



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Slutt dato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 531

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Brukarmedverking i heimesjukepleie

Antall ord *: 9000

Navn på veileder *: Angelina Belova

Tro- og loverklæring *: Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGÅVE

Brukarmedverking i
heimesjukepleie

User involvement in home-care
services

Kandidatnummer 531

Bachelor i sjukepleie, Studiestad Stord
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/ Institutt
for Helse og omsorgsvitenskap

Rettleiar Angelina Belova

Innleveringsdato 26.04.2018. kl. 14.00

BRUKARMEDVERKING I HEIMESJUKEPLEIE

-DET FØRSTE MØTET MED HEIMESJUKEPLEIE.



Illustrasjonsfoto: Image Quest – brukt med tillatelse.

https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/nurse-helping/1/132_1375991/Geriatric-care

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/ Institutt for Helse og omsorgsvitenskap/ Bachelor i sjukepleie, Stord

Innleveringsdato: 26.04.2018

Antall sider: 36

Antall ord: 9000

Samandrag

Tittel: Brukarmedverking i heimesjukepleie.

Bakgrunn: Som følgje av samhandlingsreforma vert pasientar overført frå sjukehus tidlegare og ofte sjukare, og har færre liggedøgn på sjukehus. Et større ansvar ligg då på kommunehelsetenesta som skal ta i mot pasientar i ein tidlegare fase enn før.

Brukarmedverking er nedfelt i lovverket, og sikrar at pasientens røyst vert høyrd.

Helsevesenet har ansvar for at pasientar mottar tilrettelagd informasjon, slik at pasientar kan medverke i behandlinga.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar legge til rette for god brukarmedverking ved overføring i frå spesialisthelsetenesta til heimen? - Det første møtet med heimesjukepleie.

Hensikt: Målet med samhandlingsreforma er å sikre pasient rett behandling til rett tid, på rett stad. Brukarmedverking for pasientar som mottak heimesjukepleie er av stor relevans då pasienten er i ein sårbar situasjon og treng informasjon, støtte og oppfølging. Eg vil med denne oppgåva sjå på kva sjukepleiar kan gjere, for å hjelpe pasienten med å oppnå god brukarmedverking.

Metode: Dette er ei fordjupingsoppgåve som er basert på faglitteratur, forskning på området, og egne erfaringar i frå praksis.

Funn: Samhandling mellom aktørane innan kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta kan by på problem. At aktørane har ulike perspektiv, er ein mogleg grunn. Pasientens behov vert sett på med eit medisinsk perspektiv ved sjukehusa, og i kommunehelsetenesta vert pasientens funksjonsnivå og heimesituasjon sett i fokus. Tidsaspekt og tida ein har til rådighet vert problematisert. Brukarmedverking heng saman med deltaking og engasjement i eige liv.

Oppsummering: Samarbeid på fleire plan kan vere vanskeleg, og auka innsikt i frå pasientens ståstad er å føretrekke. Informasjon og medbestemming i henhold til planlegging og behandling spelar ei stor rolle for at pasienten skal få ein betre overgang frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

Nøkkelord: Heimesjukepleie, kommunehelseteneste, brukarmedverking, samhandlingsreforma.

Abstract

Title: User involvement in home-care nursing.

Background: With the coordination reform in mind, the patients are transferred from the hospital to their own home quicker and often sicker, and an even greater responsibility lies with municipal healthcare services, who are going to treat patients in an earlier stage than before. User involvement is enshrined in the legislation and ensures that the patient's voice is heard. The health services are responsible for ensuring that patients receive informed information so that patients can participate in their own treatment.

Research question: How can home-care services help the patients with user involvement, in transition from hospital to their own home? - The first meeting with home-care services.

Aim: The goal of the coordination reform is to ensure the patient with the right treatment at the right time and place. User involvement is of great importance to patients receiving home healthcare, and when transferred from hospital to their own home they are in a vulnerable stage, in need of information, being followed-up and supported. With this assignment I want to increase the awareness and importance of user involvement in this transition.

Method: This is an assignment based on literature and research in the field, and my own experience in nursing practice.

Results: The interaction between different healthcare services can cause problems, and research findings show that in different healthcare services there may occur different perspectives on issues regarding the patient. The patient's needs are defined by the hospital nurses and doctors with a somehow medical perspective, and in the municipal healthcare services the patient's functional level and home situation has a higher aim of focus. Issues with the time aspect, and spending too little time with the patient, often comes to mind. User involvement is associated with participation and having commitment in your own life.

Summary: Collaboration on multiple levels may be difficult. Gaining insight on the patient's point of view is preferred. Information and participation in both treatment and planning can play a major role in ensuring that the patient is experiencing a good transition from specialist healthcare services to municipal health services.

Keywords: Home care, user involvement, coordination reform, patient participation, care transitions.

Innhald

1.0	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for tema og fokusområde	1
1.2	Hensikt og mål med oppgåva	1
1.3	Problemstilling.....	2
2.0	Teori	3
2.1	Sjukepleieteori	3
2.2	Begrepsavklaring	3
2.3	Heimen som arena	4
2.4	Heimesjukepleie	4
2.5	Pasientrolla	4
2.6	Brukarmedverknad	5
2.7	Samhandlingsreforma og konsekvensar det vil ha for sjukepleiarar	6
3.0	Metode.....	7
3.1	Litteraturstudie.....	7
3.2	Søkestrategi	7
3.3	Metodekritikk	9
3.3.1	Vurdering av eiga oppgåve.....	10
3.3.2	Kritisk vurdering av forskingsartiklar	10
3.3.3	Etikk i oppgåveskriving	11
4.0	Resultat.....	12
4.1	Oppsummering av artiklane.....	12
4.2	Presentasjon av artiklane	12
5.0	Drøfting	19
5.1	Heimen som arena	19
5.2	Heimesjukepleie	20
5.3	Pasientrolla	22
5.4	Brukarmedverknad	24
5.5	Samhandlingsreforma.....	25
6.0	Avslutning	27
7.0	Referansar.....	28
8.0	Vedlegg	I
	Resultattabell.....	I

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for tema og fokusområde

Temaet eg har valt å skrive om er brukarmedverking i overføringa frå spesialisthelsetenesta til heimesjukepleie. Bakrunnen for dette er at eg har sett at overføringar til heimen kan vere overveldande og ein stor påkjenning for pasienten. Eg tenkjer då spesielt på at etter samhandlingsreforma vart innført, vert pasientane sendt heim både tidlegare og sjukare enn før reforma.

Eg har eit ynskje om å jobbe i heimesjukepleie når eg er ferdig utdanna, og vil at bacheloroppgåva mi skal vinklast i den retning. Eg vil at oppgåva skal gjere meg, og lesarane, bevisst over kva det vil seie for pasienten, at hans/hennar overføring til heimen er så god som mogleg. Eg tenkjer då å konsentrere oppgåva inn på temaet overgang frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, med hovudvekt på brukarmedverking ved første møte med heimetenesta.

Konteksten er overføringa mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, med hovudvekt på kommunehelsetenesta, spesielt heimesjukepleie. Eg vil søkje etter forsking- og faglitteratur om denne overgang i frå sjukehus til kommune, og rette søkelyset mot samhandlingsreforma og brukarmedverking.

1.2 Hensikt og mål med oppgåva

Det eg vil oppnå med denne oppgåva er å sjå på korleis det er ute i kommunane, og kva som vert lagt vekt på ved det første møtet, og korleis jobbar kommunehelsetenesta med kompetanseheving i forhold til komplekse sjukdomsbilete, og kartlegginga av kva hjelp pasientane treng i heimen. Eg lurar og på kva forsking seier om samarbeidet mellom aktørane, tar dei omsyn til kvarandre? Og kva meiner pasientane oppi det heile?

Målet med denne oppgåva er å sjå på kva påverknad samhandlingsreforma har hatt for overføringa frå spesialisthelsetenesta til primærhelsetenesta. Er det auka forventningar no, til sjukepleiarar i kommunehelsetenesta, og har det ført til endringar, for eksempel når det gjeld vidareutdanning av sjukepleiarar? Eg vil med denne oppgåva sjå på kva som skal til for at

pasientar, som vert overført frå spesialisthelsetenesta til eigen heim, får ein god heimkomst med tanke på brukarmedverking og det første møtet med heimesjukepleiar.

1.3 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar legge til rette for god brukarmedverking ved overføring i frå spesialisthelsetenesta til heimen? -Det første møtet med heimesjukepleie.

Problemstillinga er avgrensa til pasientar som vert overført frå spesialisthelsetenesta til eigen heim, der dei får sitt første møte med heimetenesta og heimesjukepleiar.

