

Xiaoxi Dong (10071)  
Hanna Alea Manila Flores (10075)  
Jessieca Joy Mabini (10006)  
Erik Ernesto Løkken Rojas (10029)

## **Hvordan sikrer forsvarlig helsehjelp til eldre brukere i hjemmetjenesten til tross for sykepleiermangel?**

Bacheloroppgave i SPL3903 Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti  
Mai 2022



Xiaoxi Dong (10071)  
Hanna Alea Manila Flores (10075)  
Jessieca Joy Mabini (10006)  
Erik Ernesto Løkken Rojas (10029)

## **Hvordan sikrer forsvarlig helsehjelp til eldre brukere i hjemmetjenesten til tross for sykepleiermangel?**

Bacheloroppgave i SPL3903 Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti  
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



## SAMMENDRAG

**Tittel:**

Hvordan sikrer forsvarlig helsehjelp til eldre brukere i hjemmetjenesten til tross for sykepleiermangel?

**Antall sider/ord:** 39/ 9753 ord

**Forfattere:** Erik Ernesto Løkken Rojas, Xiaoxi Dong  
Hanna Alea Flores, Jessieca Joy Mabini

**Veileder:** Wenche Bergseth Bogsti

**Stikkord:** Hjemmetjeneste, faglig forsvarlighet, eldre, sykepleiermangler.

**Introduksjon:** På bakgrunn av et økende antall eldre i befolkning i fremtiden som fører til økende problemer knyttet til sykepleiemangel i primærhelsetjenesten. Regjeringen har forsøkt å rette seg mot og investere i moderne helsepolitisk for at eldre skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. For at staten og helsepersonell skal kunne tilby en profesjonell og forsvarlig helsetjeneste til bruker, kreves det mye organisatorisk ledelsesarbeid, nok økonomiske ressurser og nok bemanning med fokus på sykepleiermangel.

**Hensikten:** Å finne ut hvordan man kan sikre en forsvarlig helsehjelp til eldre i hjemmetjenesten til tross for sykepleiermangel.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie basert på syv forskningsartikler.

**Resultat:** De syv forskningsartiklene presenterer fire ulike kategorier som tar for seg problemer med sykepleiermangel. Viktige funn viser hovedsakelig at organisasjonsledelse, sykepleier utskifting, lite bemanning på helsepersonell og kompetansemangel har en direkte effekt på den høyere skiftning hastighet iblant helsepersonell, spesielt sykepleier. Disse fire hovedresultatene kan også påvirke kvaliteten på helsetjenesten der eldre er brukere.

**Konklusjon:** Endringer i samhandlingsreformen har ført til at kommunal hjemmetjenesten har blitt mer komplekse og utfordrende til tross av sykepleiermangel. Resultatene våre fra de syv artiklene viser at en må identifisere problemet først før å finne en løsning. Samtidig, resultatene våres påpeker at faglig forsvarlig helsehjelp ytes når helsetjenesten har god organisering, nok kompetent helsepersonell, og ikke minst en hensiktsmessig metode for rehabilitering.

# ABSTRACT

**Title:**

How to secure a professional and justifiable health care to elderly patients in community health care despite nursing shortage?

**Number of pages/words:** 39/ 9753 words

**Authors:** Erik Ernesto Løkken Rojas, Xiaoxi Dong  
Hanna Alea Flores, Jessieca Joy Mabini

**Supervisor:** Wenche Bergseth Bogsti

**Keywords:** Professional health care, elderly patients, community health care, nursing shortage.

**Introduction:** The increasing number of aging population in the future comes hand in hand with the increasing problem connected to nursing shortage specifically in community health care. The government has directed and invested in modern health care policy for it to be possible for the elderly to live longer in their own home. In order for the government and healthcare personnel to deliver a professional and justifiable health care service to its patients also requires a lot of organizational management work, enough economic resources, and the right numbers of health care staff, specifically nurses. Health care staff including the nurses are important to achieve this goal given their position, competence and skills to deliver a justifiable and professional health care service.

**Aims and purpose:** To find out how to secure a professional and justifiable health care to elderly patients in community health care despite nursing shortage

**Method:** A systematic literature study based on seven research articles.

**Results:** The seven research articles present four different categories that address the problem of nursing shortage. Important findings mainly show that organizational management, nursing turnover, limited health care staff and skill shortage has a direct effect on the higher turnover rate among healthcare care staff, especially nurses. These four major results also can influence the quality of health care service rendered to the elderly in community health care nursing.

**Conclusion:** The coordination form in Norway has challenged and changed the Norwegian Health Care services through adding more workload on the community health services and on top of it is the problem of the increasing number of nursing shortages. Our results from the seven articles point out that, in order to find a solution, one must also identify what the problems are. Our results from the article shows at the same time that these four categories will help the health care system to render and deliver a justifiable and professional health care service. This includes the good organizational system in the healthcare system, specifically the community health services, enough skills and competence on the health care personnel and having a proper way to render rehabilitations for patients.

# Innholdsfortegnelsen

1.0 Introduksjon .....	1
2.0 Bakgrunn.....	3
2.1 Hensikt .....	5
2.2 Problemstilling.....	5
2.3 Avgrensing av problemstilling .....	5
3.0 Metode .....	6
3.1 Søkedokumentasjon .....	7
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	9
3.3 Analyse .....	9
4.0 Resultat.....	10
4.1 Bacheloroppgavens sammenfattende resultat .....	18
5.0 Drøfting .....	19
5.1 Organisering.....	19
5.2 Bemanning .....	22
5.3 Kompetanse .....	24
5.4 Rehabilitering .....	27
6.0 Konklusjon.....	30
Litteraturliste.....	32

## 1.0 Introduksjon

Alle som bor i Norge har rett til nødvendig helsehjelp og til å få den hjelpen de trenger (Helsedirektoratet, 2020). Gjennom hjemmetjenesten tilbys det helsehjelp og praktisk bistand til Norges hjemmeboende befolkning. Hjemmetjenesten fungerer som en av de største primærhelsetjenestene i Norge og hvert år øker antallet tjenestemottakere i likhet med tjenestebehovene (Kattouw og Wiig, 2018). Som følger av dette stiller regjeringen strengere og strengere krav til å bygge en organisert tjeneste og en tjeneste som yter faglig forsvarlig helsehjelp til sine brukere. For å sikre at tjenesten leverer faglig forsvarlig helsehjelp etableres det politiske føringer som er ankret gjennom lover, forskrifter og økonomiske rammer for prioritering (Fjørtoft, 2016b). Pasient og brukerrettighetsloven er et eksempel på en slik føring som sikrer at brukere har rett til nødvendig helsehjelp, god kvalitet, rett til informasjon og medvirkning. Slik blir det påkrevd for kommunene å etablere en hjemmetjenesten som leverer en fleksibel og tilpasset tjeneste til hver enkelt bruker.

