H.O. og Wyller, T.B. (2012). 77 år gammel kvinne innlagt av sosiale årsaker. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 132 (4), s. 426-428.

Lucas, R.W. og Kennedy-Malone, L. (2014). Frailty in the older adult: Will you recognize the signs? *The Nurse Practitioner*, 39 (3), s. 29-34

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. Utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norheim, K.H. og Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? *Sykepleien forskning*, 10 (1), s. 14-22.

Olsson, H. og Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Omsorg 2020 (2015). *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo Universitetssykehus og Oslo kommune (2014). Sluttrapport for prosjektet Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012-2013. Hentet 6. September 2015 fra http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Omoss/Avdelinger/Samhandling/Samhandling/Akutt_subakutt_funksjonssvikt_hos_eldre_Sluttrapport_web_pdf_20_05_14.pdf

Personopplysningsloven. Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger.

Pettersen, R., Ommundsen, N., Hammerstad, H.I., Domaas, K., Ursin, M. og Fure, B. (2014). *Geriatri – Akutt funksjonssvikt hos eldre*. Oslo: Akershus universitetssykehus/Kunnskapssenteret. Hentet 14. november 2015 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/geriatri-akutt-funksjonssvikt-hos-eldre>

Ranhoff, A.H. (2010). Den gamle pasienten. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A.H. (2010). Den akutt syke gamle. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skau, G.M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Solheim, M. (2004). Å vere kronisk sjuk – oppleving, meistringsoppgåver og konsekvensar for sjukepleie. I: M. Solheim og K.A. Aarheim (red). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Statistisk sentralbyrå (2014). *Allmennlegetjenesten, 2013*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 3. mai 2015 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar/2014-09-11#content>

Statistisk sentralbyrå (2014). *Pasienter på somatiske sykehus, 2013*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 22. mars 2015 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2014-04-09#content>

Statistisk sentralbyrå (2014). *Pleie- og omsorgstenester, 2013, førebelse tal*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 22. mars 2015 fra <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2014-07-08#content>

St.meld. nr 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Synnes, M. og Thoresen, T.B. (2011). Hvor forberedt er sykepleierne? Hvilke krav vil samhandlingsreformen stille til sykepleiernes kompetanse? *Sykepleien*. Hentet 30. august 2015 fra: <https://sykepleien.no/2011/02/hvor-forberedt-er-sykepleierne>

Tanner, C.A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), s. 204-211.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. Utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Utviklingscenter for hjemmetjenester og Tromsø kommune (2015). Både i hode og sekk – den kompetente sykepleieren i hjemmetjenesten i Tromsø. Kartlegging og observasjoner ved akutt sykdom og uavklarte tilstander hos pasienter i hjemmetjenesten. Hentet 6. September 2015 fra: <http://img8.custompublish.com/getfile.php/3058241.1308.qpfwfdpde/Hode+og+sekk++rapport+2015.pdf?return=www.tromso.kommune.no>

Wallin, C.J. og Thor, J. (2008). SBAR – model för batter kommunikation mellan vårdpersonal., *Läkartidningen* 105 (26–27). Hentet 22. November 2015 fra: http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/dokument/SBAR%20LT1922_1925.pdf

Wyller, T.B. (2010). Den akutt syke gamle pasienten. *Scandinavian Update Magazine*, (2), s. 4-7.

Wyller, T.B. (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Zwicker, C.D.A. (2003). The Elderly Patient at Risk. *Journal of Infusion Nursing*, 26 (3), s. 137-143.

Aarheim, K.A. (2004). Ethiske problemstillinger i heimebasert omsorg. I: M. Solheim og K.A. Aarheim (red). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1

Virksomhetsleder
Hjemmebaserte tjenester, avd hjemmesykepleie
Stavanger kommune

Line Hurup Thomsen
Fagrådgiver
Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmebaserte tjenester, Sør Rogaland

Stavanger 09.03.14

Vedrørende datainnsamling til masteroppgave i Helsetjenester til eldre

Jeg, Line Hurup Thomsen, er student ved masterstudiet Helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet høgskole og Lovisenberg Diakonale høgskole, Oslo.

I anledning datainnsamling til masteroppgaven, ønsker jeg å forespørre om muligheten til å foreta intervju av sykepleiere ved din virksomhet?

Inklusjonskriterier er; minimum 5 års sykepleiefaglig arbeidserfaring, hvorav de 2 siste år er fra hjemmesykepleien. Det er en forutsetning at informanten arbeider klinisk og har innsikt i interne og eksterne arbeids- og samarbeidsrutiner i hjemmesykepleien.

