

Forsvarlig ivaretagelse av brukere med sårproblematikk i hjemmet.

Hvordan kan sykepleier bidra til kontinuitet i behandlingen?

Kandidatnummer: 1122

VID vitenskapelige høgscole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i SYK3120

Kull: BaSyk17

Antall ord: 10 663

19.03.2020

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammenfatning

Hensikt: Å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til kontinuitet i behandlingen av kroniske sår, ved å bruke sin undervisende funksjon overfor medarbeidere i hjemmesykepleien.

Metode: Prinsippene til et systematisk litteratursøk er benyttet i oppgaven. Det ble gjennomført søk i databasene Cinahl og Pubmed.

Funn: Manglende kompetanse kan ha uheldige konsekvenser for kontinuiteten til sårbehandlingen. Både sykepleiers og ufaglært helsepersonells perspektiv belyses.

Drøfting: Sykepleier har hovedansvaret når det gjelder behandling av kroniske sår, men grunnet økt press blir det ofte delegert videre til annet helsepersonell. Sykepleier må etablere gode rutiner for opplæring, men tidspress og manglende ressurser er en stor utfordring.

Oppsummering: Læringsmiljø, deltaker- og organisatoriske forutsetninger er faktorer som har stor innvirkning. Et godt læringsmiljø kan skape rom for anerkjennelse, vurdering av eget kompetansenivå, diskusjon og tettere samarbeid. En didaktisk tilnærming i undervisningen kan gi de ufaglærte en økt forståelse for sårbehandlingens *hvorfor, hvordan og hva*.

Abstract

Background: To examine how nurses can contribute to continuity in wound treatment of chronic ulcers, by using their teaching function in a home-care college.

Methods: The principals of a systematic literature review was put to use, and a literature search was done in the medical databases Cinahl and Pubmed.

Findings: The articles sheds light on the consequences of providing wound-care without the right knowledge.

Discussion: Nurses have the main responsibility treating chronic leg-ulcers in Norway. But because of the increasing pressure on the home-healthcare system, the tasks involving wound-treatment often gets delegated to personnel without the knowledge needed. Nurses must establish routines for teaching and follow-up to secure continuity in patients treatment, but time-pressure and lacking resources is a challenge.

Summary: By creating a good learning-environment, room for approval, discussion and cooperation can be established, as well as acknowledging self-competence. The didactic approach can be useful while teaching.

Innholdsfortegnelse

Sammenfatning	III
Abstract	IV
1 Innledning	1
<i>1.1 Bakgrunn for valg av tema</i>	2
<i>1.2 Presentasjon av problemstilling</i>	3
<i>1.3 Presisering og avgrensing</i>	3
<i>1.4 Begrepsavklaring</i>	4
<i>1.5 Disposisjon</i>	4
2 Teori	5
<i>2.1 Valg av teori</i>	5
<i>2.2 Hjemmesykepleie</i>	5
2.2.1 Rammeverk.....	5
<i>2.3 Kontinuitet</i>	7
<i>2.4 Sykepleiers undervisende funksjon overfor kollegaer</i>	7
<i>2.5 Læringsteorier</i>	8
<i>2.6 Brukere med sårproblematikk i hjemmesykepleien</i>	10
<i>2.7 Grunnleggende prinsipper innen sårbehandling</i>	11
2.7.1 Kroniske sår.....	11
2.7.2 Sårtilheling og diagnosesetting.....	12
2.7.3 Observasjoner og dokumentering.....	13
2.7.4 Prosedyre-utførelse.....	14
3 Metode	15
<i>3.1 Litteratursøk som metode</i>	15
<i>3.2 Systematikken i søkene</i>	15
3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	16
3.2.2 Søkeprosessen.....	16

3.3 Oversikt valgte artikler	18
3.3.1 Begrunnelse av valg av kilder	18
3.4 Kildekritikk.....	19
3.5 Etiske overveielser	20
4 Empiri.....	20
4.1 Kunnskap, retningslinjer og samarbeid.....	20
4.2 Delegering av arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten.....	21
4.3 Ufaglærtes erfaringer	21
4.4 Praksis-basert undervisning	22
5 Drøfting	22
5.1 Læringsmiljø på arbeidsplassen	23
5.1.1 Retningslinjer og prosedyrer	24
5.2 Forutsetninger ved organisasjonen	26
5.2.1 Personkontinuitet.....	27
5.3 Anvende tilgjengelige ressurser.....	28
5.2 Deltakerforutsetninger.....	31
6 Oppsummering.....	32
7 Litteraturliste.....	34
Vedlegg 1: Litteratursøk.....	39
Vedlegg 2: Funn i forskning	40

19.03.20

Kunnskap

Å vite når man vet noe og å vite når man ikke vet noe - det er kunnskap.

(Konfucius, u.å.)

1 Innledning

Det anslås at en til to prosent av Norges befolkning lever med kroniske sår, og at det til en hver tid er 15 000 som har pågående behandling (Langøen & Gürgen, 2019b, s.13).

Behandlingen av kroniske sår er både ressurs- og kostnadskrevende. I 2005 antok man at behandlingen av kroniske sår utgjorde 1-2 % av helsebudsjettet, dette er ca. 110 000 NOK per pasient (Slagsvold & Stranden, 2005). Mangelfull oppfølging og kontinuitet i behandlingen fører årlig til flere sykehusinnleggelses, og kan i verste fall føre til amputasjon og sepsis (Løvseth, u.d.).

I april 2017 la derfor representanter i Stortinget frem et forslag om nødvendige tiltak for bedre forebygging og behandling av pasienter med kroniske sår. I forslaget ber Stortinget blant annet om at det må settes i gang tiltak for å «øke kompetanse og samhandling på alle nivå slik at pasientene sikres en god og koordinert behandling» (Representantforslag 91 S (2016–2017)). Saken fikk ikke flertall.

Kroniske sår rammer i gjennomsnitt de som er 75 år (Lindholm, 2012). Helsesvikt, inaktivitet og alder er faktorer som påvirker til utvikling av og dårlig tilheling av sår. Men ofte er det en underliggende sykdom eller tilstand som gjør at såret ikke heler (Birkeland & Flovik, 2018, s. 118). Her har hjemmesykepleien en sentral rolle, både i oppfølging og behandling.

I 2012 ble samhandlingsreformen innført. Dette er en retningsreform for helse- og omsorgstjenestene i Norge som blant annet innebærer at hjemmesykepleien har fått en mer omfattende rolle i pasientforløpene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen har gjort at kravene til kompetansen i hjemmesykepleien har blitt høyere, og presset på kommunene større (Birkeland & Flovik, 2018, s. 23). Arbeidsoppgavene er komplekse og varierte, og krever at sykepleier er løsningsorientert og kompetent.

På samme tid står vi ovenfor en stor sykepleiemangel i Norge, som er forventet å øke de kommende årene. Ca. 5000 sykepleiestillinger ble ikke fylt i 2019 (Klastø, 2019), og en kartlegging av bemanningen i Østfold avdekket at 3 av 4 planlagte sykepleiervakter ble dekket med annet helsepersonell (NSF, 2019a).

Dette øker presset betraktelig på sykepleierne i hjemmesykepleien. Faglig utfordrende oppgaver og prosedyrer må delegeres til helsepersonell som ikke alltid innehar den nødvendige kunnskapen (NSF, 2019a).

Uten de ufaglærte i helsevesenet hadde det ikke vært mulig å gi pleie og omsorg til alle som trenger det. Men antallet vakter som er dekket av ufaglærte skaper usikkerhet rundt kompetansenivået til hjemmesykepleien (Brasetvik, 2019). Dagens situasjon gjør at det er viktigere enn noen gang at faglig forsvarlig sykepleie sikres med det personellet og de ressursene en har tilgjengelig.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Underveis i studieløpet har jeg møtt flere pasienter med sårproblematikk. De har fortalt om utfordrende og lange forløp med usikkerhet rundt behandlingen, redusert livskvalitet, mye smerte og ubehag. Dette har gjort at jeg har utviklet en nysgjerrighet når det gjelder organiseringen rundt og sykepleiers rolle i behandlingsforløpene til disse brukerne.

Egne erfaringer ligger til grunn for valg av tema, både som sykepleiestudent og som ufaglært vikar. Erfaringer med å ha utført sårstell hos brukere hvor det forelå mangelfulle prosedyrer og retningslinjer. Hvor jeg i etterkant har kjent på en uro over den faglige forsvarligheten i situasjonen. Dette har vist seg å være en utfordring i hjemmesykepleien. På NRK Rogaland i 2017, skapte denne tittelen store overskrifter; «Ufaglærte i hjemmesykepleien føler seg presset til å bryte loven» (Tønset, 2017). Og senest i november 2019 stod tre sykepleiere fra hjemmesykepleien i Halden kommune frem, og sa at de daglig opplever å sette ufaglært personell til å gjøre arbeidsoppgaver som fører til avvik (Halden Arbeiderblad, 2019). Begge nyhetssakene tar opp antallet ufaglærte per vakt som uforsvarlig, og beskriver hvordan de ofte må utføre prosedyrer og gi helsehjelp til brukere som er langt mer krevende enn deres kompetanse tilsier.

Jeg ønsker som ferdigutdannet sykepleier å være egnet til å ivareta det faglige og etiske ansvaret sykepleier har i et kollegium. På denne måten bidra til en forsvarlig ivaretagelse av brukere med kroniske sår, ved å sikre at alle pleiere som utfører sårstell har tilstrekkelig kompetanse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut fra teamet *forsvarlig ivaretagelse av brukere med sårproblematikk i hjemmet* er følgende problemstilling valgt:

«*Hvordan kan sykepleier gjennom sin undervisende funksjon, bidra til kontinuitet i sårbehandlingen til brukeren i hjemmet?*»

1.3 Presisering og avgrensning

Sykepleiere har et veilednings- og undervisningsansvar overfor medarbeidere, og jeg ønsker med den valgte problemstillingen å se på hvordan denne funksjonen kan benyttes for å forbedre kontinuiteten i sårbehandlingen av kroniske sår. Sykepleiers *undervisende funksjon* er avgrenset til å gjelde overfor ufaglært helsepersonell. Det kan være aktuelt å undervise også annet helsepersonell om dette fagområdet, både hjelpepleiere og helsefagarbeidere. Men for å avgrense problemstillingen til en målgruppe, har jeg valgt ufaglærte.

Ifølge Lindholm er den vanligste betegnelsen for kroniske sår i dag vanskelig eller langsomt helende sår (Lindholm, 2012, s.29). Jeg har valgt å benytte meg av betegnelsen *kroniske sår* da denne er mest kjent blant allmennheten. Kroniske sår deles inn i to hovedgrupper, posttraumatisk og systemisk. Jeg skal fokusere på kroniske sår forårsaket av en *systemisk sykdom eller tilstand*. Dette innebærer blant annet diabetes, venøs og arteriell insuffisiens (Langøen & Gürgen, 2019b). Insuffisiens er et annet uttrykk for utilstrekkelighet. Her definert som utilstrekkelig blodtilstrømning til et område, enten gjennom vener eller arterier.

Pasientgruppen er avgrenset til *brukere i hjemmesykepleien* med en alder over 65 år, begrunnet i gjennomsnittsalderen for brukere med kroniske sår (Lindholm, 2012).

Som problemstillingen tilsier er det undervisning om *behandlingen* av kroniske sår jeg skal fokusere på. Det er likevel viktig å få frem at kroniske leggsår kan forebygges ved kontinuerlige observasjoner og kartlegging av grunnlidelser som f.eks. arteriell og venøs insuffisiens. Brukere som er i risiko for å utvikle kroniske leggsår bør følges nøye opp og kartlegges jevnlig.

1.4 Begrepsavklaring

Bruker – Bruker er i denne sammenheng definert som tjenestemottaker/pasient. Altså en person som mottar hjemmesykepleie (Birkeland & Flovik, 2018, s. 14). Det er blitt benyttet begrepet pasient i mye av litteraturen og forskningen som er anvendt, men i oppgaven har jeg gjennomgående brukt *bruker*.

Hjemmesykepleie – Et begrep som omfatter all sykepleie som utføres i brukerens hjem. Det skilles ikke mellom utførelse av en sykepleier eller annet helsepersonell (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15).

Helsepersonell – Jfr. Helsepersonelloven §3 som sier at helsepersonell er alt personell som medvirker i ytelse av helsetjenester, både med og uten autorisasjon (Helsepersonelloven, 2001, §3). Helsepersonell uten autorisasjon eller faglig bakgrunn betegnes som *ufaglært*.