For at en bruker skal kunne starte å motta hjemmetjeneste må det først fattes et vedtak. For at ett vedtak skal gå igjennom må det gjøres en helhetlig vurdering av brukerens helse- og livssituasjon. Gjennom vurderingen bestemmes det hvor mye og hva slags type hjemmesykepleie som skal bli tildelt av hjemmetjenesten. Vedtaket fungerer som et enkeltvedtak og inkluderer kun brukeren. Vedtaket skal være skriftlig og fungere som en veileder for hjemmetjenesten. På denne måten sikres pasientens rettigheter knyttet til behandlingen enn får. I hjemmetjenesten skilles det mellom to ulike typer hjemmesykepleie. Praktisk bistand og helsehjelp. Praktisk bistand involverer hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål. Dette kan være hjelp til å bestille matvarer, hjelp til personlig stell eller matlaging. Helsehjelp på en annen side omhandler alle den hjelpen som blir gitt for å medvirke til bedring i behovet som vedtaket ble fattet ut fra. Ett eksempel på dette er kronisk og multi syke eldre som bor alene hjemme og som har ett sammensatt sykdomsbilde. Tiltakene kan være alt fra observasjoner, tilsyn, sårstell, rehabilitering osv. Forutsetningen for helsehjelpen som gis er at den skal virke rehabiliterende, forebyggende, lindrende, behandlende og helsefremmende (Birkeland og Flovik, 2018a). Et hus innebærer ikke bare ett tak med fire vegger, men det er et privat sted som gir trygghet og identitet til hver enkel bruker. Gjennom hjemmetjenesten blir hjemmet til hver enkelt bruker forvandlet til arbeidskontoret til sykepleier hvor man får innsikt i private forhold som også går utover besøkets formål. Dette betyr at sykepleier har



tilgang til brukernes vaner, uvaner og hemmeligheter som kan utfordre personlige verdier og profesjonsverdier (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014b).

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 med hensikt til å forbedre den norske helsetjenesten. Dette på bakgrunn av at tjenesten skulle imøtekomme potensielle utfordringer i fremtiden. Utfordringene la mye av hovedvekten på at det ville bli flere eldre, flere kroniske syke og flere brukere med sammensatte sykdomsbilder. Samhandlingsreformen søkte å etablere ulike mål for hvordan helsevesenet skulle klare å imøtekomme disse utfordringene basert på det å fremme helse, forebygge sykdom og løse samfunnsøkonomiske utfordringer. Et av de sentrale målene var etableringen av fremtidige kommunale oppgaver. Bakgrunnen for målet var at det skulle hjelpe til å sikre en tjeneste som kunne muliggjøre at eldre fortsatt kunne bo hjemme til tross for høy alder, komorbiditet og svekket funksjonsevne (Fjørtoft, 2016c). For hjemmetjenesten sin del førte dette til at den tradisjonelle hjemmehjelpen (praktisk bistand) stoppet opp og det ble mer og mer behov for avansert helsehjelp i Norske hjem. Brukere har større pleiebehov, oppgavene er mer komplekse og krever tettere oppfølging enn før (Birkeland og Flovik, 2018a).

Forutsetningen for at befolkningen skal ta i bruk tjenester og bruke dem ved behov er at kommunene har nødvendige ressurser, økonomisk støtte og en høyere andel av fagkompetente helsepersonell. Slik samhandlingsreformen også har pekt på har kommunene ett ansvar for å sørge for helhetstenking med fokus på forebygging, tidlig intervensjoner, behandling og oppfølging slik at brukere kan ivareta sin helse (Meld. St. 47 (2008-2009)). I helsepersonelloven §4 kommer det frem at all helsepersonell skal utføre sitt arbeid med henhold til kravene for faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Det tas utgangspunkt i hvordan helsepersonell skal utøve sitt arbeid basert på kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. På lik måte som den enkelte profesjonsutøveren også er pliktig har også helse- og omsorgstjenestene plikt til å opprettholde en forsvarlig virksomhet. Det stilles krav til tjenesten å opprettholde forsvarligheten gjennom organisering og etablering av prosedyrer (Helsedirektoratet, 2018). Det er også verdt å legge merke til at omsorgsfull hjelp nevnes parallelt med kravet til faglig forsvarlighet og gir en indikasjon at yrkesutøver skal sette pasienten i sitt utgangspunkt for utøvelsen (Braut og Grammelvedt, 2006). Det å ha god kunnskap og god praksis er å utøve faglig forsvarlig helsehjelp. Faglig forsvarlighet kan innebære andre premisser ut fra hvilken yrkesgruppe det er snakk om og hvilken situasjon det er snakk om. Ettersom vi har valgt å ha

fokus på hjemmetjenesten har vi valgt å bruke begrepet faglig forsvarlig helsehjelp til å besvare oppgaven. Dette på bakgrunn av at helsehjelp er hovedsakelig den type arbeid sykepleier holder på med i hjemmetjenesten og i mindre grad praktisk bistand (Fjørtoft, 2016d).

## 2.0 Bakgrunn

I Norge er det forventet at personer over 80 år fordobles i løpet av de neste 50 årene (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014a). Med økende alder risikerer man å bli utsatt for en rekke kroniske sykdommer som følger av aldersforandringer og livsstil. Aldersforandringer er en helt normal prosess i menneskekroppen og alderen i seg selv er ikke en sykdom, men en vanlig del av den biologiske prosessen som skjer når man blir eldre (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014a). I det første året av sykepleierstudiet lærte vi om sykepleier sin profesjon i henhold til grunnlag fra Virginia Henderson sin teori som består av å hjelpe mennesker med helseutfordringer (Grov, Holter og Toverud, 2015). En av de utfordringen med å bli eldre er at man blir skrøpelig og mer avhengig av helsehjelp (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014c). For å møte det økte behovet av helsehjelp til eldre trengs det helsepersonell, i mange tilfeller vil det bestå av sykepleiere som har ervervet seg kunnskap om det å fremme helse samt hjelpe den utsatte pasienten å ivareta sine helsebehov (Fjørtoft, 2016e). Regjeringen har som følge av dette rettet mye av moderne helsepolitikk i en retning av å tilby hjemmebasert omsorg for å kunne ta hånd om det økte behovet for helsehjelp i den eldre befolkningen slik som vi ser med samhandlingsreformen. Eldre ønsker som regel å kunne bo i hjemmet så lenge det lar seg gjøre mulig (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hjemmet er en betydningsfull arena som inneholder mange viktige minner for eldre og en plass hvor de opplever trygghet etter år og år med individuelle skapte rutiner (Fjørtoft, 2016d).