Problemstillingen i studiet er følgende:

Hvordan erfarer sykepleier utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt?

Forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer møter sykepleier hos den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt?

Vedlegg 1

- Hvilken kompetanse anser sykepleier nødvendig i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt?

Intervjuet er beregnet til å vare i 1 time. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuene i løpet av april, mai og juni, 2014. Jeg er fleksibel på dato og tidspunkt. Hvis det er mulig ønsker jeg å invitere informanten til Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Helsehuset Stavanger hvor intervjuet kan gjennomføres uforstyrret.

Jeg legger ved forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet. Det ønsker jeg at du videreformidler til aktuelle informanter hos deg. Jeg håper også du kan notere navn og telefonnummer på dem som ønsker å delta. Slik at jeg enkelt kan ta kontakt med dem.

Ved behov for ytterligere informasjon ta gjerne kontakt med meg, Line Hurup Thomsen tlf. 977 15 981, mail line.hurup.thomsen@stavanger.kommune.no eller min veileder Anne Lene Sørensen mail anne.sorensen@ldh.no

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste, NSD, og ble godkjent den 05.03.2014.

På forhånd tusen takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Line Hurup Thomsen

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre.

Sykepleiers erfaring med utfordringer i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt.

Forskningsprosjektet er en del av masterstudiet Helsetjenester til eldre, ved Diakonhjemmet høgskole og Lovisenberg Diakonale høgskole.

Studiens problemstilling er følgende:

Hvordan erfarer sykepleier utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt?

Forsknings spørsmål:

- Hvilke utfordringer møter sykepleier hos den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt?
- Hvilken kompetanse anser sykepleier nødvendig i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen vil gjennomføres ved intervju. Intervjuets hovedfokus vil være hvordan du som sykepleier erfarer utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre pasient med akutt funksjonssvikt. I forkant av intervjuet ønsker jeg at du som informant forbereder deg ved å tenke gjennom en eller flere aktuelle pasientsituasjoner der du har erfart den skrøpelige eldre pasient med akutt funksjonssvikt i hjemmet.

Det er den etnisk norske geriatriske pasient over 80 år som mottar hjemmesykepleie som er studiets fokus.

Skrøpelighet vurderes hos den geriatriske pasient på funn etter en bred geriatrisk vurdering. En bred geriatrisk vurdering baseres på følgende elementer; funksjonsnivå, komorbiditet, legemiddelbruk/polyfarmasi, kognitiv funksjon, ernæringsstatus, emosjonell status/depresjon og sosialt nettverk (Wyller, T.B. (2011), *Geriatri en medisinsk lærebok*, s. 24/25). Akutt funksjonssvikt er funksjonstap som strekker seg over maksimalt en uke (ibid 2011:48). De

Vedlegg 2

vanligste elementer i det kliniske bildet ved akutt funksjonssvikt er forvirring (delirium), falltendens (nyoppstått/forverret), brått redusert mobilitet, urinlekkasje (nyoppstått/forverret) og dehydrering (ibid 2011:47).

Jeg benytter en forhåndsutarbeidet intervjuguide under intervjuet. Intervjuets varighet planlegges til ca 1 time. Det vil benyttes båndopptaker.

Det presiseres at ved omtalelser av pasienter må direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger utelates. Eksempler på personidentifiserende opplysninger er navn, tidspunkt, spesielle diagnoser/hendelser o.l.

Hvis det er mulig for deg, ønsker jeg å invitere til intervju ved Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Helsehuset Stavanger.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. All informasjon fra deg anonymiseres, og den vil ikke være mulig å gjenspore til deg eller tjenestestedet du presenterer. Som forsker vil jeg ta hensyn til dine vurderinger, motiver og selvrespekt gjennom hele intervjuet og forskningsprosessen. Det vil kun være meg og veileder, som har tilgang til opptak gjort under intervju.

Masteroppgaven skal etter planen innleveres juni 2015. Opplysninger om deg vil bli slettet etter prosjektets avslutning.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Din deltagelse vil ikke ha konsekvenser i forhold til din arbeidsgiver eller ditt arbeidsforhold.

Dersom du ønsker å delta gi vennligst ditt navn og telefonnummer til din virksomhetsleder. Så vil jeg kontakte deg. Har du spørsmål til forskningsprosjektet ta gjerne kontakt med meg, Line Hurup Thomsen, tlfnr. 97715981, mail line.hurup.thomsen@stavanger.kommune.no, eller min veileder Anne Lene Sørensen, mail anne.sorensen@ldh.no

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i studien:

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet, og er villig til å delta.