Kroniske sår – Også betegnet som vanskelig helende og ikke-helende sår. Defineres som sår som bruker mer enn seks uker på tilheling (Lindholm, 2012, s.29).

Systemisk sykdom – Sykdommer eller tilstander som sirkulasjonssvikt (arteriell og/eller venøs), diabetes eller lammelser som fører til trykkskader (Langøen & Gürgen, 2019b).

Undervisende funksjon – Sykepleiers ansvar for undervisning til medarbeidere, studenter, pasienter og pårørende. Gjennom undervisning skal kunnskapsnivået heves, utøvelse av ferdigheter forbedres, og refleksjoner over egen utøvelse fremmes (Kristoffersen, Skaug, & Nordtvedt, 2011, s. 19). Begrepet *funksjon* kan forstås som en samling gjøremål med felles ansvars- og målområde (Tveiten, 2008).

1.5 Disposisjon

Oppgavens struktur er formet etter kravene for en litterær bachelor-oppgave fra *Fakultetet for helsefag, campus Diakonhjemmet, Oslo*. Under kapittel 3, *metode*, forklarer jeg nærmere hva en litterær oppgave er. Her vil jeg også gå gjennom valg av forskning og systematikken i litteratursøkene jeg har gjort. I kapittel 2, *teori*, presenteres relevant litteratur utenfor de systematiske søk som belyser problemstillingen. Teori-kapittelet er delt inn etter problemstillingens innhold, og etter hvilke områder jeg ønsker å drøfte senere i oppgaven. Videre presenteres funn i forskningsartiklene, i kapittel 4. Deretter kommer kapittel 5, som er *drøftingen*. Her vil jeg drøfte teorien opp mot funn i forskningen jeg har funnet, samt dra inn

personlige erfaringer. Underkapitlene i drøftingen svarer til problemstillingen og tar utgangspunkt i funnene presentert i kapittel 4.

2 Teori

2.1 Valg av teori

Bøkene «Sår» av C. Lindholm (2012), «Pedagogikk i sykepleiepraksis» av S. Tveiten (2008), «Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere» av O. Dalland (2017), «Sykepleie i hjemmet» av A. Birkeland og A. M. Flovik (2018) og «Hjemmesykepleien. Ansvar, utfordringer og muligheter» av A. K. Fjørtoft (2016), er sentrale i denne teori-delen.

Databasene Oria, Idunn og Sykepleien Forskning er blitt benyttet for usystematiske søk, hvor flere forskning- og fagartikler er valgt som relevante kilder. Deriblant flere valgte artikler fra bokasinet «#sår» som ble publisert av Sykepleien høsten 2019 (Sykepleien, 2019).

All litteratur er publisert etter 2000.

2.2 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende som er i behov av bistand til pleie og omsorg. Det kan være ulike grunner til at brukeren har behov for bistand, for eksempel svekket helse, alderdom eller livssituasjon (Fjørtoft, 2016, s. 17). Et overordnet mål for de som jobber i hjemmesykepleien er at *den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem* (Fjørtoft, 2016, s. 17). Faglig forsvarlig helsehjelp krever at personellet har oppdatert kunnskap om brukerens sykdom, funksjonsnivå og hvordan dette påvirker livskvaliteten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16).

Sykepleiers rolle i hjemmesykepleien innebærer ivaretagelse av grunnleggende behov. Samt datasamling, undersøkelser og observasjon, behandling, forebygging og rehabilitering, veiledning og administrering (Birkeland & Flovik, 2018, s.42). Oppgavene er mange, og antallet brukere er stadig i vekst. Ifølge SSB mottok 157 593 innbyggere i Norge helsehjelp i hjemmet i slutten 2018. Dette viser en økning på 8,8 % siden 2015 (SSB, 2019).

2.2.1 Rammeverk

I 2012 ble Samhandlingsreformen innført i Norge. Dette er en retningsreform for helse- og omsorgstjenestene i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) som skulle føre til større

samhandling mellom kommunene og spesialhelsetjenesten. Reformen førte blant annet til at hjemmesykepleien har fått en mer omfattende rolle i pasientforløpene og bidrar til at behandlingsskapiteten på sykehusene er større og liggetiden på sykehuset kortere (Birkeland & Flovik, 2018, s. 19).

Kommunene har et større ansvar for brukere med sammensatte sykdommer og flere har behov for koordinering mellom spesialhelsetjenesten, fastlege og primærhelsetjenesten. Alle brukere har krav til helsehjelp som er helhetlig, samordnet og preget av kontinuitet (Fjørtoft, 2016, s. 193). Derfor kan det i noen tilfeller være relevant å se på nødvendigheten av alle tjenestene brukeren blir «utsatt for» (Fjørtoft, 2016, s. 202). Det må vurderes hvilke instanser som er viktige for at hver enkelt bruker skal motta tilstrekkelig hjelp.

Stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste» forespeiler behovet for konkretisering av sykepleiers rolle i hjemmesykepleien. Samt behovet for en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunene. Stortingsmeldingen nevner og tre satsingsområder innenfor primærhelsetjenesten: *økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Helsepersonelloven §4 krever forvarlighet hos de som utøver helsehjelp. Alt helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav som kan forventes ut fra den enkeltes kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2001, §4). Helsepersonelloven gjelder alt personell som yter helsehjelp, også ufaglærte (Helsepersonelloven, 2001).

Ved økt press på bemanning eller andre utfordringer kan arbeidsoppgaver delegeres fra helsepersonell til en annen medarbeider. I lovverket omtalt som medhjelpere. «Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn» (Helsepersonelloven, 2001, §5).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere nevner også delegering av ansvar som en del av sykepleiers oppgaver i et kollegium. «Sykepleieren bruker sitt skjønn mht. individuell kompetanse når det gjelder å påta seg og å delegerer ansvar» (NSF, 2019b).

«Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» skal bidra til kvalitetssikring og et faglig forsvarlig helsevesen. *Kvalitet* defineres i dette tilfellet som virkningsfulle, trygge og sikre tjenester, som involverer brukerne og er samordnet og preget

av *kontinuitet* (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017). I forskriften står det blant annet at ledelsen skal «sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, §7b). Lederen skal også ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2017, §6f).

2.3 Kontinuitet

«Kontinuitet er en ubrutt sammenheng, en utvikling som ikke blir avbrutt» (Persvold, 2019).

Edith Roth Gjevjon har presentert et rammeverk for kontinuitet i hjemmesykepleien. Dette rammeverket inkluderer de tre dimensjonene: *personkontinuitet*, *informasjonskontinuitet* og *organisatorisk kontinuitet* (Gjevjon, 2015, s.19).

Personkontinuitet er sammenhengen i relasjonen mellom helsepersonellet og brukeren. Brukeren kan oppleve å få helsehjelp fra kun én person fra helsetjenesten, få personer eller mange (Gjevjon, 2015, s.19).

Informasjonskontinuitet kjennetegnes ved at utøver av helsehjelp alltid har oppdatert informasjon om brukeren som mottaker. Informasjon som vedrører brukeren må kontinuerlig overføres fra hver fagperson, for å ha et oppdatert bilde av brukerens tilstand (Gjevjon, 2015, s.19). For å kunne oppnå dette er systematisk skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon essensielt (Gjevjon, 2015, s.20).

«Organisatorisk kontinuitet bidrar til at pasientene mottar rett helsehjelp til rett tid av rett person» (Gjevjon, 2015, s.20). Dette fordrer god planlegging og koordinering av lederne. Helsepersonellet som skal utøve helsehjelp må ha relevante kvalifikasjoner, kompetanse, kunnskap og nødvendig utstyr tilgjengelig. Den organisatoriske kontinuiteten påvirker hvorvidt person- og informasjonskontinuitet er oppnåelig hos den enkelte bruker (Gjevjon, 2015, s.20).

2.4 Sykepleiers undervisende funksjon overfor kollegaer

Både de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og rammeplanen til sykepleieutdanningen tar opp viktigheten av sykepleiers undervisende funksjon. Rammeplanen for

sykepleieutdanningen sier at sykepleier etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til å undervise og veilede medarbeidere og studenter (Kunnskapsdepartementet, 2008).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere 4.2 og 5.2 påpeker sykepleiers faglige og etiske ansvar i kollegiet (NSF, 2019b). De tar utgangspunkt i ICNs (International Council of Nurses) forklaring av sykepleiers grunnprinsipper. ICNs grunnprinsipper er utviklet i samarbeid med sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (Kirkevold, 2020). Hendersons sykepleieteorier har påvirket sykepleiers rolle over hele verden. Flere av de sentrale sykepleiemodellene som brukes i dag er basert på hennes teorier (Kirkevold, 2020).

Målet med sykepleiers undervisende funksjon skal være å heve kvaliteten på tjenestetilbudet ved at kunnskapsnivået heves, utøvelse av ferdigheter skal forbedres, og refleksjoner over egen utøvelse skal fremmes (Kristoffersen, Skaug, & Nordtvedt, 2011, s. 19). Sidsel Tveiten skriver at sykepleiers undervisende funksjon kan forstås og anvendes på ulike måter. Det kan gjøres både gjennom undervisning, veiledning, instruksjoner og liknende, felles er at kompetanseheving står i fokus (Tveiten, 2008, s. 27)

Kunnskap er en forutsetning for kompetanseheving (Tveiten, 2008, s.36). Men for å kunne utøve den undervisende funksjon kreves det mer enn kunnskap (Tveiten, 2008, s.39).

Kunnskapen må kommuniseres og anvendes på en hensiktsmessig måte. Sykepleier må ha forståelse for helheten, situasjonen og opplevelsesaspektet til mottakeren. Dette er en del av det *sosiokulturelle læringssynet* (Tveiten, 2008, s. 56).

2.5 Læringsteorier

Læring er definert som «en relativt varig endring i opplevelse og atferd som følge av tidligere erfaring» (Svartdal, 2018). Noen vil si at læring er målet med undervisningen, men Olav Dalland påpeker at det er nødvendig å skille mellom *læring som prosess* og *læring som resultat* (Dalland, 2010, s. 86).

For å oppnå læring som resultat kreves både kunnskap og innsikt fra underviserens side om hva som skal til for å motivere mottakeren til egen læring. Vi skiller mellom *indre og ytre motivasjon* (Dalland, 2010, s. 91). Den indre motivasjonen skapes gjennom individets interesse for aktiviteten eller undervisningen. For underviseren kan et av delmålene være at det som skal læres skal skape interesse og arbeidslyst. *Ytre motivasjon* kommer som følge av

tilbakemeldinger fra andre, eller noe annet som kan føres tilbake til noe utenfor mottakeren selv (Dalland, 2010, s. 91).

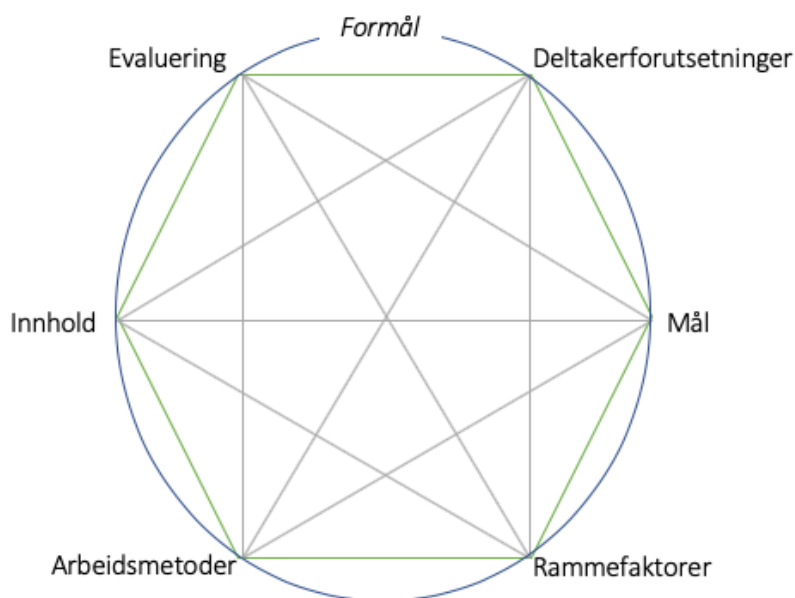
Læring innenfor sykepleie må ha et helhetsperspektiv, et helhetlig menneskesyn (Tveiten, 2008, s. 56). Dette innebærer at læring må skje i både en teoretisk og praktisk setting. De læringsteoriene som passer best inn i dette er det *sosiokulturelle og kognitive* (Tveiten, 2008, s. 56).