2.0 Teori

2.1 Sjukepleieteori

Sjukepleieteori eg vil sjå nærare på, er Katie Erikssons omsorgsteori, om å sjå det heilhetelege mennesket, både kropp og sjel som eitt. I følgje Eriksson søker mennesket etter å realisere seg sjølv som eit unikt individ. Ho meiner det krevjar mot å vere menneske. Erikssons teori byggjer på at sunnheit, friskheit og velvære er viktige komponentar når ein definerer helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 241-246). Erikssons omsorgsteori er av ein filosofisk karakter med tre essensielle omgrep som er mennesket, helse og omsorg. Erikssons oppfatning av mennesket dannar heile grunnlaget for hennar teori (Kirkevold, 1998, s. 184). I seinare tid inkluderer ho også lidingsomgrepet. Liding er spesielt knytt opp mot helseomgrepet, og saman med kjærleik meiner ho det er dei djupaste kjenslene og det mest grunnleggande for helse- og livsprossesen (Kirkevold, 1998, s. 190). I definisjonen av mennesket legg ho vekt på menneskets søken mot det eksistensielle, og forholdet til den abstrakte andre (ein form for gud), og den konkrete andre (familie, pårørande, venner og profesjonelle omsorgsytarar), der tru, håp og kjærleik er fundamentale aspekt, som igjen er eit utgangspunkt for all omsorg. Tru og håp reknast som menneskets forventningar om noko i framtida, og det gjer drivkraft til å oppdage, lære og gje omsorg. Med tru tar Eriksson utgangspunkt i den kristne trua, men det er slett ikkje den einaste moglegheita meiner ho, det er trua og håpet på noko utanom seg sjølv som er det relevante (Kirkevold, 1998, s. 184-185). Omsorg ligg naturleg i mennesket, det er å pleie, leike og lære, det vil og seie å dele. Eriksson meiner vidare at omsorg skal ha eit helsefremjande mål, og å yte omsorg er å «gjere heil». Å utføre omsorgsarbeid er derimot ikkje nødvendigvis omsorg (Kirkevold, 1998, s.186-187).

2.2 Begrepsavklaring

Begrep eg kjem til å sjå nærare på er heimesjukepleie og brukarmedverking.

Definisjon på heimesjukepleie:

Heimesjukepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som vert utført av profesjonelle til ein pasient og dens pårørande i deira eigen heim, der fokus primært er retta mot å ivareta pasientens grunnleggande behov.

(Birkeland & Flovik, 2011, s. 39-40)

Definisjon på brukarmedverknad:

Brukarar har rett til å medverke, og tenestene har plikt til å involvere brukaren. Samtidig har brukarmedverknad ein eigenverdi, terapeutisk verdi og er eit verkemiddel for å forbetre og kvalitetssikre tenestene. Brukarmedverknad inneber at brukar betraktast som ein likeverdige partner i diskusjonar og slutningar som angår hans eller hennar problem.

(Helsedirektoratet, 2017)

2.3 Heimen som arena

Heimen har ein spesiell betydning for oss alle, her lever me liva våre på våre egne premissar. Her skal me kjenne oss trygge, her er der mange minner og gjenstandar som fortel noko om oss, kven me er og livet me har levd. Heimen er verna mot andre sitt innsyn og meiningar, me kan trekkje oss tilbake og senke skuldrene. Heimen er sterkt knytt opp mot identiteten vår og vår eigen sjølvbestemming. Ein heim skil seg i frå institusjonar i måten den er fysisk utforma på, den er ikkje alltid like praktisk innreda, og det kan utgjere ein betydeleg forandring for pasienten å mota helsehjelp i eigen heim med tanke på medisinsk utstyr og hjelpemiddel, som ofte må til for at både pasient og hjelpar skal ivareta eiga helse (Birkeland og Flovik, 2011, s. 43-44).

2.4 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie har fokus retta på hjelp til å dekke dei grunnleggande behova, og praktisk hjelp, ofte gitt over lengre tid, som er avgjerande for at pasientar skal få eit best mogleg liv, tross helsesvikt, i sine egne omgjevnader, i deira eigen heim.

Fokuset er ikkje på ei spesiell pasientgruppe, og ein kan møte eit vidt spekter av pasientar, unge som gamle. Birkeland og Flovik (2011, s. 39) poengterer at det spesielle med heimesjukepleie er det generelle. Og at pasienten og deira pårørande er sentrale aktørar, og sjukepleiar må utøve forståing i korleis pasienten ynskjer at sjukepleie skal verte gitt.

2.5 Pasientrolla

I denne oppgåva omtalar eg personar som mottek heimesjukepleie som pasient. I praksis kan ein sjå at ein brukar nemningane pasient, brukar og tenestemottakar om ein annan. Birkeland

og Flovik (2011, s. 20) presiserer at ein person som mottar helsehjelp i eigen heim, og som har fått eit vedtak om heimesjukepleie, er ein pasient, då dei i utgangspunktet er sjuke og mottar helsehjelp utført av helsepersonell.

Definisjonen på ein pasient er i følge pasient- og brukerrettighetsloven «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet» (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

I heimetenesta møter ein pasientar med ulike behov i ulike heimar, ingen heim er lik og ingen pasient er som andre. Variasjonen er enorm.

Kartlegging av pasientens behov føretas enten på sjukehus, sjukeheim eller ved første møtet i heimen. Det er uansett viktig å kartlegge pasientens behov i heimen, for å ta ulike vurderingar der etter. Første møte bør vere avtalt, og begge parter bør vere forberedt. Ofte vert det første besøket gjennomført av sjukepleiar i heimetenesta, for å undersøkje kva pasienten har behov for av tenester, og kva ein klarar å gjere sjølv.

Hovudpunkt i kartlegging er å undersøkje grunnleggande behov og sosialt nettverk, heimen sett i forhold til pasientens funksjonsevne, pasientens og pårørande si vurdering av situasjonen, og gi informasjon som førebygg misforståingar og konfliktrar i ettertid (Birkeland & Flovik, 2011, s. 44-45).

Det som pasienten kan vente seg av tenester utført av heimesjukepleiar, bør avklarast ved første møte. For å unngå misforståingar og missnøye. Her kjem informasjon om rutinar og rettigheter inn. Overgang frå spesialisthelseteneste med døgnbemanning, særleg om det ligg alvorleg sjukdom til grunn, kan vere ein stor overgang for pasienten, det kan bety større hjelpebehov i den første tida. Her må dei psykiske faktorane takast i betraktning (Birkeland og Flovik, 2011, s. 47).

2.6 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er ikkje noko tenesteytarar kan velje å forhalda seg til, det er ei lovpålagt rett alle pasientar, og deira pårørande har. Lova sikrar at pasientars rettigheter vert ivaretatt, og sikrar at pasientar skal ha kunnskap om tenester, der dei kan medverke og ikkje minst påverke val av behandling. Deretter skal medverkingas form tilpassast den enkelte pasients grunnlag og evne til å ta i mot, eller gi informasjon. Ansvar for å tilrettelagt informasjon, slik at pasientar kan bidra og medverke i behandlinga, skal helsevesenet vere ansvarleg for.

Brukarmedverknad har relevans for sjukepleiarar i alle delar av helsevesenet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 318-319).

2.7 Samhandlingsreforma og konsekvensar det vil ha for sjukepleiarar

Samhandlingsreforma vart innført 1. jan. 2012. Hovudbodskapen til denne reforma var å få ulike ledd i helsetenesta til å jobbe betre saman, og sikre pasientar og brukarar eit betre og meir heilhetleg tilbod der dei bur (Regjeringa, 2014). Visjonen er å forebygge framfor å reparere. Samhandlingsreforma, rett behandling -på rett sted – til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), er ramma regjeringa har sett rundt korleis utfordringane i helsevesenet, med tanke på eit auka tal eldre i nærare framtid, og ei betre samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, skal løysast. To nye lovar tredde i kraft 1. jan. 2012 på bakgrunn av dette. Dei nye lovane, *Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m.* og *Lov om folkehelsearbeid*, erstattar kommunehelsetenestelova, sosialtenestelova og lova om fylkeskommunars ansvar i folkehelsearbeid (Henriksen, 2012, s. 57-58). I følgje St.meld. nr. 47 (2008-2009), står helsetenesta ovanfor utfordringar både samfunnsøkonomisk og knytt til pasientperspektivet, målet med reforma er å ruste helsevesenet for framtida og utfordringane som fylgjer med (Henriksen, 2012, s. 60).

Tre viktige utfordringar i framtida er pasientars behov for samansette tenester som krevjar samhandling mellom spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste, førebygging av sjukdom framfor reparering, og endringar i befolkningsstruktur med tanke på ei auke av talet på eldre med eit komplekst sjukdomsbilete i framtida.

Endringane utfordrar sjukepleiarar til å verte meir bevisste på samhandling og helsefremming, då dei er nøkkelpersonar i behandling og pleie av pasientar både i spesialisthelsetenesta og i kommunehelsetenesta. Sjukepleiar må ha som hovudfokus å fremje meistring og tidleg behandling for å sikre eit godt pasientforløp (Henriksen, 2012, s. 62).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie som metode er å bruke litteratur om temaet, som allereie er skreve, som oppsummerar kunnskap om emnet ein har valt å skrive om. Dette gjer ein ved manuell søking, som for eksempel repetere pensum og anna litteratur om emnet, og/eller gjennom søk i databasar, for å søkje etter publiserte artiklar o.l.

Gjennom å først forberede søket med å ha problemstilling formulert, og finne fram til søkeord som er relevante, for så og gjennomføre søket i databasane, dannar ein grunnlag for litteratursøket (Thidemann, 2015, s. 83-84).

3.2 Søkestrategi

Databasar eg søker i, er til dømes: CINAHL, PubMed og Sykepleien.no. Her kan ein søke etter vitenskaplege artiklar, forskning- og fagartiklar og tidsskrifter. Det er viktig at ein dokumenterer søka i eit skjema for å få oversikt over søkeord og resultat.