Slik vi fikk erfare i praksis og har erfart i jobbsammenheng er hverdagen til sykepleiere i hjemmetjenesten preget av mange arbeidsoppgaver og stort tidspress. Dette er ingen ukjent realitet for de av oss som har jobbet i hjemmetjenesten og kan understøttes av ulike studier. Gautun og Hermansen (2011) og Gautun, Øien og Bratt (2016) viser til en klar tendens til at sykepleiere arbeider under et høyt tidspress og at tiden til disposisjon ikke alltid strakk seg til hver enkelt bruker. Slik studien fra Gautun, Øien og Bratt (2016) viser til kan det sies at sykepleiermangel er en viktig faktor i erfaringen av at det å ofte ikke ha god nok tid til å

utføre alle sykepleieroppgaver. Dette ofte på bakgrunn av at det ikke ble dekket opp for mangel på sykepleiere og at når det først ble dekket var det ofte i høyere grad av ufaglærte eller andre med helsefaglig bakgrunn på videregående nivå.

Slik vi erfarte ble pasientene ofte ikke møtt med den faglige forsvarligheten som det krevdes og kunne i verste fall ført til pasientskade i mange av tilfellene. Slik vi poengterte for i innledningen vil det økende behovet for hjemmetjenester øke ettersom befolkningen lever lengre med flere typer sykdommer. Eldre er en stor gruppe innad i tjenesten som mottar helsehjelp og praktisk bistand (Sentralbyrå, 2021). Dette var også en stor årsak til at vi valgte å fokusere på eldre i hjemmetjenesten og ikke generelt alle pasientene noe vi kommer tilbake til i avgrensning av problemstillingen.

Sykepleiermangelen kombinert med økende behov for å dekke eldreomsorgen er ingen sterk forutsetning for å kunne yte faglig forsvarlig helsehjelp. Forskere Gautun og Hermansen (2011) nevner at manglende bemanning og kompetanse går ut over kvaliteten på tjenestene. Det fremheves at sykdomstilstander til eldre pasienter utvikler seg til å bli mer alvorlige enn de ville gjort om sykepleierne hadde hatt tid til å ha tilsyn. Videre forutsetter det at sykepleier må ha god nok tid samt rom for å kunne bruke sin kompetanse. I likhet med dette krever det også tilstrekkelig med tid for å kunne utvikle spesifikk kompetanse og ferdigheter.

For å innføre det mest effektive omsorgsnivået skal tjenesten være avhengig av personer som er kvalifisert og kjent med arbeidet de utfører til hver enkelt pasient. Hjemmesykepleie er et av de tilbudene eldre får når de trenger helsehjelp i hjemmet. Hjemmesykepleien skal bidra til at den enkeltes hverdag skal forbindes med gode opplevelser. Dette innebærer en helhetlig tilnærming til enkeltbrukere og pårørende (Birkeland og Flovik, 2018b). Det forutsetter at den som yter hjelp skal kunne se personen «bak» brukeren, at en har tilstrekkelig kunnskap i hva det vil si å være gammel og pleietrengende og samtidig kunne utføre den nødvendige helsehjelpen de trenger til å få dekket sine behov med respekt og verdighet (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2020).

Slik det ble poengtert for i innledningen er det et økende behov for mer kompetanse, ressurser og personell i primærhelsetjenesten med stor vekt på hjemmetjenesten. Det poengteres at det hovedsakelig er hjemmesykepleien som er i vekst. Flere og flere brukere får helsehjelp i hjemmet og færre får den tradisjonelle praktiske bistanden. Utviklingen forutsetter at sykepleiefunksjonen er klart kartlagt samt hvordan det kan integreres i den helhetlige

helsetjenesten ((Meld. St. 47 (2008- 2009)). Slik vi har erfart i praksis møter ikke alltid sykepleier opp til forventningene av hva som kreves fra brukere. Dette påvirker kvaliteten som blir utført i tjenesten. Med kvaliteten menes prosessen mellom det faktiske forholdet tjenesten yter og hva som forventes og kreves (Øgar og Hovland, 2004).

## 2.1 Hensikt

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å finne ut hvordan vi som sykepleie kan sikre faglig forsvarlighet til eldre brukere i hjemmetjenesten med tanke på sykepleiermangel.

## 2.2 Problemstilling

*«Hvordan sikrer forsvarlig helsehjelp til eldre brukere i hjemmetjenesten til tross for sykepleiermangel?»*

## 2.3 Avgrensing av problemstilling

Problemstillingen vår var ganske klar fra starten av prosessen. Vi hadde lyst til å se på hvordan organiseringen av hjemmetjenesten i lys av sykepleiermangel påvirket kvaliteten av tjenesten som ble utført. Ettersom vi startet arbeidet gikk vi mer bort i fra selve organiseringen da dette ble et mer administrativt nivå og ikke rotfestet i sykepleiefagets grunnlinje. Vi valgte å fokusere på et systemnivå samtidig som vi tok til rette for individnivået. Hovedsakelig sykepleiers synspunkt. Brukergrupper i hjemmetjenesten kan variere mye i forhold til innbyggere i en kommune. Alle som har behov for tjenester, har rett for å få søke helsetjeneste i hjemmet og det er kommunen som tar en vurdering for behovet til hver enkelt bruker (Helsenorge, 2019). Statistikk fra Sentralbyrå (2021) viser at det er totalt sett 108 260 brukere som er over 67 år som mottar hjemmetjeneste. Dette utgjør omtrent 60 prosent av tjenestemottakerne og er en gruppe som med årene er forventet å øke. Vi har derfor valgt å avgrense brukergruppen til eldre.

### 3.0 Metode

I dagens samfunn med mye informasjon bare et fingertrykk unna stiller det større og større krav til søk av kunnskap. For oss studenter som skriver bacheloroppgave betyr dette større krav for å finne riktig og relevant kunnskap til oppgaven vår. Sykepleierutdanningens retningslinjer konkretiserer at bacheloroppgaven skal være litteraturstudie. Litteraturstudier har som mål å systematisere sekundærdata. Sekundærdata er informasjon som man kan få av andre gjennomførte studier. Eksempler på dette kan være tidsskrifter, bøker, vitenskapelige artikler osv. Målet med å systematisere slik data i en oversiktig fremstilling skal være å gi leseren oppdatert og lett leselig informasjon om ett gitt tema eller problemstilling (Thidemann og Thidemann, 2019).

For å besvare oppgaven vår har vi valgt å etablere konkrete punkter ved bruk av en generell mal for litteraturstudier. Malen innebærer en klar tittel og formål (problemstilling), omfattende søkestrategi (PICO-skjema), inklusjonskriterier, eksklusjonskriterier og vurderinger av primærstudier. Samtidig har vi forsøkt å holde mye av fokuset på å ikke havne i fallgruven for skjeve fremstillinger av sekundærlitteratur. Valget for å etablere en konkret modell for søkestrategi i forkant av søk i databaser kommer av at vi ønsker å fremstille søket på en oversiktig og detaljert måte slik det forventes av litteraturstudier slik at data vi finner ikke blir skjevt fremstilt. Vi er fire på gruppen som skal finne fem til seks artikler hver basert på søkeordene og kombinasjonene i PICO- skjema. Når artiklene er funnet bruker vi inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å velge ut de artiklene som fremstår som mest relevante for problemstillingen.