Et sosiokulturelt læringssyn innebærer at kunnskap blir konstruert gjennom samhandling, og ikke bare individuelle prosesser. All læring foregår i en sosial kontekst (Tveiten, 2008, s. 52). Hovedbudskapet i et slikt læringssyn er at individets læring og kunnskap må sees i sammenheng med kultur, språket og fellesskapet.

Kognitive læringsteorier baserer seg mer på læringsprosessene som skjer i hodet til individet (Tveiten, 2008, s. 49). *Indre motivasjon* står sentralt i kognitiv læringsteori. Den bygger på at kunnskap kan overføres, lagres og bearbeides. Individet tolker og vurderer informasjonen, og drar deretter paralleller til sine egne erfaringer og tankesett. Dette tankesettet gjør sykepleiepraksisen bevisst, reflektert og intensjonal (Tveiten, 2008, s.49).

For å kunne kalle noe undervisning må pedagogen ha en slags eksklusiv autoritet knyttet til læringsprosessen (Dalland, 2010, s. 105). Altså må den som skal undervise i tillegg til den faglige kunnskapen og styrken, ha en autoritet som anerkjennes av mottakeren. Underviseren må bevise at han/hun har en merviten som de andre i kollegiet ønsker, samt at de ser behov av å besitte den kunnskapen (Dalland, 2010, s.105).

For å oppnå læring gjennom undervisning er det mye som skal klaffe, derfor har det blitt utviklet flere modeller som hjelpemiddel for å oppnå målet gjennom undervisningen. Blant disse er *den didaktiske relasjonsmodellen*. *Didaktikk* betyr «undervisningskunst» eller «undervisningslære». Sentralt i didaktikken er de «tre H-er»: *hva, hvordan og hvorfor* (Frøyen, 1998, s.121). Dette konkretiseres i den didaktiske relasjonsmodellen, og kan være med å skape rammene for undervisningen. Didaktisk relasjonstenking ble første gang beskrevet av Bjarne Bjørndal og Sigmund Lieberg i 1978 (Bjørndal & Lieberg, 1978), og har siden blitt utviklet til relasjonsmodellen som er illustrert under.



(Dalland, 2010, s.107)

Figuren ovenfor illustrer det som utgjør grunnelementene i undervisningen. Linjene i midten er forbindelseslinjer som viser at alle elementene er forbundet med hverandre, og dermed påvirker hverandre i en undervisningssituasjon (Dalland, 2010, s. 107).

Deltakerforutsetninger konkretiserer hvem som er målgruppen og hvilke forutsetninger de har for å lære det overordnede målet. *Mål* konkretiserer hva som er målet med den enkelte undervisning. *Rammefaktorer* fokuserer på rammer av muligheter og begrensinger i undervisningssituasjonen. *Arbeidsmetoder* belyser den pedagogiske tilnærmingen til målet, egnetheten hos ulike undervisningsmetoder for å nå målet. *Innhold* definerer hvilke temaer og saker som skal fokuseres på. *Evaluering* skal vurdere undervisningens formål, læringsutbytte, muligheter for videre læring og om undervisningen har fungert etter dens hensikt (Dalland, 2010, s.107-109). Relasjonsmodellen får underviseren til å tenke gjennom hvilke faktorer som påvirker undervisningen, og hvordan disse faktorene påvirker hverandre. Sirkelen rundt modellen kalles «formålsringen». Denne sirkelen skal minne underviser på at det overordnede målet med undervisningen alltid er viktig å ha i fokus (Dalland, 2010, s. 109).

2.6 Brukere med sårproblematikk i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien har en lang historie med å både forebygge, kartlegge risiko og behandle sår. Når man skal motta behandling for sår i hjemmesykepleien er det i noen tilfeller flere instanser involvert. I boka «sykepleie i hjemmet» blir det presentert noen punkter som

anbefales å følge dersom en bruker skal motta sårbehandling i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 125). Sett en sårdiagnose, utarbeid retningslinjer og prosedyrer, opprett en sårjournal, dokumenter hvem som har myndighet til å gjøre endringer i behandlingen og hvem som har fått nødvendig opplæring i avanserte prosedyrer (Birkeland & Flovik, 2018, s. 125).

Som hovedprinsipp skal fastlege eller lege i spesialisthelsetjenesten sette en sårdiagnose. Dette er spesielt viktig hos brukere hvor en mistenker at en underliggende sykdom kan være med og forårsake såret. Noen brukere blir fulgt opp av en sårpoliklinikk på sykehus dersom det er nødvendig og tilgjengelig. Da er det ofte sykepleiere og leger der som former behandlingsplanen. De fleste brukere med sårproblematikk følges kun opp av hjemmesykepleien og fastlege i kommunen (Birkeland & Flovik, 2018, s.119).

Det er flere utfordringer med å skulle behandle sår hjemme hos brukeren. I en fagartikkel publisert i tidsskriftet Sykepleien blir det presentert fem uklarheter hos helsepersonellet som påvirker sårbehandlingen (Heiberg & Langøen, 2019). Uklarhet rundt vurdering av oppgaver, uklarhet om hvilke forventninger arbeidsplassen har, uklarhet om hvem som har ansvaret for hva, uklarhet om utførelse av prosedyrer og uklarhet om hva som må gjøres når uventede situasjoner oppstår.

2.7 Grunnleggende prinsipper innen sårbehandling

Ulcus er det latinske ordet for kroniske sår. *Ulcus* er ofte forårsaket av en bakenforliggende sykdom eller vevsskade, og det følger ikke normal tilhelingsstid (Lindholm, 2012, s.29).

Kroniske sår kan også være *posttraumatisk*. Det vil si at den ytre skaden er hovedårsaken til at såret ikke gror. Som nevnt i avgrænsingen fokuserer oppgaven på kroniske sår forårsaket av en systemisk sykdom eller tilstand. Det er ulike måter å gruppere kroniske sår, men jeg benytter meg av disse tre hovedgrupper; diabetiske fotsår, trykksår og leggsår (Birkeland & Flovik, 2018, s.119).

2.7.1 Kroniske sår

Diabetisk fotsår skyldes hovedsakelig to senkomplikasjoner: nevropati og arteriosklerose (Gürgen mf., 2005). Nevropati er nerveskader som oppstår som følge av forhøyet blodsukker verdi over en lengre periode, dette gjør at blodforsyningen til nerven blir dårlig. Nerveskadene rammer følelsen i føttene, svekker muskler i foten og gjør at sirkulasjonen i foten blir dårligere. Ved traume mot det rammede området vil man ikke reagere like godt på

smerte, og såret vil forverres. Dette øker også risikoen for infeksjon, beinbetennelse og brudd (Jeffcoate, 2003). Rask og god behandling er avgjørende for å forhindre amputasjon.

Trykksår er ofte forårsaket av lammelse eller svekket sensibilitet som fører til et langvarig trykk mot et utsatt hudområde (Raetz & Wick, 2015). Spesielt er personer med nylig oppstått immobilitet i risiko. Ved kraftig trykk kan det oppstå vevsskade på under 3 timer, og på grunn av at pasienten ofte er immobil er behandlingsforløpet utfordrende. Hudområdene som er mest utsatt for trykksår er ved korsbeinet, utsiden av hoftene, utsiden av ankene og på hælene (Raetz & Wick, 2015).

Leggsår deles hovedsakelig inn i tre grupper: *venøse*, *arterielle* og *blandingssår*. Leggsår er ofte forårsaket av en traume, men venøs eller arteriell insuffisiens fører til at såret ikke heler, og blir *kronisk*. Ca. 70 % av alle leggsår ovenfor fotleddet er forårsaket av *venøs insuffisiens* (Lindholm, 2012, s.80). Det er ikke gitt at brukeren har hatt tegn på insuffisiens i forkant av sårets utvikling. Derfor er det viktig å vite noe om sårets symptomer på at det foreligger en venøs eller arteriell insuffisiens.

Leggsår forårsaket av venøs insuffisiens er ofte store, overfladiske, kraftig væskende, dekket av fibrin og irregulære i sårkantene (VAR Healthcare: By healthcare professionals, 2020).

Leggsår forårsaket av iskemi (arteriell insuffisiens) er ofte dype med en klart avgrenset sårkant, tørre og sorte nekroser. Ofte kan det være flere sår i samme området. Iskemi er lokal blodmangel, ofte forårsaket av at blodårene er innsnevret eller tilstoppet. Arterielle leggsår finner en oftere lokalisert under malleolene (knokkene i ankelen) (VAR Healthcare: By healthcare professionals, 2020).

Blandingssår eller arteriovenøst sår oppstår på grunn av en kombinasjon av arteriell og venøs insuffisiens. De debuterer ofte som et venøst sår.

2.7.2 Sårtilheling og diagnosesetting

Sårtilhelingen deles hovedsakelig inn i fire faser: *koagulasjonsfasen*, *inflammasjonsfasen*, *proliferasjonsfasen* og *modningsfasen*. Et kronisk sår stanser opp i inflammasjonsfasen, før tilhelingen starter. I denne fasen foregår det primært «opprensning og reparasjon» (Langøen & Gurgen, Sykepleien, 2019).

For å kunne behandle et sår som ikke heler er det viktigste å få satt en riktig sårdiagnose (Langøen & Gürgen, Sykepleien, 2019, s. 30). En sårdiagnose er avgjørende for hvordan såret skal behandles og følges opp. Som nevnt er hovedvekten av kroniske sår symptomer på en underliggende tilstand eller sykdom, selv om de er forårsaket av en traume (Langøen & Gürgen, Sykepleien, 2019, s. 30).

Det finnes to typer sårdiagnoser: *etiologisk sårdiagnose* og *morfologisk sårdiagnose*. Den første skal stilles av en lege, og sier noe om årsaken til at et sår er oppstått. *Venøst leggsår* er et eksempel på en etiologisk sårdiagnose (Langøen & Gürgen, Sykepleien, 2019, s. 33). Morfologisk sårdiagnose sier noe om tilstanden såret er i ved det aktuelle tidspunktet, denne diagnosen stilles ut fra de observasjoner som gjøres av den som utfører sårstellet.

I tillegg er det viktig å gjøre observasjoner og stille brukeren spørsmål som angår livsstil, smerter, ernæring og fysisk aktivitet. Dette er alle faktorer som påvirker tilhelingsprosessen (Vetter, 2019).

2.7.3 Observasjoner og dokumentering

Det finnes flere verktøy som kan brukes for å gjøre gode observasjoner av et sår, blant annet TIMES. TIMES er et akronym for *Tissue, Infection, Moisture, Epitel og Surrounding skin*. Det er et verktøy som skal hjelpe pleier til å gjøre strukturert observasjon under stellet, og nøyaktig dokumentering i etterkant. Dersom alle som steller såret benytter seg av samme verktøy for observering oppnår man bedre kontinuitet i sårbehandlingen (Johansen E. , Leren, Bredesen, & Eiken, 2019, s. 42).

TIMES ble utviklet i 2002 av konseptet «Wound Bed Preparation» (WBP) (Vera, 2016). WBP-tilnærmelsen har som hensikt å forbedre de naturlige sårtilhelingsprosesser i kroppen, og å effektivisere de tiltak man gjør (Schultz, et al., 2003).

I tillegg til å bruke TIMES er det viktig å gjøre vurderinger av underminering, lokalisasjon, dybde og varighet (Johansen, Leren, Bredesen, & Eiken, 2019).

Kort fortalt er det følgende tabell som skal følges ved TIMES (Johansen mf., 2019):

T	<p>Tissue – vev</p> <p>Vurder hvilken type vev det er i sårbunnen.</p>
---	---

I	<p>Infeksjon eller inflammasjon</p> <p>Vurder om det er inflammasjon eller infeksjon i såret – vær oppmerksom på ulike og vage infeksjonstegn.</p>
M	<p>Moisture - sårveske</p> <p>Vurder mengde, konsistens, farge og lukt</p>
E	<p>Edges – sårkanter</p> <p>Vurder om det er epitelceller i sårkantene, eller om sårkantene krever tiltak mot for eks. tørr eller oppbløtt hud.</p>
S	<p>Sorrounding skin – omkringliggende hud</p> <p>Vurder om huden er tørr, oppbløtt, oppskrapet, inflammert, eller har eksem.</p>

Det kan være viktig å konkretisere hvilke observasjoner som uttrykker hva. Eventuelt kan pleier beskrive observasjonene, og ta bilde. For så å få sykepleier eller annet helsepersonell til å vurdere de observasjoner som er gjort (Johansen mf., 2019).