Eg vil utarbeide søkeord som er aktuelle for mitt arbeid med oppgåva, innan heimesjukepleie, som er arenaen, og for sjukepleiars rolle, som er utførar av tenesta, og for pasienten sitt perspektiv med tanke på brukarmedverknad, sidan er det eg ynskjer å hjelpe pasienten med.

Artikkel 1: Søk i Sykepleien.no 06.03.18			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S 1	Kommunehelsetjeneste		227
S 2	Kommunehelsetjeneste	Forsking	21

Ved søk nr. 2. vart den første artikkelen valt: *Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?* Kyrkjebø, D., Søvde, B. E. & Råholm, M-B. (2017)

Artikkel 2: Søk i Sykepleien.no 14.03.18			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S 1	Brukermedvirkning		167
S 2	Brukermedvirkning + pasient		127
S 3	Brukermedvirkning + pasient + informasjon	Fag, forskning	61

Ved søk nr 3. vart den første artikkelen valt: «*Brukermedvirkning krever informasjon*», Seljelid (2016)

Artikkel 3: Søk i PubMed 12.03.18			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
#1	home care		728303
#2	successful post-discharge		137
#3	(home care) AND successful post-discharge		32
#4	((home care) AND successful post-discharge)) AND norway		1

Ved søk nr. 4. var det berre 1 artikkel som passa søket: «*Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over*», Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D. & Foss, C. (2012)

Artikkel 4: Søk i CINAHL 13.03.18			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S 1	Community health care		59,383
S 2	Community health care AND Nursing care		19,744
S 3	Community health care AND Nursing care AND Clinical competence		498
S 4	Community health care AND Nursing care AND Clinical competence AND norway		11

Ved søk nr. 4 vart artikkel nr. 3 valt: «*The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence*». Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2015)

Artikkel 5: Søk i CINAHL 06.03.18			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S 1	Home health care		48,332
S 2	home health care AND participation		1,479
S 3	home health care AND participation AND norway		29

Ved søk nr. 3. vart artikkel nr. 2. valt: «*The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care*», Vik, K. & Eide, A. H. (2011).

Artikkel 6: Søk i Sykepleien.no 06.03.18			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S 1	Hjemmesykepleie		335
S 2	Hjemmesykepleie samhandling		59
S 3	Hjemmesykepleie samhandling	Forsking	15

Ved søk nr. 3. vart artikkel nr. 2. valt: «*Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten*», Tønnesen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W-A. (2016)

3.3 Metodekritikk

Ved å bruke litteraturstudie som metode brukar ein allereie publisert litteratur om emnet. Ein svakheit er at det kan vera vanskeleg å halde seg objektiv, då ein kan knyte funna til egne erfaringar i frå praksis, som igjen kan påverke utval og tolking av resultatet. Objektivitet er i følge Dalland (2012) å vere sakleg eller upartisk. Ein startar ikkje med «blanke ark» når ein skriv ei oppgåve, men ved å bevisstgjere dette, skil ein seg lettare i frå forståinga ein i utgangspunktet hadde (Dalland, 2012, s. 121).

3.3.1 Vurdering av eiga oppgåve

Kjeldene eg har brukt i oppgåva er litteratur frå pensum, anna relevant litteratur, og fag- og forskingsartiklar som belys temaet heimesjukepleie, brukarmedverking og samhandling. Artiklane eg har valt har noko forskjellig fokus, men har alle same nemnaren som er brukarmedverking. Dette har eg gjort bevisst for å kunne sjå saka frå fleire vinklar. Hadde andre artiklar verte valde, kunne oppgåva fått eit anna utfall. Artiklane vart valde av den grunn at dei vekte nysgjerrigheita i meg, og eg fann dei interessante. Eg meiner sjølv dei gav oppgåva den vinklinga eg søkte.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar

I følge Dalland (2012) nyttast kjeldekritikk for å fastslå om ei kjelde er sann eller ikkje.

Sjekklistar for vurdering av forskingsartiklar henta eg frå fhi.no (Folkehelseinstituttet, 2014), eg har og sett om dei er oppbygde etter IMRaD-strukturen (introduksjon, metode, resultat og diskusjon). 6 fag- og forskingsartiklar er nytta i oppgåva. 3 av artiklane er kvalitative studiar som fokuserer på dybde i feltet, 1 er kvantitativ og søkjer bredde framfor dybde, 1 er ein litteraturstudie som fokuserer på eit breiare overordna tema, og 1 er ein fagartikkel der allereie publisert kunnskap vert presentert.

Studien av Kyrkjebø, Søvde & Råholm (2017) gjer innsikt i korleis sjukepleiarar i kommunehelsetenesta arbeidar med kompetanseheving, og kva som fremjar og hindrar utviklinga av eiga kompetanse. Studien er kvalitativ, og bygd på fokusgruppeintervju. Ein svakheit er at utvalet er lite, berre 14 sjukepleiarar i frå kommunehelsetenesta deltok. Ein styrke er at to kommunar med svært ulik størrelse er inkluderte.

Artikkelen til Seljelid (2016), er ein fagartikkel som ikkje presenterer ny kunnskap, men gjer kunnskap kjent. Den belys temaet og viktigheita av utforminga av informasjon.

Studien av Bragstad, Kirkevold, Hofoss, & Foss, (2012) er ein kvantitativ studie med spørjeundersøking om viktigheita ved å ha nokon til stades ved heimkomst frå sjukehus. Ein svakheit ved studien er at 330 pasientar vert spurde, men berre 142 vart utskrivne til heimen, og teken med i forskinga. Studien er realistisk og gjer eit bilde på overføringa. Den er svært aktuell for å belyse problemstillinga.

Studien av Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, (2015) er ein litteraturstudie som baserer seg på allereie publiserte forskingsartiklar og dokumenter frå styresmaktene. Studiens hensikt er å sjå

på korleis forventningar til sjukepleiekompetansen er i forhold til reell kompetanse, på bakgrunn av samhandlingsreforma. Studien er realistisk og belyser problemstillinga.

Studien av Vik & Eide, (2011) er ein kvalitativ studie med fokusgruppeintervju med i alt 30 profesjons- og fagutdanna deltakarar. Studien ser på kva forhold som spelar inn når det gjeld brukarmedverking hjå eldre som mottek heimesjukepleie, og er svært relevant for problemstillinga

Studien av Tønnesen, Kassah & Tingvoll, (2016) er ein kvalitativ studie med dybdeintervju. Ein svakheit er at kunn sju sjukepleiarar er intervjuet. Den søker innsikt i korleis heimesjukepleiarar opplever kommunikasjon med spesialisthelsetenesta ved overføring til heimen, i etterkant av samhandlingsreforma. Den er svært overførbar til oppgåva, då dette er ein del av tematikken i oppgåva.

3.3.3 Etikk i oppgåveskriving

Ein føresetnad for innhenting av personopplysningar og informasjon er at den behandlast med varsemd. Etske omsyn handlar om å tenkje igjennom kva etske utfordringar ein kan treffe på, og korleis ein handterer desse vidare. Det handlar og om å sikre truverdigheita til resultata, personvern og ikkje påføre skader eller ulemper for dei involverte (Dalland 2012). Etikk og akademisk redeligheit handlar om å referere til kjelder ein bruker, som igjen har bidratt til å gjere oppgåva til ei kunnskapsutvikling innanfor faget. Respekt for andre sine verk, presis kjeldereferering og korrekt overføring av informasjon, bidreg til at lesar kan, på ein ryddig og enkel måte, finne fram til kjeldene i etterkant (Dalland, 2012).

3 av studiane viser til etisk godkjenning: Bragstad mfl. (2012), Tønnesen mfl. (2016) og Kyrkjebø mfl. (2017). Studien til Vik & Eide (2011), viser ikkje spesifikt til godkjenning, men er truverdig og viser til finansiell støtte frå Norsk forskningsråd. Litteraturstudien til Bing-Jonsson mfl. (2015) er truverdig og presiserer at det ikkje er motteke støtte til forskinga. Forskingsartikkelen til Seljelid (2016) baserer seg på truverdige kjelder.

4.0 Resultat

4.1 Oppsummering av artiklane

Hovudfunna ut frå dei 6 forskings- og fagartiklane viser at perspektiva i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta er ulike, pasientens behov der og då vert sett i fokus, og pasientforløpet på tvers av tenestene kjem i skuggen.

Informasjonsflyten mellom føretaka vert sett på som eit problem i henhold til informasjon til pasient om utskriving og tida etterpå. Kommunehelsetenesta som skal ta i mot pasienten, er avhengig av rett informasjon, til rett tid, for at pasienten skal få ein god heimkomst, noko som og vert sett på som ei føresetning for eit godt utfall.

Kompetansen i kommunehelsetenesta vert belyst, og det vert problematisert korleis ein skal kunne ta i mot pasientar, og involvere dei i prosessen. Funn i frå forskning syner at sjukepleiar stort sett har fokus på at dei er den «raude tråden» i pasientforløpet. Hindringar som tid, kompetanse, informasjon, forventningar og ulik oppfatning av hjelpebehov verkar inn når det er snakk om brukarmedverking.