Sted/dato, Prosjektdeltaker

Intervjuguide:

Bakgrunnsinformasjon om informanten:

Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?

Hvor lenge har du jobbet i hjemmebaserte tjenester?

Har du opparbeidet deg studiepoeng utover bachelorgrad i sykepleie?

Sykepleieres erfaring med utfordringer og behov for kompetanse i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre pasient med akutt funksjonssvikt:

Jeg ønsker i intervjuet å få belyst hjemmesykepleiers **erfaring** med utfordringer og behov for kompetanse som sykepleier møter hos den hjemmeboende skrøpelige eldre pasient med akutt funksjonssvikt. I forkant av intervjuet ba jeg deg forberede en eller flere pasientsituasjoner hvor du erfarte den hjemmeboende skrøpelige pasient med akutt funksjonssvikt. Det er den etnisk norske geriatriske pasient over 80 år som mottar hjemmesykepleie som er studiets fokus.

Skrøpelighet vurderes hos den geriatriske pasient på funn etter en bred geriatrisk vurdering. En bred geriatrisk vurdering baseres på følgende elementer; funksjonsnivå, komorbiditet, legemiddelbruk/polyfarmasi, kognitiv funksjon, ernæringsstatus, emosjonell status/depresjon og sosialt nettverk (Wyller, T.B (2011), Geriatri en medisinsk lærebok, s. 24/25). Akutt funksjonssvikt er funksjonstap som strekker seg over maksimalt en uke (ibid 2011:48). De vanligste elementer i det kliniske bildet ved akutt funksjonssvikt er forvirring (delirium), falltendens (nyoppstått/forverret), brått redusert mobilitet, urinlekkasje (nyoppstått/forverret) og dehydrering (ibid 2011:47).

Det presiseres at ved omtalelser av pasienter må direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger utelates. Eksempler på personidentifiserende opplysninger er navn, tidspunkt, spesielle diagnoser/hendelser o.l.

1. Kan du fortelle om pasientsituasjonen/-ene til meg (beskriv situasjonen/-ene som du opplevde den)?

Kan du si noe mere om:

- Hva observerte du?
- Hvilke tanker gjorde du deg?
- Hvordan handlet du? (Hvorfor handlet du som du beskriver?)
- Hvilke utfordringer opplevde du?
- Hvilken kunnskap, ferdighet og holdninger trengte du i pasientsituasjonen?
- Er det noe annet du ønsker å utdype?

Spørsmål til utdypning:

- Hvordan oppdaget du pasientens akutte funksjonssvikt?
- Hvordan opptrådte den akutte funksjonssvikt til din pasient?
- Hva gjorde du av observasjoner i pasientsituasjonen? Brukte du/ har du tilgang på aktuelle praktiske verktøy og sjekklistor? (eks. blodtrykksapparat, oksymeter/respirasjonsfrekvens, blodsukkerapparat, temperatur, urinstix/vurdere urinretensjon, observasjoner av hud/slimhinner, FAST (face, arm, speech test -> hjerneslag), vurderte pasientens legemidler, brukte du sjekklisten ABCDE -> Airways, Breathing, Circulation, Disability (bevissthet), Exposure (eksponering)) . Har du erfaringer med å bruke disse aktuelle praktiske verktøy/sjekklistor?
- Hvilke tiltak gjorde du i pasientsituasjonen? Beskriv gjerne hvordan du utførte de aktuelle tiltak? Brukte du SBAR kommunikasjonsverktøy i samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere?
- Har du vurdert om handlingsvalg i pasientsituasjonen kunne vært gjort annerledes (etikk)?
- Hvordan opplevde du å håndtere utfordringene som oppstod til den eldre skrøpelige pasient med akutt funksjonssvikt?
 - Hvilken kunnskap, ferdighet og holdninger trenger du for å håndtere den skrøpelige eldre pasient med akutt funksjonssvikt i hjemmet?
 - Hvilke forutsetninger tenker du må være tilstede for å håndtere slike pasientsituasjoner i hjemmet (eks tverrfaglig samarbeid o.l)? Opplever du at rammene (samarbeidsrammer/tjenesterammer) er tilstede for å håndtere denne pasientgruppen hjemme? -> husk det er dine erfaringer!

Vedlegg 3

- Bodde pasienten alene?
- Mottok pasienten daglig hjelp fra hjemmesykepleien?
- Har du etter innføring av samhandlingsreformen opplevd en økning av hjemmeboende skrøpelige eldre pasienter?