PICO-skjema er et verktøy som kan hjelpe oss dele opp spørsmålet på slik at det struktureres hensiktsmessig, og bokstaver PICO står for bestemte elementer (Nortvedt *et al.*, 2021). I denne oppgaven valgte vi å bruke PPPI-skjema i stedet for PICO skjema for å finne relevante søkeord på bakgrunn av at det er oversiktig, konkret og lett å være kritisk til hvorfor man ønsker valgt søkeord. «P» i PICO-skjema står for pasienter eller problem. Vi tar fokus ut ifra problemstillingen vår, da har vi to «P» som er problemer, altså hjemmesykepleier, ressursmangel og en «P» for pasient, altså eldre. «I» står for intervensjon, det vil si hvilket tiltak vil vi å vurdere, vi mener at bedre organisasjon i hjemmetjenesten kan være et tiltak for ressursmangel i hjemmetjenesten. De fleste forskninger ble publisert på engelsk, så det er en stor begrensning, hvis vi søker norsk ord på database. For å kunne oversette de faglige

begrepene fra norsk til engelsk på en mest nøyaktig måte, bruker vi MeSh nettsiden som er mest bruk for å finne ut begreper innen i helsefag og medisin. Da har vi fylt inn i PPPI-Skjema som viser hvilke engelsk ord som er benyttet til videre datasøk.

<b>P</b>	<b>P</b>	<b>P</b>	<b>I</b>	
<b>Hjemmesykepleier</b>	<b>Ressursmangel</b>	<b>Eldre</b>	<b>Organisasjon</b>	<b>OR</b>
Community Health Nursing	Personell Turnover	Aged	Organizations	
Home health care	Nursing Shortage	Elderly		
<b>AND</b>				

Tabell 1:PPPI- Skjema.

### 3.1 Søkedokumentasjon

Fem forskjellige databaser ble brukt for å søke etter relevant forskningslitteratur. Vi bestemte oss for å bruke flere søkeord som Education, Leadership og Effective samtlig å kombinere med andre søkeord som stod i PPPI-skjema. Men dessverre det ble ingen treff. Vi valgte derfor å bruke flere databaser. Tilslutt endte vi opp å bruke søkeordene “Organization” istedenfor “Education”, “Leadership” og “Effective”. Databasene som ble brukt er PudMed, Medline, Cinahl, Cochrane Library og SveMed+. Det ble en signifikant forskjell i resultatene da vi kombinerte alle søkeordene med AND i ett søk. Som tabell viser ser vi at vi fikk 152 treff på Pubmed, ett treff på Medline og SveMed+, to treff på Cinahl og ingen treff på Cochrane Library. Vi valgte å bruke det nest siste treffet istedenfor siste treff i databasene Medline, SveMed+, Cinahl og Cochrane Library. Altså ni treff på Medline, 28 treff på Cinahl, fire treff på Cochrane Library og fem treff på SveMed+. Samtidig valgte vi å kombinere søkeordene Community Health Nursing med “Health Nursing Home” med OR, og deretter kombinere de med AND med “Organization”, da fikk vi 73 treff. Grunnen til dette er

at SveMed+ er en nordisk database og har gode artikler som er relevante til oppgaven vår, men det dukket ikke opp når vi kombinerte alle søkeordene i databasen. Etter søket i databasene fikk vi totalt 271 treff. For å finne de mest relevante artiklene brukte vi Inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etter kriteriene fikk vi 42 artikler. Videre delte vi 42 artikler i fire slik at vi hadde cirka ti artikler hver. Vi valgte ut en artikkel som vi synes var best og en som ble ekskludert. Deretter byttet vi til neste person. Dette gjorde vi fire ganger. Til slutt satt vi igjen med sju artikler relevant til problemstillingen vår og som skal benyttes videre i oppgaven.

Søkeord	PubMed	Ovid/Medline	<u>Cinahl</u>	Cochrane Library	<u>SveMed+</u>
1. Community Health Nursling	35 472	22 256	34 105	4 256	439
2. Home Health Care	53 939	28 49	49 365	17 192	1 037
3. 1 OR 2	84 475	22 807	81 153	1 726	1 308
4. Personnel Turnover	22 487	5 677	5 617	300	39
5. Nursing Shortage	2 829	2 052	12 259	154	16
6. 4 OR 5	5 076	7 508	17508	15	55
7. Aged	2 055 651	3 388 069	714 896	548 483	27 901
8. Elderly	2 090 418	284 326	(kw) 107 561	55 415	17 697
9. 7 OR 8	2 090 418	3 461 216	94 802	31 660	27 931
10. Organization	982 904	478 343	(kw) 95 985	37 694	5 287
11. 3 AND 6	711	80	516	7	4
12. 11 AND 9	247	8	26	4	4
13. 12 AND 10	152	1	2	0	1
14. 3 AND 10					73

Tabell 2: Oversikt på søkestrategier i fem databaser.

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: engelsk, norsk og svensk	Språk: ikke ligger under inklusjonskriterier
System oversiktsartikler	Fagartikler
Primærstudier	Tidsskrift som ikke er fagfellevurdert
IMRaD- Struktur	Uten IMRAD- struktur
Omhandler eldre	Omhandler pasienter som ikke er eldre
Hjemmesykepleier	sykehus
Artikler fra 2012 til 2022	Artikler yngre enn 2012

Tabell 3.

### 3.3 Analyse

Vi valgte å bruke analysemetoden av Evans (2002) for å analysere funnene ut i fra primærartiklene. Metoden til Evans deles i fire trinn; Finne og velge primærartikler, identifisering av nøkkelfunn i hver artikkel, relaterte temaer på tvers av studier, og beskrivelser av fenomenet altså en resultatpresentasjon. Trinn 1: Vi brukte PPPI-skjema for å søke ulike søkeord i fem databaser som tidligere beskrevet i oppgaven. Se. kapittel 3.0, 3.1 og 3.2. Trinn 2: Sju primærartikler ble funnet. Vi leste gjennom alle artikler flere ganger for å sikre relevans og at hensikten var i samsvar med oppgaven. Vi diskuterte undervis og samlet de funnene i artiklene for videre identifisering. Trinn 3: I dette trinnet identifiserte og sortere vi alle funnene ved å sammenligne temaer, resultater og diskusjon. Vi leste gjennom alle artiklene og markerte nøkkelord for å bestemme kategorier ut fra likheter og ulikheter. Etter vi hadde lest artiklene tok gruppen en runde med begrunnelse for valg av kategoriene. Trinn 4: I dette trinnet skal alle funnene presenteres i et sammenfattende resultat. Se. kapittel 4.1.