4.2 Presentasjon av artiklane

1. Forskingsartikkel: Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?

I den norske forskingsartikkelen av Kyrkjebø, Søvde & Råholm (2017) vert det sett søkelys på auka av komplekse og pasientretta oppgåver for sjukepleiarar i kommunehelsetenesta. Dette på bakgrunn av samhandlingsreforma som igjen fører til at pasientane vert raskare overført frå sjukehus til kommunehelsetenesta. Dette er ei kvalitativ studie med fokusintervju av 14 sjukepleiarar i kommunehelsetenesta, frå to kommunar i frå Sogn og Fjordane. Føremålet ved studien var, på bakgrunn av samhandlingsreforma, å sjå på korleis sjukepleiarar i kommunehelsetenesta arbeidar med kompetanseutvikling, og kva som hindrar og fremmar dei i utviklinga av eigen kompetanse.

Sjukepleiarane i studien ser på rolla si som den raude tråden i pasientens tenestetilbod. I følgje studien er kompetanseomgrepet komplekst, men sett på som noko som krevst for å utøve plikter og oppgåver knytt til yrkesutøving. Kompetanse vert sett på som ei «ferskvare», som ikkje er permanent, men knytt til den konteksten den skal nyttast i (Kyrkjebø, Søvde &

Råholm, 2017). Deltakarane fortel at dei dagleg nyttar seg av at dei mest erfarne og kunnskapsrike sjukepleiarane i aktuelle læresituasjonar. Faglitteratur må lesast på fritida, då det ikkje vart tid til dette på arbeidsplassen. Dei etterspør kartleggingsverktøy, for å oppdage tidleg endring i tilstand hos pasienten, slik at rapportering til vakthavande lege vert meir presis. Det vert og etterlyst tid til refleksjon saman med kollegaer. På tross av utfordringane og den travle arbeidsdagen til sjukepleiarane i studien, finn dei arbeidsdagen spanande og utfordrande (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017).

2. Fagartikkel: Brukermedvirkning krever informasjon.

I fagartikkelen til Seljelid (2016), vert informasjonsbehovet til pasientar sett i fokus, rettare sagt at skal pasientar kunne delta i slutningar om eiga helse, prognosar og behandling, må dei få informasjon. Hensikta med artikkelen er å undersøkje kva effekt brukarmedverking har når det gjeld utforminga av skriftleg informasjon, og kva litteraturen seier om dette.

I artikkelen vert det poengtert at 40-80 % av all munnleg informasjon som vert gitt, går i gløymeboka rett etter den vert gitt. Og ved store mengder informasjonsoverføring vert enda mindre huska, spesielt av eldre pasientar. Forfattar presiserer at i spesialisthelsetenesta vert det gitt ein god del skriftleg informasjon ut til pasientane, men ho set på spissen kva pasientar eigentleg får ut av denne informasjonen, då den ikkje tek pasientens tankar, erfaringar og informasjonsbehov i betraktning. Dette kan medføre at ein sit igjen med engstelege og unødige bekymra pasientar.

Retten til brukarmedverking er nedfelt i lovverket, og det er ikkje spesifisert at informasjon som vert gitt kunn skal vere skriftleg, den må og fåast munnleg. Det vert lagt vekt på at ved skriftleg informasjon kan pasient og deira pårørande gå gjennom detaljar i fred og ro, og redusere tida hos helsepersonell. Det vert ikkje tatt i betraktning brukarvenlegheit, og om pasient evnar å ta inn over seg typen informasjon som vert gitt.

Helsepersonell som utformar skriftleg informasjon, må tileigne seg kunnskap om brukargruppa som skal ha den. Forutsetningar som språk, kulturforskjellar og sosiale forskjellar må takast i betraktning. Hovudmomentet er at pasient skal behandlast som ein likeverdige deltakar (Seljelid, 2016).

3. Forskingsartikkel: Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over.

I studien til Brakstad mf. (2012) ser forfattarane på viktigheita av å ha nokon til stades i heimen ved overføring frå sjukehus. Det kjem fram at 91.2 % av pasientane i studien ikkje opplevde noko form for formell informasjon om utskriving eller opplevde å ha ein tydeleg informativ utskrivingssamtale, og 20 % av desse var nokså overraska over at dei skulle verte sende heim så tidleg.

I artikkelen kjem det fram at det er fire faktorar som spelar inn for å få til ein vellykka heimkomst: sjølve prosessen, der pasient og pårørande mottar adekvat informasjon om livet etter heimkomst, og kva ein kan forvente seg. Eigenskapar hjå pasienten sjølve, som funksjonsstatus, kognitiv status, multimorbiditet osv. Hjelp frå heimesjukepleie, eksempelvis til personleg hygiene, ernæring, medikamenthandtering, personleg støtte osv. Og hjelp frå familie og pårørande, for støtte og hjelp i kvardagen. Desse faktorane spelar inn på kvarandre og dannar eit grunnlag for utfallet pasienten har til å takle kvardagen etter heimkomst

Studien er føretatt i Noreg og baserer seg på utskrivne pasientar i frå 14 sjukehus, i alt 330 pasientar deltok, der kriteriet var at dei var over 80 år, dei hadde vert innlagt ved sjukehus 2 dagar eller meir, og var kognitivt oppegåande vedrørende utskriving. 43 % var heimebuande og 57 % kom frå sjukeheim. Artikkelen konsentrerer seg om dei 43 % som budde heime (142 pasientar). I alt opplevde 57.7 % å verte møtt heime av familie ved heimkomst og 12.2 % av pasientane ein representant frå heimesjukepleien frå kommunen. 15.4 % kom heim til eit tomt hus. Nokon pasientar fortalde at dei kjende seg einsame og forlatt, og nokon kjende at det var vanskeleg å klare seg på eigenhand (Bragstad, Kirkevold, Hofoss & Foss, 2012).

4. Forskingsartikkel/litteraturstudie: The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence.

Gapet mellom forventningar og reell kompetanse hos sjukepleiarar i kommunehelsetenesta vert sett i søkelyset i litteraturstudien til Bing-Jonsson mfl. (2015). Studien baserer seg på 10 forskingsartiklar, hovudsakleg i frå Noreg, Sverige og Finland, og 12 norske politiske dokument. Studien søkjer etter samsvar mellom forventningane til sjukepleiekompetanse og den faktiske kompetansen som sjukepleiarar i kommunehelsetenesta set inne med. Dette på bakgrunn av samhandlingsreforma, der ein ser at pasientar som vert utskrivne i frå sjukehus

både er sjukare og skrøpelegare, har færre liggedøgn på sjukehus, og har større behov for pleie, enn før reforma vart innført (Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2015).

I dokumenta frå styresmaktene var kravet om kompetanse identifisert som:

- Generell kompetanse: God fagleg praksis, pasientsikkerheit, sjølvstendigheit og empowerment av pasientar.
- Kjernekompetanse: Folkehelse, helsefremming, sjukdomsførebygging, behandling, omsorg, akutt pleie og rehabilitering.
- Kompetanse knytt opp mot samhandling og samarbeid: tverrprofesjonelt samarbeid, pasientforløp og fleirkulturell forståing.
- Spesiell kompetanse: medikamentell behandling, observasjon av virkning og bivirkningar, vitskapeleg bevisst, anvende forskings- og evidensbasert kunnskap, velferdsteknologi og kunnskap om utfordringar innan helsetilstand og sykdomsutbredelse i befolkninga.

Reell kompetanse hos sjukepleiarar i kommunehelsetenesta, som følgje av funna i litteraturstudien:

- Kjernekompetanse: Bistand med ADL (aktivitetar i dagleglivet), medisinsk og sjukepleieteoretisk kunnskap
- Kompetanse knytt opp mot samhandling og samarbeid: Samarbeid med pasient og pårørande
- Spesiell kompetanse: Kunnskap om andre profesjonar og tenesteytarar pasienten kan ha nytte av.

I tillegg skal sjukepleiar ha kompetanse innan:

- Generelle forutsetningar: Brei arbeidserfaring, mental styrke og sjølvtilit til å ta egne slutningar, vurderingar og ha tekniske ferdigheitar.
- Kompetanse knytt mot samhandling og samarbeid: Pedagogiske tilnærmingar og administrasjon og leiing.
- Spesiell kompetanse: Bruk av evidensbasert praksis og medisinsk leiing.

Litteraturen dei undersøkte viste at sjukepleiarar i kommunehelsetenesta mangla klare arbeidsbeskrivingar, moglegheit for fagleg utvikling, og balanse mellom arbeidskrav og kontroll over arbeidssituasjonen. Den utbreidde bruken av assistentar med manglande fagleg

kompetanse, grunna den veksande arbeidsmengda og trykket ein ser ute i kommunane vert og problematisert i studien (Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2015).

5. Forskingsartikkel: The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care.

I forskingsartikkelen av Vik og Eide (2011), ser forfattarane på kva forhold som spelar inn når det gjeld deltaking og brukarmedverking hos pasientar som mottok heimesjukepleie, då spesielt eldre pasientar. Studien baserer seg på fokusgruppeintervju, og deltakarane er frå to kommunar i Noreg. Den eine er ein by med 170.000 innbyggjarar og den andre er ein mindre kommune med 15.000 innbyggjarar. 30 deltakarar med profesjon- og fag utdanning deltok i totalt 6 fokusgrupper.