Feiltolkning av vev kan medføre forsinkelser i behandlingen (Johansen, Leren, Bredesen, & Eiken, 2019, s. 37). Billedtaking av et sår er også en fin måte å følge utviklingen i såret, mange journalsystemer har mulighet for å legge inn bilder som dokumentasjon. Det anbefales at TIMES benyttes ved hvert sårstell, mens måling av størrelsen til såret kan gjøres hver andre til fjerde uke (Nichols, 2015, s. 54).

2.7.4 Prosedyre-utførelse

Det er ofte sykepleier i dialog med lege eller spesialisthelsetjenesten som tar vurderinger ut fra de observasjoner som gjøres fortløpende under en sårbehandling. Dersom en ikke ser bedring i sårets tilstand i løpet av to til fire uker bør det tas en vurdering på om behandlingen bør endres (Johansen, Leren, Bredesen, & Eiken, 2019, s. 42).

Tidligere har forskere trodd at den lokale sårbehandlingen har hatt mindre betydning for tilhelingen av kroniske sår. Alle er enige om at det i hovedsak er sykdomsårsaken som i første omgang må fjernes, men nyere kunnskap har vist at uegnet behandling kan gjøre stor skade

og forsinke sårtilheling (Lindholm, 2012, s. 125). Dette gjelder spesielt bruk av bandasjer. Moderne, interaktive bandasjer kan påskynde sårhelingen og korte ned pasientforløpet.

Kroniske sår forblir som nevnt i inflammasjonsfasen. Dersom et sår ikke klarer å renske seg selv kan vi som sårbehandlere bidra med å rengjøre og *debridere* såret. «Når dødt vev er løst opp, veksten og utbredelsen av bakterier er under kontroll og det foreligger en ren sårflate, starter første del av oppbyggingen» (Langøen & Gurgun, Sykepleien, 2019). Det er dette som gjør debridering til en viktig del av sårbehandlingen, man fjerner dødt eller bakterielt vev som kroppen ikke klarer å støte vekk selv. Debridering skal bare unntaksvis gjennomføres. I tilhelingsfasen skal såret hovedsakelig ha ro, fuktighet og sjeldne skift.

3 Metode

Å være metodisk er en måte å systematisere tankene våre for å overholde intellektuelle standarder i argumentasjonen en kommer med (Dalland, 2017). Vi bruker metode som et redskap for å tilegne oss ny kunnskap og informasjon med et overordnet mål. I denne oppgaven er målet problemstillingen, og redskapet litteratursøk.

3.1 Litteratursøk som metode

En litterær oppgave baserer seg på litteratur og forskning som allerede eksisterer. Forskningen i denne oppgaven er funnet ved bruk av prinsippene i et *systematisk litteratursøk*. Et systematisk litteratursøk består av å finne relevante ord, kombinere dem riktig og søke i relevante databaser (Hørmann, 2012).

Det har deretter blitt gjort vurderinger av relevansen på artiklene opp mot problemstillingen.

3.2 Systematikken i søkene

I den innledende delen av søkeprosessen ble det benyttet søkeord som gav en oversikt over litteratur på det aktuelle området. Disse søkeordene var «hjemmesykepleie», «sårbehandling i hjemmet», «ufaglærte» og «undervisende funksjon» i de nordiske databasene. I de internasjonale databasene ble «wound treatment», «home care» og «unlicensed assistant» brukt. Henviser til vedlegg 1 for presentasjon av systematikken i disse søkene. Nedenfor presenterer jeg systematikken i de søkene jeg gjennomførte i databasene Pubmed og Cinahl da disse gav fleste relevante treff.

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier ble benyttet for å gi tilstrekkelig avgrensede søk:

Inklusjonskriterier:

- Hjemmebasert sykepleie
- Engelsk- eller skandinaviskspråklige forskningsartikler
- Publisert i vestlige land
- Kvalitativ, tverrsnitt eller «mixed method» metode
- Fagfelleurdert artikkel
- Publisert de siste 10 årene

Eksklusjonskriterier:

- Artikler uten sykepleie-relevant faglig innhold
- Publisert før 2010

3.2.2 Søkeprosessen

Ut fra de innledende søkene og funn i litteratur identifiserte jeg nøkkelord og laget meg en oversikt over relevante søkeord. Kombinasjonsordene AND og OR ble benyttet.

Det ble gjort søk i databasene Cinahl og Pubmed. Søkeordene som er benyttet ble som nevnt valgt på bakgrunn av de tidlige søkene og funn i annen litteratur. Begge databasene jeg benyttet meg av inneholder medisin- og sykepleiefokusert forskning. Jeg benyttet meg av Google Scholar og Oria for å finne artikler ved hjelp av «snøballmetoden». Snøballmetoden er en metode som innebærer at man leter i litteraturlisten i artikler som er relevante. En artikkel ble funnet ved hjelp av denne metoden, *artikkel 6* (White & Cadiz, 2013).

Jeg valgte på bakgrunn av oppbyggingen til problemstillingen og funn i det innledende søket, å gjennomføre to ulike søk. Det første søket fokuserte på sykepleiers undervisende funksjon overfor den ufaglærte, og det andre søket fokuserte på sårbehandling av kroniske sår i hjemmet.

I det første søket ble først søkeordene «unlicensed personnel» og «home care» benyttet, jeg benyttet meg av «suggest subject terms» i databasen Cinahl for å finne relevante emneord. Valgte «Health personnel, unlicensed» og «mix skills», «Home health care», «Home nursing,

19.03.20

professional», «Home nursing», «Home care nursing». Med disse og kartlagte emneord i tidligere observert litteratur gjorde jeg følgende søk:

#1: (MH «Health personnel, unlicensed») OR (MH “mix skills”) OR “unlicensed personnel” OR “Healthcare assistant” OR “UAP” OR “HCA” OR “delegating nurse” OR “delegation”

#2: “municipal health care” OR “community care” OR “home care” OR (MH “Home health care+”) OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "home care nursing") OR (MH "Home Nursing")

#3: #1 AND #2

I Cinahl fikk jeg på **#1** 4029 treff og 5791 treff i Pubmed. På **#2** fikk jeg 67 659 treff i Cinahl og 16 203 treff i Pubmed. Kombinert **#1** og **#2** uten avgrensinger fikk jeg 110 treff i Cinahl og 54 treff i Pubmed. De valgte avgrensingene ble benyttet, og jeg fikk 27 treff i Cinahl og 36 treff i Pubmed. Jeg gikk gjennom tittel og abstract på 15 artikler på Cinahl og 20 på Pubmed. På bakgrunn av relevans i abstract valgte jeg 5 artikler på Cinahl og 7 på Pubmed for fulltekst-lesing. 4 artikler ble etter en nøye gjennomgang inkludert i oppgaven basert på vurderinger av kvaliteten.

I det andre søket ble først søkeordene «home care» og «chronic wounds» benyttet, jeg benyttet meg av «suggest subject terms» på Cinahl for å finne relevante emneord. Valgte «Home health care», «Home nursing, professional», «Home nursing», «Home care nursing». Det kom ikke opp noen relevante emneord til «chronic wounds», men kartlegging av emneord i annen litteratur ble benyttet. Følgende søk ble gjort:

#1: “municipal health care” OR “community care” OR “home care” OR (MH “Home health care+”) OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "home care nursing") OR (MH "Home Nursing")

#2: "chronic wounds" OR "leg ulcer" OR "hard healing wounds" OR "hard-to-heal wounds"

#3: #1 AND #2

I Cinahl fikk jeg på **#1** 58 403 treff og 49 638 treff i Pubmed. På **#2** fikk jeg 7046 treff i Cinahl og 12 847 treff i Pubmed. Kombinert **#1** og **#2** uten avgrensinger fikk jeg 195 treff i

Cinahl og 143 treff i Pubmed. De valgte avgrensingene ble benyttet, og jeg fikk 31 treff i Cinahl og 49 treff i Pubmed. Jeg gikk gjennom tittel og abstract på alle artikler på Cinahl og 13 artikler på Pubmed. På bakgrunn av relevans i abstract valgte jeg 4 artikler på Cinahl og 3 på Pubmed for fulltekst-lesing. Kun 1 artikkel ble etter gjennomgang av fulltekst inkludert i oppgaven, dette basert på kvalitet av artikkelen og relevans til problemstillingen.

Begrunnelse for valg av artikler er presentert i kapittel 3.3.1.

3.3 Oversikt valgte artikler

Artikkel 1: Maria Bystedt, Maria Eriksson & Bodil Wilde-Larsson. (2011). Delegation within municipal health care.

Artikkel 2: Åsa Gransjön Craftman, Åke Grundberg & Margareta Westerbotn. (2018). Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition.

Artikkel 3: Åsa Gransjön Craftman, Lena M. Hammar, Eva von Strauss, Pernilla Hillerås & Margareta Westerbotn. (2014). Unlicensed personnel administrating medications to older persons living at home: a challenge for social and care services.

Artikkel 4: Elisabeth Aune & Solveig Struksnes. (2019). Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds.

Artikkel 5: Lena Sweberg, Hans Michélsen, Eva Hammar Chiriac & Ingrid Hylander. (2014). On-the-job training makes the difference: healthcare assistants perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation.

Artikkel 6: Diania L.White & David M. Cadiz. (2013). Efficacy of work-based training for direct care workers in assisted living.

3.3.1 Begrunnelse av valg av kilder

Artikkel 1, 2 og 3 (Bystedt mf., 2011) (Craftman mf., 2018)(Craftman mf., 2014) ble valgt begrunnet i relevansen til målgruppen for sykepleiers undervisende funksjon, ufaglærte og delegering som en arena for undervisning.

Artikkel 4 (Aune & Struksnes, 2019) var den eneste artikkelen som ble valgt ut fra det andre systematisk gjennomførte søket. Denne artikkelen ble valgt begrunnet i de resultater som

fremkommer i intervjuene i studiet, deriblant viktigheten av kompetansenivået i møte med sårbehandling i hjemmet. Artikkelen fremmer viktige faktorer som er med på å sikre kontinuitet i sårbehandlingen. Studiet er gjennomført i Norge i etterkant av Samhandlingsreformen, noe som gjør resultatene enda mer kredible og relevant til samtiden.

Artikkel 5 og 6 (Sweberg mf., 2014) (White & Cadiz, 2013) ble valgt på grunn av relevante resultater direkte knyttet til kompetanseheving i et kollegium. Studiene resulterte i konkrete tiltak som er gjennomførbare i en undervisningssituasjon, noe som gjør artiklene relevante i henhold til problemstillingen.

3.4 Kildekritikk

Min personlige interesse for området kan påvirke forståelsen av de funn jeg har gjort. Språkferdigheter kan også påvirke fremstillingen av funn i forskningen, da alle artiklene jeg har valgt er engelsk-språklig.

Alle artikler utenom én har benyttet seg av kvalitativ metode. Det er et variert antall deltakere, fra 12 til 185, men hovedvekten av artiklene er gjennomført med et mindretall av deltakere. Dette kan prege kredibiliteten til funnene. Begrunnelsen for valg av forskning utført ved kvalitativ metode er målet med den valgte problemstilling. Problemstillingen har som mål å belyse *hvordan* sykepleiers undervisende funksjon kan bidra til kontinuitet i sårbehandling i hjemmet. «*De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle*» (Dalland, 2017, s.52). Dette gjør de kvalitative resultater mer relevante enn kvantitative. Artikkelen til White & Cardiz (White & Cardiz, 2013) har benyttet seg av metoden «mixed method». Den fremstiller deltakernes synspunkter, samtidig som den legger frem data i form av målbare enheter. Tallene gir en mulighet til å drøfte de konkrete resultater som en kvantitativ metode gir.

Tre av artiklene (Craftman mf., 2014, Sweberg mf., 2014 og White & Cadiz, 2013) er gjennomført i en kontekst utenfor den valgte problemstillingen. Men begrunnet i relevansen av artiklene valgte jeg å inkludere dem.

I noen av artiklene er begrepet «assistent» blitt benyttet. Ved oversettelse fra engelsk var det utfordrende å finne ut hva artikkelen definerte som assistent. Selv om oppgaven min er rettet mot ufaglærte, vil artiklene være relevante selv om begrepet skulle innebære både helsefagarbeidere, hjelpepleiere ol.

3.5 Etiske overveielser

«Etiske overveielser er å tenke over konsekvensene av det du har planlagt å gjøre og hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører» (Dalland, 2017, s.235).