## 4.0 Resultat

<b>Artikkel: 1</b>	
<b>Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer</b>	
<b>Tidsskrift:</b>	Nordisk Sygeplejeforskning, Vol. 4, Utg. 4, s. 267-279
<b>Forfatter:</b>	Skaar, R. <i>et al.</i>
<b>Land:</b>	Norge
<b>År:</b>	2014
<b>Database:</b>	SveMed+
<b>Hensikt:</b>	Å undersøke hvordan helsepersonell opplever de etiske utfordringer som konsekvens av hvordan helsetjenesten er organisert på og hvordan kan de utfordringene møtes for eldre pasienter i en norsk kommune.
<b>Metode:</b>	Studie bruker datasamling som metode. Totalt 26 deltakere fra helsetjeneste i kommunen ble delt i 4 fokusgrupper. Totalt 15 intervjuer ble gjennomført, og hver intervju tar ca. 1,5 timer. Ethiske problemstillinger med fokus som eldreomsorg, klinisk praksis og erfaringer ble diskutert i intervjuene. Digital lydopptaker ble brukt i intervjuene og intervjuene ble videre transkribert ordrett.
<b>Resultat:</b>	<p>Feilplassering: Pasient ble feilplassert pga. kapasitetsmangler.</p> <p>Konsekvenser blir at pasienter mangler stabilt fellesmiljø, trygghet, og dårligere kvalitet på helsetilbud.</p> <p>Rammer og struktur: Sykepleier opplever at de hadde lite tid, pga. lavt bemannet. Prioritering av pleieren og tiden og å bruke sine ressurser på flere pasienter ble noe utfordringer. Sykepleier uttrykket at det ble for tungt, og tappet energi.</p> <p>Manglende samsvar mellom behov og tjeneste: Bestillerenheten, pårørende og hjemmetjenesten ble uenige om tildeling av sykehjemsplass. Pasienter som har behov for det, mens bestillerenheten mener at pasienter får nødvendig hjemme.</p>

	Studien påpeker at det er viktig sykepleiers dokumentasjon av hjelpebehov har betydning for hvorvidt pasientene kunne få helsehjelp på et høyere omsorgsnivå.
<b>Konklusjon</b>	Hensiktsmessig miljø ved organisering av tjenesten for eksempel som tilstrekkelig tid, oversiktighet og kontinuitet må skapes for å sikre kvaliteten på sykepleier til eldre pasienter. Høyt bemannet kan gi en rettferdig fordeling med hensyn til tidsbruk til pasienter, og pasienter kan oppleve kontinuitet i pleieren og autonomi kan godt ivaretatt.
<b>Relevans for studiet:</b>	Omhandler eldre i norsk helsetjeneste, er relevant for problemstillingen vår. Har gode påstander og resultater som kan belyse problemstilling.

<b>Artikkel 2:</b>	
<b>From organizational justice to turnover intention among community nurses: A mediating model</b>	
<b>År:</b>	2019
<b>Forfatter:</b>	Huang, X., Li, Z. og Wan, Q
<b>Tidsskrift:</b>	Journal of Clinical Nursing/Volume 28, Issue 21-22 / p. 3957-3965
<b>Land:</b>	Kina
<b>Database:</b>	PubMed
<b>Hensikt:</b>	Å identifisere situasjonen for organisatorisk rettferdighet, organisatorisk støtte, arbeidsengasjement og omsetning intensjon blant sykepleierne og å klargjøre forholdet mellom dem.
<b>Metode:</b>	Spørreskjemaundersøkelse ble iverksatt blant 410 hjemmesykepleiere for å samle inn data som innebærer organisatorisk rettferdighet, organisatorisk støtte, arbeidsengasjement og omsetning intensjon. Strukturell lignings modellen ble også brukt for å teste hypotese modellen og ble fulgt av STROBE-erklæringen for observasjonsstudier.

<b>Resultat:</b>	<p>Resultatene viste at gjennomsnittlig var det <math>2.50 \pm 0.75</math> i poengsummen for omsetning intensjon. Den endelige modellen indikerte:</p> <p>a.) arbeidsengasjement hadde en negativ effekt på turnover.</p> <p>b.) organisatorisk støtte hadde både direkte og indirekte effekter på omsetning intensjon, og hadde indirekte effekt ved formidlet arbeidsengasjement.</p> <p>c.) organisatorisk rettferdigheten hadde en indirekte effekt på omsetning intensjon som ble formidlet av organisasjonsstøtte.</p>
<b>Konklusjon</b>	Turnover kan bli redusert både direkte og indirekte måten, ved å forbedre arbeidsengasjement, organisatorisk støtte og organisatorisk rettferdigheten.
<b>Relevans for studiet:</b>	Denne studien er relevant da den identifisere og evaluerer situasjonen og problemer av omsetning intensjon blant sykepleiere. Denne studien gir bevis for forbedring av organisering av hjemmetjenesten slik at nivået av sykepleierens engasjement i jobben sin øker og for å beholde flere sykepleiere i primærhelsetjenesten i framtida.

<p><b>Artikkel: 3</b></p> <p><b>Healthcare organization- education partnerships and career ladder programs for health workers</b></p>	
<b>Tidsskrift:</b>	Social Science & Medicine Volume 122, pages 63-71
<b>Forfatter:</b>	Dill, J. S., Chuang, E. og Morgan, J. C.
<b>Land:</b>	United States
<b>År:</b>	2014
<b>Database:</b>	PubMed
<b>Hensikt:</b>	Denne studien undersøker samarbeid mellom helsesektor og utdanningsorganisasjon i Amerika under utforming og implementering av karrierestige treningsprogram for lav kompetanse arbeidere i helsevesenet som ble referert som helsepersonell i frontlinjen,

<b>Metode:</b>	Studien brukte en blandings metode for design hvor både kvalitative og kvantitative data er analysert samtidig for å svare på det samme forskningsspørsmålet.
<b>Resultat:</b>	Resultatene tyder på at ulike kombinasjoner av å ha en utdanningsleder, leder, lederstøtte i frontlinjen, fellesskap behov og utdanningspolitikk, var nødvendig for høy arbeidskarriere effektivitet og program tilfredshet. Hvorvidt en arbeidstaker fikk lønnsøkning, var imidlertid først og fremst avhengig av ledelse i helse organisasjonen, inkludert å ha en leder og arbeidsgivers implementerings politikk.
<b>Konklusjon</b>	Funn tyder på at sterkt samarbeid mellom helsevesenet og utdanningsorganisasjoner kan bidra til en vellykket implementering av karrierestige programmer, men det er fortsatt opp til arbeidernes evne til å tjene belønning for programdeltagelse samtidig avhenger dette også til styrken av lederstøtten innenfor helseorganisasjonen.
<b>Relevans for studiet:</b>	Å kunne se på hvordan sykepleier kan veilede og kurse kollegaer er en effektiv måte å øke den generelle kompetansen i tjenesten. Samtidig kan det å ha mulighet for karrierestigning fungere som et insentiv for å søke ny kunnskap.