Fire kategoriar med fellesnemnaren «Å vere på randen» vart undersøkte:

- Imøtekomme behov som ikkje kan gjerast noko med:

Behova til pasientane vart standardiserte pakkeløysingar, som omhandlar at personleg hjelp vart utført for å tilfredsstille pasient og pårørande sine behov, som igjen kunne kjennast som om pasienten inntok ei passiv rolle i sitt eige liv. Pasient, pårørande og heimesjukepleiar hadde til dels forskjellige oppfatningar av det å mota profesjonell hjelp, pårørande kunne krevje at hjelp vart tilbode sjølv om pasienten ikkje trong det, for eksempel middag levert på døra når pasienten fint kunne lage mat sjølv. Dilemmaet med tidsforbruk kunne og gjera at oppgåver som pasient kunne klare sjølv vart gjort for dei, av tenesteleverandør, for å spare tid, slik at dei kunne halde tidsskjemaet. Dette var nokon av dilemma som gjorde at dei tilsette kjende seg fanga «mellom barken og veden». Her vart det rapportert forskjellar, der heimesjukepleiarane i den minste kommunen rapporterte at dei hadde tilstrekkeleg med tid hos pasienten.

- Forventningar om deltaking:

Å ha engasjement i livet, kunne utføre oppgåver og ta slutningar, vert her definert som deltaking. Det kunne vere alt i frå å bestemme kva antrekk ein skulle gå i, korleis dei ville sjå ut på håret og korleis dei ville ha hjelpa utført. Deltaking i eige liv og vedrørande slutningar som gjaldt eiga helse vart sett på som positivt. Å ikkje ta del i dette vart sett på som å legge livet i andre sine hender og lede til passivitet. Nokon opplevde at pasientane la for mange

avgjersler på tenesteleverandørane, som resulterte i ein passiv pasient som vart enda meir hjelpetrengande. At pasientane hadde eit sosialt liv utanom med familie, kulturelle aktivitetar og hobbyar, vart lite fokusert på av deltakarane i fokusgruppene.

- Barrierar som hindrar deltaking:

Administrative oppgåver som krev tid er noko deltakarane meiner hindrar dei i å vere ute hos pasientane, som aukande etterspurnad av dokumentasjon, rapportar og registreringar. Men møter som gjaldt pasientar, oppfølging og planlegging vart sett på som godt brukt tid vekk frå pasienten, og sett på som inspirasjon for å yte betre pleie til pasientane. Mangel på tid og kontinuitet var og eit viktig tema for deltakarane, dei kjende at dei ikkje alltid fekk tid til å gjere dei observasjonane dei trong, og mangel på kontinuitet gjekk på kostnad av pasientane ved at dei ikkje vart følgde opp av dei rette instansane eller følgde behandlingsopplegg som vart tileigna dei. I verste fall kunne det føre til alvorlege funksjonsfall eller tilbakefall, eventuelt reinnlegging i sjukehus.

- Profesjonell standard:

Å verte kjende med personen bak pasientrolla, meiner deltakarane gav dei moglegheit til å gje individuell pleie, som igjen fostra deltaking og engasjement. Det gav og ein unik moglegheit for å oppdage forandringar hos pasienten, og følgje opp tiltak. Nokon deltakarar fortalde at det var nettopp dette som gjorde at dei valde kommunehelseteneste framfor spesialisthelsetenesta, at dei vert kjende med pasientane og deira historie på eit breiare plan. Det handlar og om å gi hjelp på pasientens eigne premissar, støtte oppunder identiteten og sjølvråderetten, og oppretthalde rutinar og standarden pasienten ynskjer. Fleire av deltakarane fortalde at om dei ytte det «lille ekstra», som å ordne i blommar på balkongen eller stryke ei skjorte, som låg utanfor arbeidsbeskrivinga, var dette med på å styrkje forholdet dei i mellom og gav ekstra energi og motivasjon til vidare arbeid (Vik og Eide, 2011).

6. Forskingsartikkel: Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten.

I forskingsartikkelen til Tønnesen mfl. (2016), er hensikta å få innsikt i korleis sjukepleiarar i heimesjukepleia opplever samhandling med spesialisthelsetenesta, når pasientar vert skreve ut i frå sjukehus. Dette er ei kvalitativ studie der dybdeintervju av sjukepleiarar frå heimesjukepleia vart utført sommaren 2014, altså to år etter samhandlingsreforma vart innført. Funna tilseier at sjukepleiarar i heimesjukepleia opplever å ha begrensa makt og innflytelse,

men samhandling om pasientar med kreft fungerte godt. Dei opplevde ei skeiv maktfordeling mellom aktørane og manglande felles forståing om kva det skal samhandlast om. Ulike perspektiv på pasientens situasjon og behov skisserast som ein av grunnane.

- Ulike perspektiv

Det kan sjåast som at spesialisthelsetenesta ser på pasienten med eit medisinsk perspektiv, og heimesjukepleiaren med eit perspektiv der pasientens funksjonsnivå og heimesituasjon er i fokus. Samhandling vert vanskelegare då aktørane vektlegg dei forskjellige behova pasienten har. Det påverkast og av tidspress, der det er «alles kamp mot alle», der informantane påpeikar at ansvar skyves over på andre om moglegheita byr seg.

- Begrensa makt og innflytelse

Sjukepleiarane i studien opplever å ha begrensa makt og innflytelse i prosessen med overgang frå sjukehus til heimen. Pasientar vert sendt heim utan at hjelpetilbodet er tilpassa eller kartlagt, og behovet for behandling, omsorg og pleie er framleis tilstades. Dette medfører økt faglege krav til sjukepleiar, og økt arbeidsmengde. Informantane fortel om at samhandlingsavtalen dei har med sjukehuset, der pasientar ikkje skal sendast heim mellom kl.14.00 på fredagar og 08.00 på måndagar, ofte vert brotne. Behovet for planlegging og ivaretaking av den heimsende pasient vert då problematisert, med bemanning, utstyr og medisinar som nokon av hindringane. Pasientar vert av og til, av sjukehuspersonell, lovde tenester i frå heimesjukepleia som ikkje er reelle eller kan verte innfridd. Desse lovnadane skapar igjen forventningar hjå pasient. Slike situasjonar løyser ofte heimesjukepleiar gjennom samtale med pasient, der forventningar dempast og pasienten «tryggast».

- Begrensa samhandling og informasjonsflyt

Sjukepleiarane beskriv at samhandling mellom aktørar er begrensa etter samhandlingsreforma vart innført. Pasientar vert sendt heim både utan epikrisar eller med uferdige epikrisar som ikkje kan brukast. Sjukepleiarane påpeikar at dei begrensa pasientopplysningane som føreligg, gjer at dei vert usikre, og må ty til telefonsamtalar for å dobbeltsjekke, som igjen gjer dei ekstraarbeid og fører til unødig stress.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte teori og forskning opp mot kvarandre, eg vil og komme med egne synspunkt og refleksjonar rundt temaet, og belyse emnet med Katie Erikssons sjukepleieteori.

5.1 Heimen som arena

Å motta hjelp i eigen heim, kan by på utfordringar for mange. Innanfor heimens fire vegger lever me livet vårt, på våre egne premissar, den er ein del av oss og identiteten vår. Ved ulike helseutfordringar, om ein kjem direkte frå sjukehus, eller er blitt hjelpetrengande over tid, og har fått tilslag på søknad om hjelp i heimen, så skapar det omveltingar og forandring i det daglege livet (Birkeland og Flovik, 2011, s. 43-44).

Forskning seier at 57.7 % av pasientar som vert skrivne ut i frå sjukehus, vert møtt av familie og pårørande ved heimkomst. Dette kan med andre ord gjere at pasientar opplever situasjonen tryggare ved å ha kjende til stades. 12.2 % prosent av pasientane møtte ein representant frå heimesjukepleien frå kommunen ved heimkomst, noko som skapte trygghet, sjølv om dei var ukjende. Heile 15.4 % kom heim til ein tom heim, mange kjende seg for det første einsame og forlatt, og for det andre usikre om korleis dei skulle klare seg sjølve (Bragstad, Kirkevold, Hofoss & Foss, 2012). Tala syner at mange er i den situasjonen at dei må takle overgangen til heimen heilt aleine. Eriksson meiner at alle menneske søker etter å vere ein del av ei større heilheit, og søken mot den konkrete andre ligg i oss, mennesket konstituerer seg og sin eksistens i relasjonar til andre (Kirkevold, 1998, s. 184).

Forskning viser at å ha nokon til stades ved heimkomst er ein av faktorane som legg til grunn for eit vellykka utfall etter utskrivning frå sjukehus. I lys av samhandlingsreforma vert konsekvensen at pasientar vert sendt heim tidlegare i frå sjukehus. Det vil med andre ord seie at pasientar kjem heim sjukare og med større behandlingsbehov enn før reforma. Mange kjenner seg lite informerte om tida etter heimkomst, og opp i mot 91.2 % av dei heimsende opplevde mangelfull eller fråverande informasjon om utskrivning, heile 20 % vart overraska over at dei vart sende heim så tidleg (Bragstad, Kirkevold, Hofoss & Foss, 2012), med andre ord var usikkerheita stor, og pasientar kan kjenne seg makteslause og ikkje godt nok forberedte på tida etter. For det første kan pasienten vere overraska over å verte sendt heim så tidleg, og for det andre komme heim til eit tomt hus, heilt aleine.

Å ha nokon til stades, når ein er usikker og uforberedt, er ein faktor som spelar ei stor rolle for utfallet hjå pasienten. Sett i eit brukarmedverkningsperspektiv vil dette spele inn, då usikkerheit for framtida og kva dei treng hjelp til er påtrengande i denne fasen.