Overholdelse av etiske retningslinjer for oppgaveskriving og kildebruk har blitt etterstrebet i denne skriveprosessen. Det har blitt brukt APA (American Psychological Assosiation) 6th stil for referering av kilder. Korrekt sitering av kilder og referanser er blitt utført for å unngå plagiat av benyttede kilder. Ved eksemplifisering av brukergrupper og arbeidsplasser i oppgaven, er taushetsplikten vektlagt slik at opplysningene hindrer leseren i å få kjennskap til de aktuelle. Systematikken ved litteratursøk er forsøkt nøye beskrevet i henhold til retningslinjene, slik at søkene kan etterprøves.

4 Empiri

Hovedfunn i valgte forskningsartikler fremstilles tematisk, i løpende tekst. Dette for å lettere kunne anvende empirien i drøftingen. Henviser til vedlegg 2 for tabell med fremstillings av artiklene i alfabetisk rekkefølge. I tabellen fremstilles artiklenes forfatter, publiseringsår og -sted, hensikt, metode og design, samt hovedfunn i kortfattethet.

4.1 Kunnskap, retningslinjer og samarbeid

Funnene fremstiller helsepersonellens kompetansenivå som en viktig faktor for å fremme en kontinuerlig sårbehandling. Sykepleierne erfarte at kompetanse, organisering og rammeverk, og godt samarbeid var essensielt for å kunne skape et godt forløp (Aune & Struksnes, 2019).

Kunnskapsnivået viste seg å være høyere hos helsepersonell som hadde en genuin interesse for fagfeltet, og dermed ønsket å tilegne seg mer kunnskap (Aune & Struksnes, 2019).

Korrekt praktisering av prosedyrer, kontinuitet i pasientoppfølgingen og kontinuitet i utdanning på arbeidsplassen ble trukket frem som viktige fokusområder når det skulle skapes retningslinjer og rammeverk (Aune & Struksnes, 2019).

For å sikre kontinuitet i behandlingen ble samarbeid også trukket frem som en viktig faktor (Aune & Struksnes, 2019). Likeså var rolleavklaring, samhandling og kommunikasjon

mellom helsepersonell og instanser som var involvert i brukerens forløp (Aune & Struksnes, 2019).

4.2 Delegering av arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten

Forskningen viser at kompetansenivået hos pleierne som fikk ved delegert arbeidsoppgaver, som f.eks. sårstell, ikke opplevdes tilstrekkelig (Bystedt mf., 2011).

Sykepleiere trekker frem tid og ressurser som viktige elementer i en god opplæring (Bystedt mf., 2011). Opprettelse av retningslinjer ved delegering av krevende arbeidsoppgaver ble sett på som en nødvendighet som ikke alltid ble møtt på grunn av økt tidspress (Bystedt mf., 2011).

Delegering av arbeidsoppgaver kunne med tilstrekkelig opplæring være positiv på flere områder. Økt stimulering, flere muligheter til veiledning og undervisning, utnyttelse av ressurser og kompetanse i kollegiet og økt ansvarsfølelse hos den ansatte, er eksempler som ble trukket frem (Bystedt mf., 2011).

4.3 Ufaglærtes erfaringer

Forskningen viser at ufaglærte assistenter uttrykte behov for sykepleiers undervisende funksjon i et kollegium (Craftman mf., 2018). Oppfattelse av egen kompetanse blant assistentene var varierte, men et gjennomgående poeng var at de følte en uklarhet rundt deres roller (Craftman mf., 2018).

De ufaglærte følte seg lite anerkjent av sykepleierne som delegerte oppgaver, og opplevde at de tok det for gitt at delegerte oppgaver ble gjennomført (Craftman mf., 2018). Kravene ble høyere, brukerne flere, men tilrettelegging for assistentene opplevdes som minimale (Craftman mf., 2018). Å akseptere delegering er blitt en integrert del av assistenter i hjemmesykepleiens oppgave (Craftman mf., 2014). En del det ikke ble satt spørsmål ved lengre. Selv ved administrering av medisiner ble ikke ferdighetene og kunnskapene til assistentene vektlagt mer enn det økte presset. Artikkelen belyser hva dette gjør med assistentene, men og hvordan det gir økt risiko for svekket helsehjelp (Craftman mf., 2014).

Funn viser at samarbeid og kommunikasjon i tillegg til undervisning, opplæring og oppfølging, førte til en trygghet hos sykepleierne og en anerkjennelse hos de ufaglærte

(Craftman mf., 2014). Et godt læringsmiljø på arbeidsplassen var essensielt for kvaliteten på helsehjelpen (Craftman mf., 2014).

4.4 Praksis-basert undervisning

Flere funn i disse artiklene tegner et bilde av hvordan praksis-basert undervisning kan fremme en bedre praktisering av helsehjelp (Sweberg mf., 2014). Studiet til Sweberg mf. tar utgangspunkt i delegerte oppgaver i likhet med de tidligere presenterte artiklene, men White & Cadiz gjennomførte en eksperimentell studie over en lengre periode for å se hvilken effekt slik trening hadde (White & Cadiz, 2013).

Funn i artikkelen til Sweberg mf. viser at praksis-basert trening var direkte assosiert med høyere rangeringer av kompetanse. Trening på arbeidsplassen kan både øke kompetansen, og inspirere helsepersonell til å ta videre kursing og utdanning innen områder de føler mestring (White & Cadiz, 2013). Det bør tilbys en kombinasjon av formell og standardisert undervisning på arbeidsplassen til helsepersonell som arbeider hos brukere med avanserte hjelpebehov (Sweberg mf., 2014).

Praktiske ferdigheter er viktige for at assistentene skal kunne gjennomføre arbeidsoppgavene som er tildelt dem. Disse ferdighetene kan trening og undervisning på arbeidsplassen bidra til å oppnå (Sweberg mf., 2014).

Assistentene i studiet til Sweberg mf. opplevde manglende veiledning og støtte fra faglærte, men brukte egne teknikker for å tilegne seg kunnskap om HMV (home mechanic ventilation) selv (Sweberg mf., 2014). Disse teknikken gikk ut på å identifisere situasjoner hvor kunnskapen og ferdighetene deres ikke strakk til, for så å tilegne seg kunnskap selv eller ved hjelp av kollegaer (Sweberg mf., 2014).

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil problemstillingen «*Hvordan kan sykepleiers undervisende funksjon bidra til kontinuitet i sårbehandling i hjemmet?*» drøftes i lys av presenterte funn, egne erfaringer og teoretiske perspektiver.

Teoretikere har uttrykt at ulike faktorer påvirker individets evne til å oppnå læring. Aktuell forskning tydeliggjør ulike erfaringer med å anvende sykepleiers undervisende funksjon for å

oppnå et bestemt mål. Det er følgelig disse teoriene opp mot en lærings situasjon om *sårbehandling* med ufaglært helsepersonell jeg ønsker å drøfte.

5.1 Læringsmiljø på arbeidsplassen

Sykepleieren bidrar aktivt til å utvikle en kjerne av profesjonell kunnskap som er basert på forskning... Sykepleieren setter i verk nødvendige tiltak for å beskytte enkeltmennesker hvis en medarbeider eller annen person setter omsorgen for dem i fare.

(NSF, 2019b)

Den sosiokulturelle læringsteorien bygger på at all kunnskap blir konstruert gjennom samhandling (Tveite, 2008, s.52). Hovedbudskapet i et slikt læringssyn er at individets læring og kunnskap må sees i sammenheng med kultur, språk og fellesskap. Forskning viser at undervisning på arbeidsplassen er svært effektiv, og det kan skape et læringsmiljø som inspirer til videre kompetanseutvikling (White & Cadiz, 2013).

Men et godt læringsmiljø består ikke bare av undervisning. Et læringsmiljø må anerkjenne alle ansattes ressurser, det må være inkluderende og åpent for diskusjon rundt de vanskelige temaer. Et godt læringsmiljø tror jeg kjennetegnes ved at «man gjør hverandre gode».

For å gjøre hverandre gode, må man i første omgang se på hva som skal til for å bli «god». Sykepleier har i hjemmesykepleien en autoritet på grunn av sin faglige bakgrunn. Autoritet er en viktig del av den undervisende funksjon, men det kan også skape en avstand til de ansatte uten faglig bakgrunn (Dalland, 2010, s.105). I studiet til Craftman mf. fremkommer det at ufaglærte opplevde lite anerkjennelse av sykepleierne (Craftman mf., 2014). De opplevde at deres rolle i hjemmesykepleien ikke ble prioritert når det var undervisning og kurs, og at deres kompetanse og erfaring ikke ble ansett som like viktig.

Ufaglærte er en uunnværlig ressurs i hjemmesykepleien. Spesielt med dagens sykepleiemangel er de en ressurs vi som sitter med det faglige ansvaret ikke må ta lett på (Klastø, 2019). Det er derfor viktig å inkludere dem i utviklingen av et godt læringsmiljø, og inkludere dem direkte inn i utvikling av retningslinjer og prosedyrer. Dette kommer jeg tilbake til senere i drøftingen.

Praksis-basert undervisning er en måte sykepleier kan undervise ufaglærte. Det kan foregå ute i felten, i dette tilfellet brukerens hjem, eller på arbeidsplassen. Undervisningen bør være

konkret, og rettet mot å øke de praktiske ferdigheter til mottakeren (White & Cadiz, 2013). Flere læringsteorier støtter denne måten å oppnå læring. *Kognitiv læringsteori* bygger på at kunnskap kan overføres, lagres og bearbeides (Tveiten, 2008, s.52). Individet tolker og vurderer informasjonen, og drar deretter paralleller til sine egne erfaringer og tankesett. Dette gjør at praksisen blir mer bevisst, reflektert og intensjonal.

En praksis som *ikke* er kunnskapsbasert skaper rom for faglig uforsvarlighet. Dersom pleier ikke har tilstrekkelig kompetanse om sårbehandling kan dette gi fatale konsekvenser for brukeren det gjelder. Det sies at tjenestene aldri vil bli bedre enn det den enkelte utøver kan bidra med i møte med brukeren (Fjørtoft, 2016, s. 132). Dette er sårbehandling et godt eksempel på. Dersom prosedyrene og retningslinjer ikke følges korrekt av alle ledd i sårbehandlingen kan dette ha en direkte konsekvens i sårtilhelingen.

5.1.1 Retningslinjer og prosedyrer

«En helhetlig og konsistent sårbehandling er avgjørende for et godt resultat» sier lege Langøen (Langøen, 2014). Brukere med kroniske sår er spesielt avhengige av kontinuitet i behandlingen for at det skal oppnå tilheling, avbrutt eller uegnet behandling kan gjøre stor skade og forsinke sårtilhelingen (Lindholm, 2012, s.125).

I en fagartikkel publisert i Sykepleien eksemplifiserer en sårstudent hvor konkret man kan merke at behandlingen er avbrutt eller uegnet:

Sårstudenten følger opp leggsåret til pasienten på sykehjemmet. I samarbeid med legen har sårstudenten laget en kunnskapsbasert sårprosedyre basert på sår diagnosen. Etter en uke er sårtilhelingsprosessen i gang, såret minker i størrelse, og alt ser bra ut. Sårstudenten reiser på en ukes samling i forbindelse med studiet. Når sårstudenten er tilbake, har den positive utviklingen stoppet opp. Såret er hissig og har økt i størrelse igjen. Det viser seg at pleiepersonalet har valgt å se vekk fra sårprosedyren og heller valgt å bruke et behandlingsopplegg de har god erfaring med fra før.

(Langøen & Heiberg, 2019c)

Funn i flere forskningsartikler viser at organisering og rammeverk, praktisering av prosedyrer og kontinuitet i dokumentasjon er viktige faktorer for å kunne sikre en forsvarlig sårbehandling (Aune & Struksnes, 2019) (Langøen & Heiberg, 2019c).

Behov for flere retningslinjer, rammeverk og rolleavklaringer er tilstede hos både sykepleiere og ufaglærte (Aune & Struksnes, 2019) (Craftman mf., 2014). Som vist i eksempelet ovenfor, kan prosedyrer risikere å ikke bli overholdt dersom ikke *alle* pleierne skjønner viktigheten av kontinuitet i behandlingen. En av sykepleierne i studiet til Aune og Struksnes uttrykte også frustrasjon over det samme området: “The wound procedure was constantly changed because health workers did not agree” (Aune & Struksnes, 2019).