#### Artikkel 4:

##### Team social cohesion, professionalism, and patient-centeredness: Gendered care work, with special reference to elderly care - a mixed methods study

<b>Tidsskrift:</b>	BMC Health Services Research
<b>Forfatter:</b>	Öhman, A., Keisu, B.-I. og Enberg, B.
<b>Land:</b>	Sweden
<b>År:</b>	2017
<b>Database</b>	PubMed
<b>Hensikt:</b>	Å se på sammenhengen mellom arbeidstilfredshet og å arbeide i eldreomsorgen.

<b>Metode:</b>	Det ble brukt en blandet metode tilnærming hvor man kombinerte statistikk og åpne svar fra en nasjonal undersøkelse med kvalitative forskningsintervjuer med helsepersonell i eldreomsorgen. Undersøkelsene ble tilfeldig valgt av 1578 registrerte sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Videre ble det gjennomført 17 kvalitative intervjuer med fagpersoner i seks forskjellige omsorgstilbud til eldre.
<b>Resultat:</b>	Det ble funnet en statistisk forskjell mellom generell arbeidstilfredshet mellom de som jobbet med eldre omsorg og de som ikke gjorde det. Det ble avledet ni åpne svar fra spørreskjemaene. Kvalitative intervjuer avslørte fire fremtredende historier; sosialt samhold i team, karriereutvikling/autonomi, serviceorientert og usynlige/ignorerte maktstrukturer.
<b>Konklusjon</b>	Resultatene viser til kompleksiteten i eldreomsorgen og beskriver flere aspekter som er viktige for arbeidstilfredshet blant helsepersonell. Resultatene viser at arbeidstilfredshet bygger på sosiale relasjoner, samhold, mulighet for humor og evnen til å arbeide som profesjonelle.
<b>Relevans for studiet:</b>	Problemstillingen vår omhandler sykepleier sentrert pleie til eldre til tross for sykepleiermangel på arbeidsplassen. Å kunne se på ulike faktorer som bidrar til økt arbeidstilfredshet i eldreomsorgen vil på flere måter være viktig for å komme nærmere et svar til vår problemstilling.

#### Artikkel: 5

#### Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing

<b>Tidsskrift:</b>	Journal of Nursing Management
<b>Forfatter:</b>	Bratt, C. og Gautun, H.
<b>Land:</b>	Norge
<b>År:</b>	2018
<b>Database:</b>	PubMed

<b>Hensikt:</b>	Denne studien undersøker prevalensen av sykepleieres ønsker om å slutte i eldreomsorgen og har som mål å forklare forskjeller mellom yngre og eldre sykepleiere.
<b>Metode:</b>	En landsomfattende internettundersøkelse blant sykepleiere i Norge med 4 945 sykepleiere i alderen 20–73 år. Strukturell ligningsmodellering ble brukt, analysert hele utvalget samt analysert yngre og eldre sykepleiere som separate grupper.
<b>Resultat:</b>	Av de spurte sykepleierne ønsket 25 % å jobbe utenfor eldreomsorgen og 25 % var usikre. Ønsket om å slutte var mye hyppigere blant yngre sykepleiere. Rapporterte arbeidsforhold var en sterk prediktor for ønsket om å slutte, og en mye sterkere prediktor blant yngre sykepleiere enn eldre sykepleiere i sykehjem og hjemmetjenesten.
<b>Konklusjon</b>	Arbeidstilfredshet er en stor faktor i sykepleieres ønske om å forlate eldreomsorgen, spesielt blant yngre sykepleiere.
<b>Relevans for studiet:</b>	Etttersom vi vil se på hvordan sykepleier kan gi tilstrekkelig sykepleie til eldre i hjemmetjenesten er arbeidsforhold en viktig faktor i å skape et positivt arbeidsmiljø som kan fremme kunnskap, øke effektivitet og etablere gode arbeidsrutiner for å avlaste sykepleier samt øke kunnskapen til annet helsepersonell. Vi vil også gå innom sykepleiermangel og årsaken til dette, samt eventuelle metoder for å forhindre dette.

### Artikkel 6:

#### Registered Nurses' Health in Community elderly care in Sweden

<b>Tidsskrift:</b>	International Nursing Review, Volume 59, Issue 3
<b>Forfatter:</b>	Josefsson, K.
<b>Land:</b>	Sverige
<b>År:</b>	2012
<b>Database:</b>	Ovid/Medline

<b>Hensikt:</b>	Å beskrive sykepleieres vurderinger av deres arbeidsrelaterte helseproblemer, sykemelding og sykefravær i omsorgen for eldre mennesker. Samtidig den skal også beskrive sykepleiers oppfatning av tid, kompetanse og emosjonelt press på jobb. For å beskrive sammenhenger mellom tid, kunnskap og emosjonelt press med sykepleier oppfatning av arbeidsrelaterte helseproblemer, og sykefravær.
<b>Metode:</b>	Det ble brukt et strukturert spørreskjema. 213 sykepleiere i 60 forskjellige kommunal eldreomsorg deltok i studien, med 62% svarprosent.
<b>Resultat:</b>	Sykepleiere har arbeidsrelaterte helseproblemer, som nakke/rygglidelser, tørr hud/tørre slimhinner, muskler/leddlidelser, søvnforstyrrelser og hodepine. De hadde perioder tretthet/ulykke/tristhet på grunn av arbeidet sitt (37 %). De fleste sykepleiere følte seg til tider psykisk utslitt etter jobb. Det er vanskelig å legge tanker om arbeid bak seg. Sykepleiere hadde høyt sykemelding (68 %) og høyt sykefravær (63 %). De opplevde høyt tidspress, tilstrekkelig kompetanse og følelsesmessig press på jobben. Det var en svak til moderat sammenheng mellom sykepleiere helseproblemer og tidspress.
<b>Konklusjon</b>	Det er viktig å forhindre sykepleiers jobbrelatert problemer og tidspress på jobb.
<b>Relevans for studiet:</b>	Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den omhandler mangel på hjemmesykepleier i eldreomsorgen. Den fokuserer også på de viktige intervensjoner som kan tilbys i langsiktig og bærekraftige løsninger på et godt arbeidsmiljø.

### Artikkel 7:

#### Process evaluation of a reablement training program for homecare staff to encourage independence in community-dwelling older adults.