Hovudmomentet er då at mange pasientar kjenner seg uttrygge i det dei skal returnerast til heimen, ein kan mangle informasjon om tida etter, informasjonen ein får kan vere urealistisk og ein kan vere usikker på om ein får den oppfølginga ein treng. Faktorar som å ha nokon å komme heim til spelar inn. Funna i frå forskning tilseier, at for dei som har eit hjelpebehov etter endt sjukehusopphald, har stor nytte av å vert møtt av heimesjukepleiar for å planlegge tida vidare, og for å avklare behov og forventningar. Dette skapar brukarmedverking. Kontakten med den konkrete andre, som pårørande, venner og profesjonelle omsorgshjelparar, er i følgje Eriksson essensielle behov som er grunnleggande i oss alle (Kirkevold, 1998).

5.2 Heimesjukepleie

Med det aukande trykket ein ser ut i kommunane, er forventningane til heimesjukepleia mange. Å mota heimesjukepleie etter endt behandling ved sjukehus, eller om helsa er dårleg og ein treng hjelp i dagleglivet, er i Noreg ein lovpålagt rett ein har, og eit alternativ til institusjonsomsorg (Birkeland og Flovik, 2011). På bakgrunn av samhandlingsreforma sette Kyrkjebø mfl. (2017) søkjelyset på kompetanseutvikling, nettopp på grunn av dei komplekse og pasientretta oppgåvene sjukepleiarar i kommunehelsetenesta står ovanfor.

Kompetanseomgrepet er komplekst, men eit absolutt krav for utøving av plikter og arbeidsoppgåver innan yrket. Sjukepleiarane i studien la vekt på at kompetanse var ei «ferskvare» og ikkje permanent, knytt opp mot konteksten den skulle nyttast i. Dei nytta seg av dei mest erfarne sjukepleiarane, med mest kompetanse innan det konkrete feltet, for å skaffe seg kompetanse sjølve, med andre ord gjekk dei inn i læresituasjonar for å skaffe seg dei kunnskapane dei trong. Tidsaspektet spela ofte ei stor rolle, dei kjende dei måtte lese faglitteratur på fritida, då det vart lite tid til dette gjennom arbeidsdagen (Kyrkjebø, Søvde & Råholm 2017).

I studien til Bing-Jonsson, Foss & Bjørk (2015) kjem det fram at sjukepleiarar i kommunehelsetenesta mangla moglegheit for fagleg oppdatering, klare arbeidsbeskrivingar og balanse mellom arbeidskrav og kontroll over arbeidssituasjonen. Gapet mellom forventningar og reell kompetanse vert problematisert, det vart og antyda at grunna den

aukande arbeidsmengda, vert det tatt i bruk assistentar med lite fagleg tyngde og lite arbeidserfaring som kompensasjon. Det vil med andre ord seie at den som møter pasienten i heimen kan ha for lite kunnskap om kva pasienten treng, og kva oppfølging ein har rett på eller behov for. Brukarmedverkinga til pasienten vert då sett på prøve og utfallet kan verte for det første tilfeldig, og for det andre ufullstendig, i det pasienten kan verte møtt av personale med manglande fagleg tyngde, eller kompetente, men travle sjukepleiarar. Brukarmedverking og retten til å medverke har ein terapeutisk verdi, det å verte sett og høyrte og vere ein likeverdig partner vert problematisert ved denne usikkerheita, og utfallet av situasjonen vert ikkje optimal.

I artikkelen til Vik & Eide (2011), vert dilemma som kan oppstå på grunn av denne aukande arbeidsmengda skissert som om ein skulle hamne mellom «barken og veden». Eg tenkjer at på den eine sida trengst det folk til å gjere jobben, men på den andre sida kan ein ikkje ta til takke med kven som helst, når fagleg innsikt er nødvendig, spesielt i denne overføringa der pasienten er ny i systemet og treng trygghet og svar, både frå eit psykisk- og medisinsk perspektiv.

Forsking fastslår at sjølv prosessen er ein viktig faktor for ein god heimkomst, som adekvat informasjon om kva ein kan forvente seg, og livet etterpå (Bragstad, Kirkevold, Hofoss & Foss, 2012). Eg har sjølv vore vitne til pasientar med mange spørsmål om alt frå prognosar, korleis ta rett medisin til rett tid, kva treningsøvingar dei skal gjere med tanke på rehabilitering osv. Eg har og vore vitne til pasientar som ikkje lurar på noko i det heile tatt, om det er at situasjonen er for overveldande, eller at spørsmåla kjem etter me er gått i frå dei, er ikkje lett å vete.

I artikkelen til Seljelid (2016) fokuserast det på at om pasientar skal ta slutningar om eiga helse og behandling, så krevjast det informasjon. Ei anna side av saka er at 40-80 % av informasjonen går i gløymeboka rett etter at den vert gjeven. Spesielt eldre menneske huskar mindre av informasjonen ved store mengder informasjonsoverføring. Her tenker eg at den dagen ein pasient kjem heim i frå sjukehuset, har han/ho snakka med både lege og sjukepleiar, og kjem heim å skal snakke med både pårørande og heimesjukepleiar. Klart det vert overveldande! Ein slik prosess krevjar både tid, krefter og ressursar. Brukarmedverking krev informasjon, men ein må ta tida til hjelp.

Seljelid (2016) meiner i sin artikkel at informasjon bør verte gitt skriftleg i tillegg til munnleg. Ho problematiserer brukarvenlegheita av informasjonen, kva vert det tatt omsyn til? Evnar

pasienten å ta inn over seg det han/ho les eller vert fortald? I resultatata i artikkelen kjem det fram at helsepersonell som utformar slik informasjon må tileigne seg kunnskap om målgruppa, kven er mottakaren?

Språk, kulturforskjellar og sosiale forskjellar spelar ei rolle i utforminga, som igjen skal forståast og prosesserast av mottakar, for å medverkar til at pasienten vert kapabel til eigen brukarmedverking. Eriksson meiner at søken etter å realisere seg sjølv som eit unikt individ, ligg sterkt i oss (Kirkevoold, 1998). Det vil seie at me har ulike måtar å forstå og gjere ting på, sjølv om informasjonen er den same, trengs det ulike tilnæringsmåtar.

Standardiserte pakkøløysingar treff ikkje alle på lik måte, det har eg sjølv erfart i alle praksisperiodane eg har hatt som student, lik informasjon vert ikkje forstått likt, ein må ta førehald for kultur, språk og ikkje minst alder.

5.3 Pasientrolla

I følgje teori er det første møtet ein unik moglegheit til å kartlegge pasientens behov. Då kartlegg ein pasientens grunnleggande behov og sosiale nettverk. Ved det første møtet startar den mellommenneskelege samhandlinga (Birkeland & Flovik, 2011).

Studien til Vik & Eide (2011) ser på kva som spelar inn når det gjeld deltaking og brukarmedverking hjå pasientar som mottek heimesjukepleie, då spesielt eldre pasientar. Dei spurde i studien poengterer at det ofte er forskjellige oppfatningar til det å mota profesjonell hjelp. Krava pårørande har for pasientane samsvarar ikkje alltid med det reelle behovet til pasienten. Det kjem kanskje av at dei vil det beste for sine egne?

Frasen «dei har levd lenge og vert med på å byggje landet vårt, no fortener dei å kvile», har eg sjølv høyrte pårørande seie. Men gjer ein det beste for pasienten ved å la han/ho svinne vekk, og kvile på sine laurbær? Eg meiner at det vil med andre ord skape ein enda meir hjelpetrengande og passiv pasient, og brukarmedverkinga vert fråverande. Resultata i frå både teori og forskning støttar opp om dette, at ein gjer pasienten ei bjørneteneste ved å hjelpe han/ho med alt, då ein fortrinnsvis bør utstyre pasienten med dei rette verktøya han/ho treng for å klare seg best mogleg sjølv, det er det brukarmedverking handlar om, retten til å spele hovudrolla i eige liv.

Etter å ha vert i praksis i heimebaserte tenester såg eg sjølv at pasientane undra seg over kven som kom, og kven som skulle komme neste gong? Nokon synest det var best med nokon som

kjende dei, andre, meir utåtvente, synst det var kjekt med ein forandring. Ofte la eg merke til at jo alvorlegare helsetilstanden og hjelpebehovet var, desto tryggare verka pasienten om det kom nokon som kjende nettopp dei, og visste kva dei trong. Det å verte kjende med pasienten bak pasientrolla vert presisert i studien til Vik & Eide (2011), det gav heimesjukepleiar moglegheit til å oppdage forandringar, følgje opp og sette i verk tiltak. Nettopp det er grunnen til at eg trivest så godt i heimesjukepleia, den unike moglegheita til å verte kjend med personen bak pasientrolla, og høyre historia bak, sjå heile pasienten. Det mellommenneskelege som skjer i relasjon til andre, er noko omsorgsteorien til Eriksson viktigjer (Kirkevold, 1998). Me treng kvarandre, og er avhengig av kvarandre.

I studien til Vik & Eide (2011) kjem det og fram at dei spurde i frå den minste kommunen, kjende dei fekk betre tid til å verte kjende med sine pasientar, kontra den største kommunen, som var ein by, der dei tilsette fekk kjensla av å ikkje ha nok tid med pasientane sine, for å lære dei å kjenne. Motsetningar her er at dei tilsette ikkje la nokon vekt på at pasienten hadde noko sosialt liv saman med familie, kulturelle aktivitetar og hobbyar utanom, dei konsentrerte seg berre om det heimesjukepleien kunne tilføre.