Helsepersonell med lang erfaring innenfor helsesektoren, har ofte gjort seg opp en mening om hvilke tiltak som fungerer best. Det kan derfor oppleves som «overkjøring» når sykepleier «slår gjennom» med retningslinjer og prosedyrer som *må* følges. Men selv om sykepleier er den som sitter med ansvaret om å kvalitetssikre den helsehjelp som blir utført, kan det være positivt å inkludere andre ansatte i prosessen. Undervisning om bakgrunn og effekt av den behandling som iverksettes, kan skape en økt forståelse og ansvarsfølelse hos de ufaglærte. Økt forståelse kan forhåpentligvis forebygge individuelle beslutninger som avviker fra behandlingen og de retningslinjer som er satt. I tillegg kan sykepleier inkludere de ufaglærte i selve utarbeidingen av prosedyrene. Ved å blant annet høre hvilke erfaringer de har gjort seg i behandlingen av kroniske sår, og hvilken kjennskap de har til brukeren, kan de føle en anerkjennelse av deres kompetanse og rolle i kollegiet.

Variert og mangelfull dokumentasjon var også nevnt som en påvirkende faktor i sårbehandlingen. Dersom det ikke foreligger konkrete retningslinjer for observasjon og dokumentasjon, risikerer brukeren å ha en utdatert behandlingsplan og økt risiko for at sårtilhelingen stopper opp. Oppdatering av prosedyrer og retningslinjer bør begrenses til et fåtall av helsepersonell, ofte er dette sykepleiere. Og det *må* informeres om endringer som er gjort til de pleiere som skal gjennomføre sårstellet. Ved større endringer i prosedyren må det konsulteres med ansvarlig lege.

“We are not good enough to document goals and to evaluate the wound, for instance with pictures in the journal”

(Aune & Struksnes, 2019)

Informasjonskontinuitet er en av dimensjonene Edith Roth Gjevjon bruker for å beskrive kontinuitet i hjemmesykepleie. Dette innebærer at den som utfører helsehjelp *alltid* skal ha oppdatert informasjon om brukeren, og for å oppnå dette er systematisk skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon mellom helsepersonellet essensielt (Gjevjon, 2015, s.20).

TIMES er et verktøy til bruk i dokumentering av kroniske sår. Dette verktøyet er basert på konseptet sårbunnsoptimalisering (Vera, 2016). Sårbunnsoptimalisering har som hensikt å forbedre de naturlige sårtilhelingsprosessene i kroppen, og effektivisere de tiltak man gjør i behandlingen. Dette gjør verktøyet spesielt egnet til å observere og dokumentere kroniske sår, og dersom alle som steller såret benytter seg av det samme verktøyet for observasjon oppnår man bedre kontinuitet i sårbehandlingen (Johansen mf., 2019, s.42). TIMES fokuserer på sårbunnen og huden rundt, derfor er det viktig å observere underminering, lokalisasjon, dybde og varighet av såret i tillegg (Johansen mf., 2019). Billedtaking er et tiltak som kan bidra til at dokumenteringen blir tilstrekkelig, spesielt dersom pleier er usikker på hvilke observasjoner som faktisk er gjort. Dette blir også nevnt som et konkret tiltak i forskningen til Aune & Struksnes.

Men selv med et slikt verktøy er observasjon av sår utfordrende, og mye kan forveksles. Dersom pleieren som utfører stellet er usikker, er det viktig å ha gode retningslinjer for å hindre dokumentering av feiltolkninger så langt det er mulig. Det må være en god dialog i kollegiet om at sårstell er et utfordrende felt, og at det er bedre å få en annen vurdering før man eventuelt dokumenterer noe som er feiltolket. Billedtaking er også her en fin måte å få en annen vurdering, uten å måtte tilkalle sykepleier til brukeren.

5.2 Forutsetninger ved organisasjonen

De fleste brukere med sårproblematikk i dag følges opp av hjemmesykepleie og fastlege i kommunen. Men noen brukere følges også opp av spesialister på sårpoliklinikk. Spesielt hos brukere hvor flere instanser er involvert, er det viktig med tydelige retningslinjer på *hvem* som har ansvar for *hva* (Birkeland & Flovik, 2018, s.125). Alle brukere har krav til helsehjelp som er helhetlig, samordnet og preget av kontinuitet (Fjørtoft, 2016, s.193).

Kroniske sår er som nevnt tidligere ofte et symptom på en underliggende sykdom eller medisinsk tilstand, selv om såret ofte er forårsaket av et traume (Langøen & Gürgen, 2019, s.30). Derfor er det viktig at det blir stilt en riktig sårdiagnose før behandlingen kan starte. Men selv med denne informasjonen tilgjengelig, antas det at under halvparten av alle brukere med kroniske sår har fått en sårdiagnose (Langøen & Gürgen, 2019, s.30). Forskning viser at samarbeid med fastlege for å stille en sårdiagnose ikke alltid er så lett. Bodo Günther, som selv er lege i spesialisering, sier at det blant mange leger er en oppfattelse av at «sår» er en sykepleieoppgave, og at de dermed har minimalt med kunnskap på området (Hofstad, 2019). Dette underbygger resultatene i forskningen til Aune & Struksnes:

«Almost all GPs (general practitioners) pull away, and the assessment is left to the nurse.»

(Aune & Struksnes, 2019, s.182)

Basert på disse utsagnene hviler det derfor et ansvar på hver enkelt sykepleier for å få satt en sårdiagnose.

«Det anses som nesten nytteløst å behandle sår uten at man adresserer årsaken bak såret.»
«... Utfordringen blir da å finne måter å stille sårdiagosen på, slik at vi sikrer at de som daglig behandler sårene, har den informasjonen og kompetansen de trenger for å gjøre denne jobben på en akseptabel måte.»

(Langøen & Gürgen, 2019, s.34)

5.2.1 Personkontinuitet

Personkontinuitet er en annen dimensjon i Gjevjons beskrivelse av kontinuitet (Gjevjon, 2015, s.19). Denne dimensjonen innebærer sammenhengen i relasjonen mellom bruker og helsepersonell. Personkontinuitet er utfordrende med de bemanningsutfordringene hjemmesykepleien står ovenfor i dag, men en måte å løse det på er gjennom å danne sår-*team* eller -*grupper*. Jeg erfarte dette i praksis da jeg var student i hjemmesykepleien. Her hadde de en egen sår-gruppe som hadde ansvaret for brukerne med sårproblematikk. Dette avhang selvfølgelig av at ledelsen tilrettela vaktlistene slik det var noen fra gruppen på hver vakt det skulle utføres sårstell. Lederen for gruppen var sykepleier, men de andre i gruppen var hjelpepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter. Gruppen fortalte meg at de fikk dra på kurs og øvingsentre, og hadde undervisning på arbeidsplassen om sår for å forbedre praksisen deres. Noen av deltakerne i forskningen til Aune og Struksnes hadde også erfaringer med denne måten og organisere i fagfokuserte grupper.

“Having a wound expert team, we see that the majority of the wounds have healed or are on track to heal”

(Aune & Struksnes, 2019)

Samarbeid og kommunikasjon er to viktige faktorer for å få til et godt forløp for brukere med sårproblematikk. Pleierne som utøver den direkte helsehjelpen må som nevnt ovenfor utføre god og tilstrekkelig dokumentering og prosedyre-utførelse, men de må også gi tilbakemelding på eventuelle organisatoriske problemer. Avviks-føring er et viktig ledd i sikring av kvalitet.

Et annet tiltak for å sikre personkontinuitet er å tilegne hver bruker en *primærsykepleier*. Denne ordningen innebærer at en sykepleier tilser brukeren og såret med jevne mellomrom, og fatter en beslutning om endring av behandling basert på dokumentasjon fra sårstellene og observasjonene som gjøres. Slik kan sykepleier sikre at behandlingen og prosedyrene blir fulgt, og vurdere om den aktuelle behandlingen har effekt.

5.3 Anvende tilgjengelige ressurser

Organisatorisk kontinuitet er den siste dimensjonen til Gjevjon. Denne kontinuiteten fordrer god planlegging og koordinering av sykepleiere og ledere i hjemmesykepleien.

Helsepersonellet som skal utøve helsehjelp må ha relevante kvalifikasjoner, god kompetanse og kunnskap, og nødvendig utstyr tilgjengelig. Den organisatoriske kontinuiteten påvirker hvorvidt person- og informasjonskontinuitet er oppnåelig hos den enkelte bruker (Gjevjon, 2015, s.20). Lokal kursing burde bli tilbudt ved delegering av kompliserte oppgaver som krever økt kompetanse, og det bør settes krav til minimum-kompetanse hos assistentene før sykepleier delegerer oppgaver (Craftman mf., 2018).

Opplæring av helsepersonell er en viktig og naturlig del av sykepleiers undervisende funksjon, og jeg tror det er en arena som bedre kan utnyttes for å heve kompetansenivået til kollegiet.

Delegering er sett på som en nødvendighet med den sykepleiemangel vi står ovenfor i dag (Klastø, 2019). Da Bystedts studie ble gjennomført stod Sverige overfor en liknende situasjon som Norge gjør i dag, med stor sykepleiemangel og økt press på hjemmesykepleien. Det ble ikke nølt med å delegerer arbeidsoppgaver på grunn av presset, men manglende tid og ressurser førte til at kompetansenivået til pleierne ikke ble ansett som faglig forsvarlig.

Samtidig som sykepleiemangelen er skyhøy, har Samhandlingsreformen som ble innført i 2012, ført til at hjemmesykepleien har fått et mer omfattende ansvar for brukere med sammensatte behov og de tar imot pasienter tidligere fra sykehus enn før (Birkeland & Flovik, 2018, s.19). Dette fører til at faglig utfordrende oppgaver må delegeres til helsepersonell som ikke alltid besitter den nødvendige kunnskapen (Norsk sykepleieforbund, 2019). Senest i november 2019 stod tre sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien i Halden kommune frem og sa at de daglig opplever å måtte sette personell som ikke er kompetente nok i uforsvarlige situasjoner som fører til avvik (HA, 2019).

Dette kan jeg kjenne meg igjen i. En travel vakt, med få faglærte, mange ufaglærte, og mange brukere med krevende behov. Da blir delegering en nødvendighet for å kunne dra nytte av de ressurser man har tilgjengelig.

I Norge er altså sårbehandling hovedsakelig en sykepleier-oppgave, men delegering av oppgaver til annet personell kan ifølge Helsepersonelloven §5 skje dersom det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis (Helsepersonelloven, 2001, §5). De etiske retningslinjene for sykepleiere nevner også delegering av ansvar som en del av sykepleiers oppgaver i et kollegium: *Sykepleieren bruker sitt skjønn mht. individuell kompetanse når det gjelder å påta seg og å delegere ansvar* (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Så dilemmaet blir da hvordan sykepleier kan gjennomføre en faglig forsvarlig delegering av arbeidsoppgavene. Mye styres på det organisatoriske nivå, tid til opplæring, ressurser tilgjengelig, undervisningsmateriale osv. Men sykepleier har også et individuelt ansvar om å ivareta og fremme den faglige kompetansen i kollegiet.

Bystedt viser i sin studie at delegering av oppgaver gav sykepleierne en mulighet til å gi veiledning og undervisning (Bystedt mf., 2011). Det var en måte å utnytte den tilgjengelige kompetansen på arbeidsplassen. Sykepleierne opplevde at de ufaglærte uttrykte tillit når de fikk delegert oppgaver som egentlig krevde et høyere kompetansenivå, og at det gav en økt interesse for å tilegne seg mer kunnskap (Bystedt mf., 2011). Generelt sett er de ufaglærte ansvarlige og kompetente, men enkelte arbeidsoppgaver krever spesifikk kunnskap, for eksempel stell av kroniske sår. Da er det viktig å påse at den ufaglærte har tilstrekkelig kunnskap, og gi nødvendig opplæring dersom det ikke foreligger.

Sykepleier sitter fortsatt med ansvar for utfallet, men den manglende kontrollen på utførelsen av oppgavene gav dem en følelse av *maktesløshet, resignasjon og vighet* hva det gjaldt ansvaret deres (Bystedt mf., 2011). De erfarte at det var utfordrende å vurdere den ufaglærtes kompetansenivå og praktiske ferdigheter, da de ofte hadde store grupper med ufaglærte på arbeidsplassen, og lite tid til opplæring og oppfølging (Bystedt mf., 2011). Samtidig opplevde de at delegering av oppgaver skapte økt læring og ansvar for den ufaglærte, samt personkontinuitet og raskere behandling for brukeren.