<b>Tidsskrift:</b>	BMC Geriatrics
<b>Forfatter:</b>	Rooijackers, T. H. <i>et al.</i>
<b>Land:</b>	Nederland
<b>År:</b>	2021
<b>Database:</b>	PubMed
<b>Hensikt:</b>	Ved gjennomføre en hverdagsrehabilitering program “Stay Active at Home” i hjemmesykepleier, å oppmuntre og motivere eldre for å utføre aktiviteter for seg selv, og støtte eldre for å håndtere hverdagen sin så selvstendig som mulig.
<b>Metode:</b>	154 helsepersoneller som sykepleier, hjelpepleier, sykepleieassistents, og hjelpearbeider deltatt i studien. Program varier i 12 måneder, og blir delt i flere møter som oppstartsmøte, temamøte og påføringsmetode. I hvert møte ble ulike tema diskutert som å motivere pasienter, øker aktivitet og kommunikasjon hos pasienter, integrere mål og hvordan mål skal nås, oppbygging sosiale nettverk til pasienter og evaluering av kapasitet til pasienter.
<b>Resultat:</b>	Programmet ble stort sett gjennomført etter hensikten. Hjemmetjenestepersonells gjennomsnittlige samsvar til programmet var 73,4%; ansatte som godtok programmet, og verdsatte spesielt det praktiske elementer og teamtilnærming. De opplevd positive endringer i sin kunnskap, holdning og ferdigheter om reablement, og opplevd sosial og organisatorisk støtte fra kolleger og teamledere for å implementere reablement. Imidlertid i hvilken grad hjemmetjenestepersonell implementerte reablement i praksis er variert. Opplevde at den som tilrettelegger programmet tar med seg digitale omsorgsplaner i tillegg har dem også opplevde ulemper som inkluderte økonomiske rammer, motstand mot endring fra klienter eller deres sosiale nettverk, komplekse omsorgssituasjoner, tidspress og personalmangel.



<b>Konklusjon</b>	Rehabilitering program var gjennomførbart i hjemmesykepleier og ble oppfattet som nyttig i daglig praksis. Program har en positiv innvirkning på helsepersonell i hjemmesykepleien iblant kunnskap, holdning, ferdigheter, sosiale og organisatoriske støtte.
<b>Relevans for studiet:</b>	Hensikten er relevant for oppgaven vår, det omhandler hjemmesykepleier og program i studien kan på en måte brukes i norsk hjemmesykepleier. Studien setter fokus på endring av atferd av hjemmesykepleier dermed å oppmuntre pasientens selvstendighet.

#### 4.1 Bacheloroppgavens sammenfattende resultat

Artiklene vi har funnet og presentert, påpeker forskjellige funn. Gjennom analyse av de sju artiklene har vi kommet frem til fire kategorier som utgjør bacheloroppgavens sammenfattede resultat.

##### 1. Organisering og ledelse:

- *Healthcare organization- education partnerships and career ladder programs for health workers*

##### 2. Bemanning:

- *Should I stay, or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes*
- *From organizational justice to turnover intention among community nurses: A mediating model*
- *Registered Nurses' Health in Community elderly care in Sweden*
- *Should I stay, or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing*

##### 3. Kompetanse til helsepersonell:

- *Healthcare organization- education partnerships and career ladder programs for health workers*

##### 4. Rehabilitering og helsefremming til eldre:

- *Process evaluation of a reablement training program for homecare staff to encourage independence in community-dwelling older adult*
- *Team social cohesion, professionalism, and patient-centeredness: Gendered care work, with special reference to elderly care - a mixed methods*

## 5.0 Drøfting

Ut ifra problemstillingen vår har vi kommet frem til ulike kategorier som står sentralt i evnen til å yte forsvarlig helsehjelp til eldre i hjemmetjenesten til tross for sykepleiermangel. Gjennom litteratursøk, analyse og fremstilling av resultat har vi kommet frem til ulike sekundærlitteratur som snakker om organisering, bemanning, kompetanse og rehabilitering i lys av problemstillingen. Slik vi fort erfarte i sammenstillingen av resultatene var at problemstillingen vår var sammensatt. Kategoriene som til tider kunne virke selvforklarende oppstod som kompliserte og sammenslående i hverandre. Skillet mellom løsninger på et individnivå til ett systemnivå var ikke alltid helt klart å se. Gjennom drøftingsdelen vil vi komme innom både sykepleiermangel, eldre, faglig forsvarlighet direkte under hovedkategoriene da disse ofte ligger som en grunnfaktor vi må ta i betraktning.

### 5.1 Organisering

I henhold til studien Josefsson (2012) var hovedutfordringen for organiseringen i tjenesten å utvikle en koordinert pakke med politikk som gir en langsiktig og bærekraftig løsning med godt arbeidsmiljø. Samhandlingsreformen tok sikte på å møte fremtidens utfordringer med et mål om å tilby pasientene rett behandling, på rett sted og til rett tid. Dette førte til at hjemmesykepleien måtte ta imot utskrivningsklare pasienter fortere enn før og med større samt mer sammensatte behov (Meld. St. 47 (2008-2009)). Slik tidligere nevnt gjorde samhandlingsreformen at kommunene fikk et større ansvar for helse og omsorgstjenestene til sine innbyggere samtidig som det også er forventet at primærhelsetjenestene skal føre forebygging, tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering (Norheim og Thoresen, 2015). Resultatet ble flere komplekse og omfattende oppgaver som ble overført til primærhelsetjenesten (Meld. St. 47 (2008-2009)). I etterkant av samhandlingsreformen dukket det fort opp utfordringer som følger av økt press på tjenestene i primærhelsetjenesten. For hjemmetjenesten sin del inkluderte dette mangel på ansatte med fagkompetanse, manglende

kontinuitet i pasientarbeidet, tidspress og stramme økonomiske rammer (Norheim og Thoresen, 2015).

For at hjemmetjenesten skal kunne fungere og sikre en effektiv tjeneste krever det tilstrekkelige økonomiske ressurser (Glavin og Gjevjon, 2016). Til tross for dette ser man at regjeringen setter nye rekorder for bruk av oljepenger, men at det ikke gjenspeiler seg i helsevesenet (Dolonen, 2016). Konsekvensene blir stramme budsjetter med for lite spillerom til å utvikle en tjenesten som kan fortsette å tilby faglig forsvarlig helsehjelp til en økende eldre befolkning samt legge til rette for den økende mangelen på sykepleiere og den økte arbeidsbelastningen som følge av samhandlingsreformen, se kap. 5.2. En av de største utfordringene kommunene står ovenfor argumenteres for å være gapet mellom de krav og forventninger som det stilles til kommunene, kontra hva slags ressurser kommunene faktisk rår over. Forholdet mellom statlige myndigheter og kommunene har i flere år hvert anspent. Kommunikasjonen mellom de to preges av svartespill der det gjelder å ikke sitte igjen med de forventningene som ikke innfris fremfor å samhandle til innbyggernes beste (Øgar og Hovland, 2004b). Et eksempel på dette er manglende kompetanseheving i kommunehelsetjenestene. Studier viser at Norge i dag har for lite kompetanse blant helsepersonell i primærhelsetjenestene. Det er et gap mellom hva slags kompetanse som forventes av regjeringen og mellom hva som faktisk er tilfellet i primærhelsetjenestene (Bing-Jonsson, 2017).