Å mota heimesjukepleie er berre ein del av ein pasients liv, og det verkar som om det er lett å stemple pasienten som berre ein pasient, ein mottakar av tenesta, uavhengig av heilheita rundt. Det som med andre ord definerer pasienten, er livet og konteksten rundt pasienten, i sin heilheit. Omsorg ligg naturleg i oss menneske, meiner Eriksson, å yte omsorg er å «gjere heil», og skal ha eit helsefremjande mål (Kirkevold, 1998). Det vil med andre ord seie å sjå heile pasienten med kropp og sjel i eitt, og heile dens eksistens i ein større samanheng.

I følgje studien til Bing-Jonsson, Foss & Bjørk (2015), skal sjukepleiars kjernekompetanse, utifrå krav frå styresmaktene, ha folkehelse, helsefremming og sjukdomsførebygging som fokus, det reelle her vil då seie å tenkje på pasienten i sin heilheit, og konteksten rundt, som inkluderer eit liv i samspel med andre, deltaking i sosiale- og kulturelle aktivitetar, som er ein stor del av livet. Kan fokuset på akkurat det pasienten treng der og då, komme i skuggen av å sjå pasienten i sin heilheit? Som å hjelpe med ADL-aktivitetar og førebygging av ytterlegare helseproblem kunn innanfor heimens fire veggar. Eriksson vil ha oss til å sjå på mennesket, og pasientane våre i den store samanhengen (Kirkevold, 1998). Det vil med andre ord seie at det er meir enn helsetilstand som definerer våre pasientar.

5.4 Brukarmedverknad

Å ha engasjement i livet og ta eigne slutningar kring eiga helse, vert definert som deltaking (Vik & Eide, 2011), som igjen kan knytast opp mot brukarmedverking. Det kan vere enkle ting som å bestemme kva klede ein skal ha på seg, korleis ein vil ha håret. Å leggje dei fleste avgjersler på tenesteleverandør er ei motsetning til deltaking og brukarmedverknad. I studien til Vik & Eide (2011), kjem det fram nokon grunnar for at pasientar legg si skjebne i andre sine hender, som til dømes at dei ikkje vil verke vanskelege, og vil gjere som dei vert fortalt, eller kanskje oppfattar at dei må vere lydige ved å ikkje seie i frå kva dei meiner sjølve. Her spelar og tidsaspektet inn, tida heimesjukepleiar har med pasientane kan ofte vere knapp, og pasientar vert utsett for standardiserte pakkeløysingar, som Vik & Eide (2011) nemner i sin studie. Dette kan med andre ord oppfordre til ein passiv pasient, ved å ikkje kjenne til dei bestemte, unike behova pasienten har. Pakkeløysingar kan vere til eksempel standardisert morgonstell, med meir hjelp enn det ein treng, og ikkje rom eller tid til å la pasienten klare det sjølv, middag levert på døra, sjølv om pasienten fint klarar det sjølv med tilrettelegging.

Tid brukt med pasienten gir ein unik moglegheit til å kartlegge pasienten og sjå etter forandringar, og gjere dei observasjonane som trengst. Studien legg og vekt på manglande kontinuitet, som igjen gjer at ein ikkje får lære pasienten sin å kjenne. Eriksson påpeikar at å utføre omsorgsarbeid er ikkje nødvendigvis omsorg (Kirkevold, 1998), det vil med andre ord seie at innleving og personlege eigenskapar spelar ei rolle, og tid til å utføre omsorga får stor betydning når det gjeld både kvalitet og brukarmedverking.

På bakgrunn av samhandlingsreforma sette Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) søkjelyset på kompetansen sjukepleiarar i kommunehelsetenesta set inne med. Det kjem fram i studien at sjukepleiarane kjende dei tok på seg rolla som koordinator, som å vere den raude tråden i tenestetilbodet til pasienten. Det er, i følgje mi meining, det som er det optimale. Sjukepleiar hjelp pasienten med det han/ho ikkje maktar sjølve, og set pasienten i kontakt med dei rette instansane som trengst, for at pasienten skal få den beste pleie, omsorg og behandling som er tilgjengeleg. Som Katie Eriksson meiner i sin omsorgsteori, vere tilstade og yte omsorg når pasienten ikkje maktar eller evnar dette sjølv, og hjelpe pasienten til å kunne stå på eigne bein etter kvart. Ho meiner at profesjonell omsorg ikkje berre er å nytte seg av tekniske prosedyrar, men å yte omsorg i frå eit heilhetleg perspektiv med mål å fremje pasientens totale helse (Kirkevold, 1998, s.189).

Korleis kan sjukepleiar hjelpe pasienten med å realisere seg sjølv som eit sjølvstendig individ, retta med tru og håp for framtida, i ein større heilheit enn berre i det augneblippet ein er på besøk hos pasienten. Det er det brukarmedverking handlar om, hjelpe pasienten på veg, legge til rette for at pasienten skal få eit fullverdig liv, tross helseproblem, vere den raude tråden i pasientforløpet. Ein kan, som Eriksson presiserer, vere sunn og frisk sjølv om ein har helseproblem (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s.241-246), det er med andre ord ikkje helseproblemet som definerer deg som person. I studien til Vik & Eide (2011) la deltakarane i studien lite vekt på at pasienten hadde noko sosialt- og kulturelt liv utanom den hjelpetrengande situasjonen dei var i, og det forsterkar med andre ord pasientens kjensler av å ikkje vere «heil», ikkje verte sett på som eit unikt individ i ein større kontekst.

5.5 Samhandlingsreforma

I studien til Tønnesen mfl. (2016), kjem det fram at maktforholda mellom aktørane, altså spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste, er skeivfordelte, det vil med andre ord seie at kommunikasjonen ikkje er på plass når det gjeld overføringa. Pasientar vart lovde tenester, av sjukehuspersonell, som ikkje var reelle eller kunne innfriast av heimetenesta. Dette skapar for det første forvirring og falske forhåpningar hjå pasient, og for det andre svekka tillit til systemet rundt. I studien presiserer sjukepleiarane i heimesjukepleien at dei ofte måtte bruke tid på å dempe forventningane, og trygge pasienten gjennom samtale, for så å gje realistiske føresetnadar om tenestene som kunne utførast i deira heim.

Tønnesen mfl. (2016) undersøkte korleis sjukepleiarar i kommunen opplevde samhandling med spesialisthelsetenesta. Her var konklusjonen at dei hadde ulike perspektiv i henhold til behova til pasienten. Spesialisthelsetenesta hadde eit til dels medisinsk perspektiv, og kommunehelsetenesta hadde eit perspektiv der pasientens funksjonsnivå og heimesituasjon var i fokus. Dette opplevde sjukepleiarane i kommunehelsetenesta som ei skeiv maktfordeling, og manglande innflytelse og felles forståing. Mykje av grunnane til at det var vanskelegare å samhandlast, var at dei ikkje hadde den informasjonen dei trengde, og ikkje fekk kartlagt eller tilpassa hjelpebehovet på førehand. Overføringa kunne komme uventa og ofte utan epikrisar, eller med uferdige epikrisar. Dette førte til med andre ord uvisse, og ofte påfølgande telefonsamtalar, der det kunne vere vanskeleg å få tak i rett person som visste noko om pasienten. Her vil eg igjen trekke inn at ein faktor for suksess i utfallet er sjølv

prosessen, der pasient og pårørende mottar adekvat informasjon om forventningane og livet etter utskrivinga (Bragstad, Kirkevold, Hofoss & Foss, 2012).

Eg har sjølv sett dette i praksis, at ein konsentrerer seg om problema pasienten er innlagt for, at det er vanskeleg der og då å sjå den store heilheita. Eg tenkte på det mange gongar, og eg har sett frustrasjonen hjå både heimesjukepleiar og pasient. Adekvat informasjon, til rett tid og grundig dokumentasjon er essensielt for eit godt pasientforløp, og for at neste instans skal kunne ta opp tråden. Brukarmedverking vert då enklare å forhalda seg til, det er pasienten som er vårt fokusområde, og pasientens rett til å ta del i slutningar som gjeld helse og velvære. Kropp og sjel i eitt, som Eriksson seier (Kirkevold, 1998), ikkje stykkevis og delt, kvar for seg.

I bortimot alle artiklane finn eg tidsaspektet problematisert, og i kjølvatnet av samhandlingsreforma trer dette enda meir fram. Sjølv om tenestene vert effektiviserte, kan det verke som om pasienten ikkje «heng med» i overføringsprosessen. Eg har full forståing for at innføring av ein reform tek tid, og på fleire områder er det til det beste for pasienten. Men eg vil og presisera at samhandlingsreforma, i følgje styresmaktene, utfordrar sjukepleiarar til å verte meir bevisste på samhandling og helsefremming, då dei er nøkkelpersonar i behandling og pleie av pasientar i alle delar av helsevesenet, med hovudfokus å fremje meistring og tidleg behandling for å sikre eit godt pasientforløp (Henriksen, 2012, s. 62).