De sykepleiefaglige retningslinjene sier følgende om sykepleiers ansvar i kollegiet:

«Sykepleier ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet» «Sykepleier bidrar til

utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis» (Norsk sykepleieforbund, 2019). Målet med sykepleiers undervisende funksjon er blant annet å heve kvaliteten på tjenestetilbudet og forbedre utøvelsen av ferdigheter (Kristoffersen mf., 2011, s.19). Tilstrekkelig og god opplæring i spesifikke oppgaver før delegering er en måte å utnytte sykepleiers undervisende funksjon. For å kalle noe undervisning må pedagogen ha en form for autoritet, ifølge Dalland (Dalland, 2010, s.105). Underviseren må ha den faglige kunnskapen og styrken som behøves, samt at mottakeren må anerkjenne autoriteten. Dette betyr at sykepleier også må være oppmerksom på sin egen kompetanse på området. Resultatene på forskningen til Sweberg mf. tydeliggjør den uheldige effekten det kan ha i kollegiet dersom underviser ikke har korrekt kunnskap om området som undervises om (Sweberg mf., 2014, s.375). I en opplæring og undervisningssituasjon må sykepleier ha selvinnsikt nok til å vite om kunnskapen er oppdatert og korrekt.

Men selv med god og tilrettelagt opplæring, vil det alltid være en del av ansvaret som ligger alene på den som skal utføre oppgaven. Alt helsepersonell, både ufaglærte og sykepleiere, skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravene som kan forventes ut fra den enkeltes kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 2001, §4).

Sykepleierne uttrykte at det økte presset på dem førte til at de hadde for lite tid til å gi opplæring og oppfølging av de ufaglærte som hadde fått delegert oppgaver, men at de følte seg «nødt» til å delegere til tross for at kompetansenivået opplevdes å være for lavt (Bystedt mf., 2011). I slike tilfeller er helsepersonell pliktet i føre avvik (Arbeidstilsynet, u.å.). Avviksordningen skal hjelpe de som sitter på «toppen» og skjønne hvilke utfordringer de som utøver direkte helsehjelp står ovenfor.

Det viktigste med delegeringen er å være sikker på at de riktige oppgavene blir delegert til de rette ansatte, som har den kompetansen og praktiske ferdigheter som behøves. Ved å få satt av tid til å gjennomføre en god opplæring i forkant av at den ufaglærte skal gjennomføre de delegerte oppgaver, kan man bidra til økt kompetanse og sikkerhet i behandlingen. Det er også viktig at sykepleier ved delegering av arbeid gir tilstrekkelig informasjon om forventninger, og en tydelig beskrivelse av hvilke oppgaver som skal bli utført. Til slutt er det viktig at sykepleier følger opp hvordan oppgaven har blitt utført.

5.2 Deltakerforutsetninger

Sykepleiere opplever at kompetansenivået er svært variert innen alle grupper helsepersonell, og de som har kunnskap bruker mye tid på å veilede de som skal utføre sårstellet (Aune & Struksnes, 2019). Forskningen viste at de som følte de hadde god kompetanse på området, var de som hadde en større interesse for fagfeltet *sår*. De som ikke hadde interesse hadde vanskeligere for å tilegne seg kunnskap og se viktigheten av tilstrekkelig kompetanse på området (Aune & Struksnes, 2019, s.181). Dette kan sees i sammenheng med *den indre motivasjon* som en del av den kognitive læringsteori (Dalland, 2010, s.91). For å oppnå læring mener Dalland at mottakeren må ta ansvar for egen læring, og for å motivere mottaker til dette kan man skape indre motivasjon gjennom undervisningen. Det som skal læres skal skape interesse og arbeidslyst. Da vil mottaker tilegne seg kunnskapen bedre, og ha et ønske om å oppnå videre læring. I studiet utført av White og Cadiz blir undervisning og trening på arbeidsplassen direkte knyttet til å inspirere helsepersonell til å ta videre kursing og utdanning (White & Cadiz, 2013).

Ufaglærte opplever å stå overfor stadig nye problemstillinger i hjemmesykepleien, dette fremkommer i studiet gjennomført av Craftman, Grundberg og Westerbotn. Flere brukere hadde kompliserte sykdomsbilder og behov, og assistentene måtte oftere utføre oppgaver som sårstell og å dele ut medisiner (Craftman mf., 2018). De ufaglærte opplevde at deres rolle i hjemmesykepleien var blitt mer uklar ettersom presset på hjemmesykepleien hadde økt, og de følte seg litt som en «kasteball» (Craftman mf., 2014). Kravene til dem ble høyere ettersom de tok på seg flere av de faglærtes oppgaver, men de opplevde at dette ikke alltid ble tatt i betraktning når det var undervisning og opplæring på arbeidsplassen. Noen pleiere skrev at de ofte fikk høre «men dette er ikke relevant for dere assistenter», selv om de hadde opplevd å pleie flere brukere med den aktuelle problemstillingen (Craftman mf., 2018).

Behovet for å bli anerkjent av sykepleierne for det arbeidet som ble gjort, og ikke hva en assistent «vanligvis gjør» var tilstede (Craftman mf., 2018). Forskningen oppfordrer til anerkjennelse av de ufaglærte i kollegiet, samt bedret kommunikasjon og samarbeid. Godt samarbeid og kommunikasjon underveis kunne føre til at delegering av arbeidsoppgaver ikke blir gjort til assistenter som ikke hadde kompetansen. Dessverre viser forskning at slikt samarbeid mellom helsepersonell var mangelvare på flere arbeidsplasser (Craftman mf., 2014).

Ved et tettere samarbeid kan undervisningen tilrettelegges bedre for den enkelte mottaker. Dette kommer frem i et av punktene i den didaktiske relasjonsmodellen, *deltakerforutsetninger* (Dalland, 2010, s.109). Dersom sykepleier benytter seg av den didaktiske modellen for undervisning, kan opplæring blir mer målrettet og mottakeren kan få mer utbytte av den.

Det er viktig å bidra til at assistentene har de ferdigheter og verktøy som trengs for å utøve ønsket omsorg og støtte til brukergruppen de står overfor (Craftman mf., 2018). Et tettere samarbeid mellom sykepleiere og de ufaglærte assistenter, kan bidra til en bedre kartlegging av deres kompetansenivå, og oppfølging ved delegerte av oppgaver.

6 Oppsummering

Sykepleiers oppgaver er mange, og med dagens sykepleiemangel og økte press i hjemmesykepleien, er det viktig å kunne anvende de ressurser man har tilgjengelige. Ved å benytte seg av den undervisende funksjon sykepleier har i et kollegium, kan brukere med kroniske sår erverve den kontinuitet som kreves i en sårbehandling.

Ufaglært helsepersonell er en stor og viktig del av hjemmesykepleien. Dette må sykepleiere anerkjenne og benytte seg av på riktig måte. Delegering blir sett på som en nødvendighet, men tidspress og få ressurser fører til mangelfull opplæring av avanserte oppgaver.

Tilstrekkelig opplæring i forkant av delegering er essensielt for en faglig forsvarlig praksis, og det bør tilstrebes for å bidra til økt kompetanse og sikkerhet i sårbehandlingen. Sykepleiers forutsetninger for å kunne praktisere den undervisende funksjon henger sammen med forutsetninger i organisasjonen. Det må gis tilbakemeldinger og føres avvik når eventuelle begrensinger i tid og ressurser fører til uforsvarlig praksis.

Opprettelse av sår-grupper og praktisk rettet undervisning er måter å gjøre undervisningen mer målrettet. Praktisk-rettet undervisning er ofte benyttet ved opplæring og behøver mer ressurser og tid enn sår-grupper. Begge har vist seg å øke interessen hos mottakerne av undervisningen, og økt interesse skaper større forståelse og kompetanse på området.

Gode retningslinjer og prosedyrer er essensielt for å skape en kontinuitet i behandlingen. Men pleiernes tidligere erfaring kan påvirke deres bedømmelse av sårets tilstand og hvilken behandling som behøves. Sykepleier må sikre at de ufaglærte har en forståelse for viktigheten av å følge prosedyrene og dokumentere tilstrekkelig. Det må informeres om hvilke

19.03.20

konsekvenser det kan få for brukeren dersom dette ikke blir fulgt. Verktøy som f.eks. TIMES er med på å fremme kontinuitet i dokumenteringen.

Økt forståelse for fagområdet tror jeg i tillegg kan gi en meningsfull arbeidshverdag, og økt ansvarsfølelse hos de som skal utføre sårstellet.

Det er også viktig å anerkjenne de ufaglærte som en ressurs, og at de får muligheten til å påvirke utarbeidingen av prosedyrene basert på deres erfaring. Ved å inkludere alle kan man skape rom for samtale og bryte ned «hierarkiet» som kan oppstå dersom sykepleier er veldig autoritær. Et godt læringsmiljø har flere fordeler i behandlingen av kroniske sår.

Et godt læringsmiljø kjennetegnes av at det er rom for å søke råd og veiledning hvis man føler seg usikker. Det skaper en lavterskel for å erkjenne begrensinger i egen kompetanse, og dermed tydeliggjør behovet for undervisning. Det skaper et felles fokus på pasientens sikkerhet hvor samarbeid på tvers av faggrupper er en ressurs. Dersom pleierne utstråler forståelse og trygghet, vil dette skape trygghet også hos brukeren.

Målet skal alltid være å ivareta brukeren på best mulig måte.

7 Litteraturliste

Aune, E. & Struksnes, S. (2019). Home care nurses' experience of providing health-care to patients with hard-to-heal wounds. *Journal of wound care*, 28 (3), 178-187. Hentet fra: <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.3.178>

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappeen Damm AS.

Bjørndal, B. & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken: en innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: Aschehoug.

Brasetvik, K. (2019, 29.juni). Det mangler sykepleiere, og det brukes ufaglærte. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/06/det-mangler-sykepleiere-og-det-brukes-ufaglaerte>.

Bystedt, M., Eriksson, M. & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *Journal of Nursing Management*, 19, 534-541. Hentet fra: <https://10.1111/j.1365-2834.2010.01202.x>

Craftman, Å. G., Grundberg, Å. & Westerbotn, M. (2018). Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition. *International journal of Older People Nursing*, 13, 1-8. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/opn.12207>

Craftman, Å. G., Hammar, L. M., von Strauss, E., Hillerås, P. & Westerbotn, M. (2014). Unlicensed personnel administering medications to older persons living at home: a challenge for social and care services. *International journal of older people nursing*, 10, 201-210. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/pon.12073>

Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Erstad CB. En kvalitativ studie av sårbehandling i hjemmesykepleien – utfordringer, kompetanse, kontinuitet. (Masteroppgave). Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helsefag; 2016.

Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleien. Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Flodgren, G. M., & Meneses, J. (2017a, desember). Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2017/ufaglart-personell-profesjonsblanding-kvalitet-og-pasientsikkerhet-i-helse/>

Flodgren, G., Bidonde, J., & Berg, R. C. (2017b). Konsekvenser av en høy andel ufaglærte på kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2018, 11.desember). Litteratursøk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdaterere-fagprosedyrer/litteratursok>

Gürgen M., Kaal A. & Witsø E. (2005, 7.april). Diabetiske fotsår. *Tidsskriftet den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/diabetiske-fotsar>

Halden Arbeiderblad. (2019, 28.november). Bekymringsmelding fra hjemmetjenesten i Halden kommune. Hentet fra: <https://www.ha-halden.no/nyheter/halden-kommune/omsorg/bekymringsmelding-fra-hjemmetjenesten-i-halden-kommune/o/5-20-740296>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet (Meld. St. 26). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhanslingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid (st.meld. nr.47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hermansen, Å., & Grødem , A. S. (2015). Reformeffekt: redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien*, *10 (1)* s.24-32. Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2015.53351>

Hofstad, E. (2019). Sår har lav prestisje. *Sykepleien*, *107(2)*, s.8-10. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/04/sar-har-lav-prestisje>

Jeffcoate, W. J. (2003, 3.mai). Diabetic foot ulcers. *The Lancet*, *361(9368)*, s.1545-1551. Hentet fra: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13169-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13169-8)

Johansen, E., Leren, L., Bredesen, I., & Eiken, G.-M. (2019). Bruk verktøyet TIMES til å vurdere sår strukturert. *Sykepleien*, *107(75698)*, s.36-42. Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75698>

Jovik, H. E. (2019). Uverdige praksis for sårpasienter. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/09/20/uverdige-praksis-for-sarpasienter/>

Kirkevold, M. (2020, 5.februar). Sykepleieteori. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/sykepleieteori>

Klastø, M. Å. (2019). NAVs bedriftsundersøkelse 2019: økt etterspørsel etter arbeidskraft. *Arbeid og velferd (2)*, ss. 1-25. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/okt-mangel-pa-arbeidskraft>

Konfucius. (u.d.) *Siterte sitater*. Ordtak. Hentet fra: <https://www.ordtak.no/sitat.php?id=5555>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., & Nordtvedt, F. (2011). Kapittel 1 Om sykepleie. Grimsbø, G. H. *Grunnleggende sykepleie 1* (3.utgave, bind 1, ss. 16-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kuhn, T. S. (2007). *Vitenskapelige revolusjoners struktur*. Oslo: Bokklubben.