HUSK!

- Ved validering av fortolkninger -> Viktig å stille kontrollspørsmål under intervjuet, «var det dette du mente?»
- Oppfordre informant til å beskrive så nøyaktig som mulig det de opplever og føler og hvordan de handler!
- Indirekte spørsmål -> hvordan tror du dine kollegaer opplever dette? Kan bidra til å gi ett bilde på informantens indirekte uttrykk.

Be informant utdype viktige ord /fraser som uttrykkes av informant under intervjuet ->

Vedlegg 4

Sökhistorik från SveMed+

| Nr | Söksträng | Antal träffar |
|----|-----------------------------------|---------------|
| 1 | old* | 1687 |
| 2 | elder* | 1990 |
| 3 | aged | 25135 |
| 4 | #1 OR #2 OR #3 | 25926 |
| 5 | frail* | 407 |
| 6 | frail elderly | 399 |
| 7 | #5 OR #6 | 407 |
| 8 | acute malfunction | 0 |
| 9 | acute illness | 87 |
| 10 | acute disease | 1386 |
| 11 | #8 OR #9 OR #10 | 1422 |
| 12 | home care nurse* | 255 |
| 13 | home care | 1952 |
| 14 | home health nursing | 929 |
| 15 | professional nurse | 1 |
| 16 | geriatric assessment | 406 |
| 17 | #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 | 2465 |
| 18 | clinical competence | 3637 |
| 19 | competence | 4293 |
| 20 | #18 OR #19 | 4293 |
| 21 | #4 AND #7 AND #11 AND #17 AND #20 | 0 |
| 22 | #4 AND #7 AND #11 AND #17 | 4 |

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Anne Lene Sørensen
Lovisenberg Diakonale Høgskole
Lovisenberggata 15b
0456 OSLO

Vår dato: 04.03.2014

Vår ref: 37772 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.02.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|---|
| 37772 | Funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre. Sykepleiers erfaring med utfordringer i møtet med den hjemmeboende skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt |
| Behandlingsansvarlig | Lovisenberg diakonale høgskole, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Anne Lene Sørensen |
| Student | Line Hurup Thomsen |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Vedlegg 5

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Line Hurup Thomsen lrisholm@hotmail.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 37772

Det vil gjennomføres intervjuer med et utvalg sykepleiere i hjemmesykepleien. Personvernombudet legger til grunn at prosjektet klareres med de utvalgte virksomhetene.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Informasjonsskrivet er tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår. Personvernombudet anbefaler imidlertid at det tilføyes at det ikke vil ha konsekvenser i forhold til arbeidsgiver eller arbeidsforhold om den enkelte velger å delta eller ikke.

Det er ikke anledning til å innhente opplysninger om enkeltpasienter uten at taushetsplikten er til hinder. Vi anbefaler derfor at studenten minner deltakerne om at de ved eventuelle omtaler av pasienter må utelate indirekte personidentifiserende opplysninger (som tidspunkt, spesielle diagnoser/hendelser osv.), i tillegg til navn.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at student setter seg inn i og etterfølger Lovisenberg diakonale høgskole sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Forventet prosjektslutt er 20.06.2016. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Lydopptak og samtykkeerklæringer slettes, og indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 6

Seminardeltakelse Emne 11

Lene Hurup Thomsen
 student master i
 helsefagene til eldre

| Seminar dato | Deltakelse/fremlegg/ respons | Underskrift |
|--------------|---------------------------------------|-----------------|
| 23/10-13 | Respons til Anette Halseth Calmar | Marianne Gørtal |
| 20/11-13 | Respons til Tonill Nørgaard Høknær | Marianne Gørtal |
| 20/11-13 | Fremlegg Lene Hurup Thomsen | Marianne Gørtal |
| 12/3-14 | Fremlegg Lene H. Thomsen | Marianne Gørtal |
| 7/5-14 | Respons til Signe Helen Nyberg | Marianne Gørtal |
| 2/9-14 | Respons Monica Lindblom Ramsay | Marianne Gørtal |
| 7/10-14 | Fremlegg Lene H. Thomsen | Marianne Gørtal |
| 10/3-15 | Fremlegg Lene H. Thomsen | Marianne Gørtal |
| 9/3-15 | Respons til Birgit Havnengen | Marianne Gørtal |

~~Marianne Gørtal~~
~~Marianne Gørtal~~
~~Marianne Gørtal~~
~~Marianne Gørtal~~