Problema kjem som sagt når det er tvil om kva det skal samhandlast om. I studien til Tønnesen mfl. (2016) opplevde heimesjukepleiarane manglande felles forståing om kva det skal samhandlast om, og ei skeiv maktfordeling mellom aktørane. Ulike oppfatningar om kva det skal samhandlast om, gjev med andre ord aktørane ulike syn og forutsetningar når det gjeld sjølve prosessen. Og den det kan gå på kostnad av er pasienten, sjølve hovudpersonen. Pasientens brukarmedverking, retten til å handle og ta eit standpunkt i eige liv, vert sett på prøve i denne overføringa.

6.0 Avslutning

For å legge til rette for brukarmedverking krev det at me viser forståing, innsikt og vier tid til pasienten. I tillegg krev det kunnskap og fagleg tyngde.

I overføringa frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta er pasienten i ein sårbar og usikker situasjon. Me som sjukepleiarar må ha i tankane at denne prosessen kan vere ein stor belastning for pasienten, og påverke utfallet i prosessen. Mange vert uventa sendt heim, slik forskning viser til, som igjen forsterkar sårbarheita og usikkerheita for framtida.

Pasienten har behov for å verte møtt av personale med fagleg innsikt og tyngde, som kan skape trygghet, svare på spørsmål og informere om tida framover. Å verte møtt av heimesjukepleiar ved heimkomst kan lette overføringa, og skape den tryggheta pasienten treng i denne sårbare fasen.

Me treng informasjon om pasienten, og kva hjelpebehov han/ho har, for å kunne hjelpe vidare og ta opp tråden i behandlings- og pleieforløpet, og informasjonen må vere på plass til rett tid. Samhandlingsreforma er eit faktum, og pasientar kjem heim med større, og meir komplekse hjelpebehov enn tidlegare, då fortener pasientane eit hjelpeapparat som er klare for å ta dei i mot når dei vert returnert til heimen, og det krevst at dei ulike aktørane spelar på lag for pasienten.

Gjennom arbeidet med oppgåva her eg sett at dette ikkje er like enkelt, då perspektiva er dels ulike. For vidare framtid er det essensielle at ein ikkje behandlar pasienten stykkevis, men ser på pasienten som ein heilheit, med eit helsefremjande blikk, slik at han/ho skal komme seg vidare i livet tross helsesvikt og sjukdom, det er tross alt ikkje dette som definerer pasienten vår. Eg skjønar at når ein pasient er innlagt på sjukehus så vert den medisinske behandlinga hovudfokuset, og at når ein pasient mottok heimesjukepleie så vert pasientens funksjonsnivå og heimesituasjon lagt vekt på, men å heve blikket å sjå vidare, er til alle si interesse.

Brukarmedverking er viktig i alle delar av helsesektoren. Det handlar om pasientens engasjement for eige liv, hjelpe han/ho på veg vidare, utstyre pasienten med «verktøy» for å meistre, å ta kontroll over situasjonen han/ho finn seg i, med mål om å klare seg på eigne bein så godt som råd er. Sjukepleiar er den raude tråden i pasientforløpet.

Saman skapar me heilheit og trygghet, og hjelp pasienten vidare til å ta kontroll over sjukdom og eige liv.

7.0 Referansar

- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2015) The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research* 36(1) 2016. 27-37. DOI: 10.1177/0107408315601814
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe.
- Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D. & Foss, C. (2012) Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over. *International Journal of Integrated Care* 2012;12(1) DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.691>
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet (2014) Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Henta frå: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar/>
- Helsedirektoratet (2017) *Brukermedvirkning*. Henta 12.01.18 i frå: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Henriksen, S. G. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.) (2012) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Kap. 3. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2011) *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kyrkjebø, D., Søvde, B. E. & Råholm, M-B. (2017) *Sjuepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?* Sykepleien forskning. DOI:10.4220/Sykepleienf.2017.64027
- Lov om pasient- og brukarrettigheter (pasient- og brukarrettighetsloven) (07.02.1999) www.lovdatab.no
- Regjeringa (2014) Henta 08.01.2018 i frå: <https://www.regjeringa.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreforma-i-kortversjon1/id650137/>

Seljelid, B. (2016) Brukermedvirkning krever infirmasjon. *Sykepleien nr. 03*, 2016.

DOI:10.4220/sykepleiens.2016.56690

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Henta

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tønnesen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016), Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forsking nr. 1, 2016; 11: 14-23*. DOI:

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>

Vik, K. & Eide, A. H. (2011) The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2012; 26; 528–536.

DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00960.x

8.0 Vedlegg

Resultattabell.

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Kyrkjebø, D., Søvde, B. E. & Råholm, M-B. (2017) <i>Sjuepleiarkompetanse i kommunehelse tenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?</i>	Hensikta med studien var å sjå på korleis sjuepleiarar i kommunehelsetenesta arbeidar med kompetanseutvikling, kva som fremjar og hindrar utvikling av eigen kompetanse	Dette er ei kvalitativ studie med fokusintervju	14 sjuepleiarar i kommunehelsetenesta deltok.	Kompetanse vert sett på som ei ferskvare, knytt til den konteksten den skal nyttast i. det vart etterspurt kartleggingsverktøy å arbeide med, og tid til refleksjon. Dei nytta seg av erfarne og kunnskapsrike kollegaer i læresituasjonar. Eit ynskje om styrka kompetanse innan psykiske lidningar, rus og samansette lidningar er etterspurde.
Sejelid, B. (2016) <i>Brukermedvirkning krever infirmasjon.</i>	Hensikta med denne artikkelen var å sjå på kva effekt brukarmedverknad har når det gjeld utforming av skriftleg informasjon	Fagartikkel	Publisert litteratur om temaet	Pasient skal behandlast som ein likeverdig deltakar. Forutsetningar som kulturforskjellar, språk og sosiale forskjellar må takast i betraktning. Det vart ikkje fokusert på brukarvenlegheit.
Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D. & Foss, C. (2012) <i>Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over.</i>	Viktigheita ved å ha nokon til stades ved heimkomst frå sjukehus.	Forskningsprosjekt med spørjeundersøking	Utskrivne pasientar i frå 14 sjukehus i Noreg, i alt 330 pasientar. Artikkelen konsentrerer seg om 142 pasientar som vart skrevet ut til heimen.	Mangel på formell informasjon om utskrivning, og tidleg utskrivning. 15.4 % kom heim til eit tomt hus, som igjen førte til einsemd, og at dei var usikre på korleis dei skulle klare seg sjølve. Fire faktorar spelar inn: Sjølve prosessen, eigenskapar hjå pasienten, hjelp frå heimesjuepleie og hjelp frå familie .

<p>Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk, I. T. (2015). <i>The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence.</i></p>	<p>Studien si hensikt var å om det var samsvar mellom forventningar til sjukepleiekompetanse og den faktiske kompetansen i kommunehelsetenesta, på bakgrunn av samhandlingsreforma.</p>	<p>Litteratur studie</p>	<p>Studien baserer seg på 10 forskingsartiklar frå Noreg, Sverige og Finland, og 12 norske politiske dokument</p>	<p>Studien syner avstand mellom forventningar og reell kompetanse, sjukepleiarar i kommunehelsetenesta uttrykkjer at dei manglar klare arbeidsbeskrivingar, moglegheit til fagleg utvikling og balanse mellom arbeidsoppgåver og kontroll over arbeidssituasjonen. Veksande arbeidsmengde pga. trykket ut i kommunane og utbreidd bruk av assistentar vart problematisert.</p>
<p>Vik, K. & Eide, A. H. (2011). <i>The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care.</i></p>	<p>Hensikta med studien var å sjå på kva forhold som spela inn når det gjaldt brukarmedverking hos eldre pasientar som mottok heimesjukepleie.</p>	<p>Fokusgruppeintervju, med i alt 6 fokusgrupper.</p>	<p>Deltakarane kom i frå to forskjellige kommunar, der ein var ein liten kommune og den andre var ein by. I alt 30 deltakarar, som var enten sjukepleiarar, helsefagarbeidarar, vernepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar og sosionomar</p>	<p>Pasient, pårørende og heimesjukepleiar hadde til dels ulik oppfatning om hjelpebehovet. Hjelpar hadde forventningar om at pasient skulle ha eit engasjement i sitt eige liv, å ikkje legge si skjebne over på hjelpar, for å ikkje verte passiv og meir hjelpetrengande. Administrative oppgåver tok tida vekk frå pasientane, og manglande kontinuitet gjekk på pasientens bekostning. Fleire var villige til å gå utanom arbeidsbeskrivingane for å gjere det «lille ekstra» for pasienten, det gav dei motivasjon og energi til å fortsette i jobben.</p>
<p>Tønnesen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W-A. (2016), <i>Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten.</i></p>	<p>Hensikta med studien var å få innsikt i korleis sjukepleiarar i heimesjukepleietenesta opplevde samarbeid med spesialisthelsetenesta, når pasientar vart utskrevne til heimen. På bakgrunn av samhandlingsreforma.</p>	<p>Kvalitativ studie med dybdeintervju.</p>	<p>Sju sjukepleiarar frå heimesjukepleietenesta vart intervjuar sommaren 2014, to år etter samhandlingsreforma.</p>	<p>Resultatet syner mindre samhandling og tilstedeværelse enn før reforma. Ei skeivfordeling av makt mellom aktørane, som følgje av ulike perspektiv, begrensa makt, innflytelse og informasjonsflyt kom fram.</p>