Langøen , A., & Gurgen, M. (2019a). Sårhelingsprosessen - enkelt forklart. *Sykepleien*, *107(74698)*. Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74698>

- Langøen, A., & Gürgen, M. (2019b). Hva er en sårdiagnose, og hvorfor trenger vi den? *Sykepleien*, 107(74815). Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74815>
- Langøen, A. & Heiberg, I. G. (2019c). Kroniske sår følges ikke opp riktig. *Sykepleien*, 107(75701), s.92-97. Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.75701>
- Leonardsen, A.-C. L. (2019). Kartlegging av kompetanse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester. *Sykepleien*, 107(79137). Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79137>
- Lindholm, C. (2012). *Sår* (3.utg.). Oslo: Akribe AS.
- Løvseth, J. B. (u.d.). Slik tar du vare på føttene dine når du har diabetes. *Diabetesforbundet*. Hentet fra: <https://www.diabetes.no/nyheter/nyheter-2019/fotter-fotkomplikasjon/>
- NK LMH. (2018, 3.oktober). *Didaktisk relasjonsmodell*. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Hentet fra: <https://mestring.no/helsepedagogikk/pedagogisk-tilnaerming/didaktisk-relasjonsmodell/>
- Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid? *Sykepleien Forskning*, 10(1), ss. 14-22. Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>
- NSF. (2019a). Kartlegging av Østfolds pleie- og omsorgstjeneste. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/4520741/cache=20192406214758/Planlagt%20og%20faktisk%20bemannings%202019.pdf>
- NSF. (2019b). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nødland, S. I., & Rommetvedt, H. (u.d.). Samhandlingsreformen i helsevesenet: statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 2 (60), s.166-188. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>
- Olsvik, H. E. (2016). *Vitenskapsteori for sykepleie*. Drammen: Forlaget Vett & Viten AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Raetz, J. G. M. & Wick, K. H. (2015, 15.november). Common questions about pressure ulcers. *American family physician*, 92(10), s.888-894. Hentet fra:

<https://www.aafp.org/afp/2015/1115/p888.pdf>

Representantforslag 91 S (2016–2017). Innst. 456 S (2016-2017). *Representantforslag om forebygging og behandling av kroniske sår*.

Slagsvold, C., Stranden E. (2005, 7.april). Venøse leggsår. *Tidsskriftet Den norske legeforening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/venose-leggsar#reference-4>

SSB. (2019, Juni 24). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Svartdal, F. (2018). Læring. *Store Norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/1%C3%A6ring>

Sweberg, L., Michélsen H., Chiriac E. H. & Hylander, I. (2014). On-the-job training makes the difference: healthcare assistants perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29, 369-378. <https://doi.org/10.1111/scs.12173>

Sykepleien (2019). #SÅR. *Sykepleien 2/2019*, 107 (2). Hentet fra:

<https://sykepleien.no/2019/04/sykepleien-22019-sar>

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Tønset, T. S. (2017, 18.desember). Ufaglærte i hjemmesykepleien føler seg presset til å bryte loven. *NRK Rogaland*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/rogaland/ufaglaerte-i-hjemmesykepleien-foler-seg-preset-til-a-bryte-loven-1.13825254>

Vetter, S. (2019). Kunsten å gi god sårbehandling. *Sykepleien*, ss. 28-29. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/sykepleien/2019/02/kunsten-gi-god-sarbehandling>

White, D. L. & Cadiz, D. M. (2013). Efficacy of work-based training for direct care workers in assisted living. *Journal of Aging & Social Policy*, 25, 28-300.

<https://doi.10.1080/08959420.2013.816124>

Vedlegg 1: Litteratursøk

Database:	Søk:	Søkeord/kombinasjoner:	Antall treff:	Antall leste abstract:	Antall leste artikler:	Antall brukte artikler:
Idunn	#1	Hjemmesykepleie, samhandlingsreformen (Avgrenset – 2010-2020, Europa)	1	1	1	0
Idunn	#2	Hjemme, kroniske sår (Avgrenset – 2010-2020, Europa)	6	1	1	1
Sykepleien forskning	#1	Hjemmesykepleien, sår (Avgrenset – 2010-2020)	3	2	2	2
Sykepleien forskning	#1	Sår (Avgrenset – 2010-2020)	28	5	5	2
Svemed+	#1	"Hjemme" OR "Hjemmesykepleien" OR "kommunehelsetjenesten" OR "primær"	3409			
Svemed+	#2	"sår" OR "kroniske sår" OR "leggsår" OR "såtilheling" OR "sårbehandling"	4485			
Svemed+	#3	#1 AND #2	71			
Svemed+	#4	#1 AND #2 (Avgrenset: 2010-2020)	28	2	2	0

Vedlegg 2: Funn i forskning

Artikkelforfatter:	Tittel:	Publisert:
Maria Bystedt, Maria Eliksson, Bodil Wilde-Larsson	<i>Delegation within municipal health care (1)</i>	2011 I Journal of Nursing Management
Design og metode:		Antall deltakere:
Kvalitativ metode. 12 separate intervjuer.		12
Hensikt:		
Målet med studiet var å beskrive hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten i Sverige oppfatter å delegere arbeid til ufaglærte.		
Resultat:		
Delegering er sett på som en nødvendighet når sykepleiemangelen er så stor som den var i Sverige når studiet ble gjennomført. Dette fører med seg tre problemstillinger: arbeidssituasjonen til sykepleier, arbeidsforholdet til de ufaglærte kollegaer og pasienten. Anbefalingen i etterkant av studien er å gi sykepleier god tid til å gjennomføre opplæring i forkant av delegering av arbeidsoppgaver.		

Artikkelforfatter:	Tittel:	Publisert:
Åsa Gransjön Craftman, Åke Grundberg & Margareta Westerbotn	<i>Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition (2)</i>	2018 i International journal of Older People Nursing
Design og metode:		Antall deltakere:
Kvantitativ forskningsmetode. Fokus-gruppeintervjuer. Deltakerne var fra fire ulike arbeidsplasser, og hadde jobbet som assistenter fra 1 til 30 år.		19
Hensikt:		

Målet med forskningen var å beskrive assistenter i hjemmesykepleiens erfaringer med å utøve helsehjelp i hjemmet til eldre brukere.

Resultat:

Ulike temaer ble diskutert for å få frem assistentenes erfaringer. Blant disse var utviklingen i behovet til brukerne og hvordan deres rolle som assistenter har blitt endret. Det ble tatt opp at assistentene følte at de tok mer og mer over de faglærtes oppgaver, da kravene til de ansatte ble høyere og brukerne flere. De opplevde at brukerne hadde flere kompliserte sykdommer, og at de som assistenter blant annet måtte utføre mer sårstell og dele ut medisiner. De opplevde en økning av problemer innen mental helse hos mange brukere. Gjennomgående var at mange assistenter følte at deres roller var uklare, og at de ble «kastet dit det var behov for dem». De opplevde og at dette ikke var noe som ble tatt i betraktning når det var undervisning og opplæring på arbeidsplassen. Flere opplevde å høre «men dette er ikke relevant for dere assistenter», når de hadde vært hos flere brukere med den aktuelle problemstillingen. Behovet for å bli sett og anerkjent for det de faktisk gjør var tilstede.

Artikkelforfatter:	Tittel:	Publisert:
Asa Gransjön Craftman, Lena M. Hammar, Eva von Strauss, Pernilla Hillerås, Margareta Westerbotn	<i>Unlicensed personnel administrating medications to older persons living at home: a challenge for social and care services (3)</i>	2014 I International Journal of Older People Nursing
Design og metode:	Antall deltakere:	
Kvalitativ metode, fokus-gruppe intervjuer.	Fire fokusgrupper med til sammen 19 assistenter	
Hensikt:		
Målet med studien var å utforske assistenter i hjemmesykepleiens erfaringer med å få delegert arbeid fra sykepleier til å dele ut medisiner til brukere i hjemmet		
Resultat:		

Ifølge assistentene som var med på studiet følte mange på at delegeringen i hovedsak skjedde på grunn av økt press på sykepleierne på vakt. De opplevde og at det var lite informasjon om hvilket ansvar de som ufaglærte satt med når de delte ut medisiner delegert til dem av en sykepleier. Ifølge deltakerne er dette et økende problem på grunn av det voksende bruker-tallet i hjemmesykepleien.

Artikkelforfatter:	Tittel:	Publisert:
Elisabeth Aune & Solveig Struksnes	<i>Home Care Nurses' Experience of Providing Health-Care to Patients With Hard-To-Heal Wounds (4)</i>	Mars 2019 i Journal of wound care
Design og metode:		Antall deltakere:
Kvalitativ metode. Sykepleiere fra tre kommuner i Norge ble intervjuet.		21
Hensikt:		
Å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med brukere som har kroniske helende sår. Problemstillingen var: «Hvilke muligheter eksisterer for å øke sykepleiers evne til å gi helsehjelp til brukere med kroniske sår?» og «Hva hemmer sykepleier i å kunne gi helsehjelp til pasienter med kroniske sår?»		
Resultat:		
Intervjuene resulterte i tre gjennomgående temaer: viktigheten av kompetanse hos sykepleiere, viktigheten av organisering og rammeverk, og viktigheten av samarbeid. For å kunne yte faglig forsvarlighet til brukere med kroniske sår var alle disse tre temaene viktige. Sykepleier må ha tilstrekkelig kompetanse, og det bør legges til rette for kompetanseheving, kursing og videreutdanning. Organiseringen og rammeverket til hjemmesykepleien må være tilrettelagt slik at rutine for behandlingen har best mulige forutsetninger. Og en må som sykepleier kunne samarbeide med både faglærte og ufaglærte i hjemmesykepleien, samt kunne samarbeide med spesialhelsetjenesten. Artikkelen		

legger og frem sykepleiers erfaringer med at fastleger ikke har tilstrekkelig kompetanse for å sette en korrekt sårdiagnose, og at sårbehandlingen ofte avhenger kun på sykepleiers erfaring og kunnskap.

Artikkelforfatter:	Tittel:	Publisert:
Lena Sweberg, Hans Michélsen, Eva Hammar Chiriac, Ingrid Hylander	<i>On-the-job training makes the difference: healthcare assistants perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation (5)</i>	2014 I Scandinavian Journal of Caring Sciences
Design og metode:		Antall deltakere:
Tverrsnitt-studie. En spørreundersøkelse med to deler ble gjennomført.		128
Hensikt:		
Målet var å beskrive og analysere assistenter i hjemmesykepleiens oppfattelse av kompetanse og ansvar hos brukere med HVM (hjemme mekanisk ventilasjon), samt andre komplekse behov.		
Resultat:		
55% hadde ikke mottatt noe formell helsefokuser undervisning som gikk over mer enn 30 dager. 84% rapporterte å ha mottatt opplæring minst en gang, rettet mot HVM. En stor andel (80%) av deltakerne så på deres eget kompetansenivå som høyt, og 59% så på deres ansvar innen området som høyt. Oppfattet ansvar var sterkt tilknyttet til deltakere som hadde mottatt «on-the-job training» og kliniske veiledning, også alder spilte inn her. I tillegg var det tre ganger større sannsynlighet at deltakerne oppfattet deres kompetansenivå som høyt dersom de hadde mottatt «on-the-job training», og to ganger høyere for kvinner enn menn.		

Artikkelforfatter:	Tittel:	Publisert:
Diana L. White & David M. Cardiz.	<i>“Efficacy of Work-based training for Direct Care Workers in Assisted Living”</i>	2013 I Journal of Aging and Social Policy
Design og metode:		Antall deltakere:
Mixed method. Eksperimentelt design.		185
Hensikt:		
Målet med eksperimentet var å se hvilken effekt målrettet arbeids-basert trening og undervisning hadde for assistenter i tilrettelagte boliger.		
Resultat:		
Studiet hadde positiv innvirkning på både individnivå og organisatorisk nivå. Resultatene viste at helsepersonellet følte økt kompetanse og selvsikkerhet hva gjaldt deres evner til å jobbe med beboerne. Utdanningsprogrammet førte til større jobbtfredshet og et ønske om å ta videre utdanning hos flere av de ansatte. Helsetjenesten har større utbytte av at de ansatte føler seg kompetente, <i>empowered</i> og fornøyde med eget arbeid.		