Bing-Jonsson (2017) viser til at kommunene ikke har lagt godt nok til rette for kompetanseheving. Hverken for å sikre tilstrekkelig kompetanse eller til å møte kommunenes komplekse behov for helsetjenester. Om hjemmetjenesten skal kunne klare å yte faglig forsvarlig helsehjelp til den økte eldre befolkningen samt ta til rette for sykepleiermangelen trengs det en skiftning i tankegang hos ledere på forskjellige nivåer. Ledere på et statlig nivå og kommunalt nivå må komme sammen og finne nye måter å utvikle en bærekraftig kommunehelsetjeneste. Å etablere en “bedre føre var, en snar” tankemåte burde stå sentralt for utviklingen av fremtidige kommunale oppgaver slik også samhandlingsreformen søkte å sette fokuset på innovasjon og etablering av nye tiltak.

Etablering av et karriere studieprogram kan være en mulig løsning for mangel på kompetanse samt fungere som insentiv til å etablere tiltak som kan bespare kommunene i lengden. Karrierestige program for kommunehelsetjenesten kan bidra til godt opplært helsepersonell,

hvor de belønner helsepersonell som søker kompetanse og ferdighet. Samtidig forventes det gjennom karriereprogram å redusere kostnadene som er forbundet med turnover og sikre en forbedre patient behandling. Å ha riktig og kompetent personell på jobb er viktig med tanke på arbeidstilfredshet, da mangelfull bemanning med rett kompetanse kan påvirke kontinuiteten i helsetjenesten. Josefsson (2012) peker på at det faktisk er en årsak til utbrenthet og stort press blant sykepleiere. Noe som igjen gjør at gjenværende helsepersonell får økt arbeidspress, noe som resulterer til at flere slutter på jobb (Huang, Li og Wan, 2019). For å etablere et slikt program kreves det statlig finansiering og etableringer i kommunehelsetjenesten. Dette forutsetter god kommunikasjon mellom de ulike instansene, noe man kan argumentere for ikke er godt nok per dags dato.

Det er stor andel helsepersonell som er misfornøyde med å jobbe i hjemmetjenesten. Dette på grunn av utfordringer knyttet til det å yte faglig forsvarlig helsehjelp og å ikke kunne imøtekommes pasientens behov på grunn av organisatoriske utfordringer. Det er vist at mangel på tid og økonomiske ressurser har ført til store belastninger på helsepersonell samtidig som det påvirker den faglig forsvarlig helsehjelp vi yter (Skaar *et al.*, 2014). Brukerne blant annet de eldre, en sårbar gruppe mener at de blir ivaretatt, men de er kritiske til helsepersonellet som jobber i tjenesten på grunnlag av at de har så lite disposisjon til tid basert på behovene som må imøtekommes. Avdelingsledere begrunner dette med at det er på grunn av lav bemanning og begrenset økonomiske ressurser (Birkeland og Flovik, 2018b).

En mulig måte å løse problemet med tidspress er å etablere et primærkontaktsystem. Dette systemet innebærer at brukere av hjemmetjenesten får en fast primærkontakt å forholde seg til ((Meld. St. 47 (2008- 2009))). Brukerne i hjemmetjenesten får dermed faste helsefagarbeidere og sykepleiere som har den tilsvarende kompetanse og kunnskap til å innføre riktig observasjoner, og mulige tiltak for pasienter. Helsepersonellers og sykepleieres ansvar er å observere pasienten jevnlig, holder kontakt med lege og pårørende, å sikre riktig medikamenter som er brukt, å passe på hvis brukeren har riktig utstyr og å veilede øvrige ansatte. Ved primærkontaktsystemet har den dekket kravet til effektiviteten å yte faglig forsvarlig helsehjelp i tjenesten. Samt var ledere, pårørende og pasienter var enig i at kvaliteten på tid og den faglig forsvarlig helsehjelp på hjemmesykepleien var bedre når det var avklart hvem som hadde ansvaret for pasientene (Birkeland og Flovik, 2018b).

Resultater fra artikkelen til Bratt og Gautun (2018) mener at sykepleiere i kommunehelsetjenesten, spesielt i hjemmesykepleien jobber alene med et betydelig antall ufaglærte arbeidere som bidrar til tidspress, arbeidspress og stressende arbeidsforhold. Skaar et al. (2014) mener at når man ikke hadde et formelt faglig forsvarlig ansvar ovenfor brukeren førte dette til utfordringer for hvordan helsepersonell imøtekom brukernes behov. Dette bidro til utilstrekkelig kontinuitet i faglig oppfølging i forhold til sykepleiers kunnskap og kompetanse. Når brukernes behov ikke blir imøtekommes kan dette medføre til helsesvikt. Noe som kunne bidra til at brukeren ble feilplassert eller værende i hjemmetjenesten. Til tross for dette mener Skaar et al. (2014) at kommune og ledere burde etablere en mer organisert og rettferdig tjeneste for å ivareta og beskytte den økende antall av eldrebølgen. Det blir også nevnt at de sentrale faktorene for å yte en optimal faglig forsvarlig helsehjelp til eldre er å ha tilstrekkelig tid, oversiktighet og bedre kontinuitet av helsefremming og helseforebyggende arbeid. Men samtidig krever det også å ha nok helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse slik at fordeling blir rettferdig og at alle brukerne får nok tid til den helsehjelpen de har behov til.

## 5.2 Bemanning

God bemanning er avgjørende for effektiviteten på jobb og for hvordan organiseringen skal foregå. I studien til Huang, Li og Wan (2019) påpekes det at hjemmesykepleien bør arrangere egen tid og oppgaver på en smartere og mer meningsfylt måte slik at lederne kan oppnå en mer rimelig arbeidsfordeling for sykepleierne. Dette for å få sykepleiere til å føle seg mer meningsfulle i sitt arbeid samt for å forbedre arbeids engasjementet og deretter redusere sykepleiernes intensjon om å slutte.

Ettersom behovet for hjemmesykepleien økte som følge av samhandlingsreformen finner man nå også et økende behov for sykepleiere i hjemmetjenesten. Om man ser på situasjonen i dag ser man at bemanningen av sykepleiere i kommunene svekkes. Det ble utført en undersøkelse i regi av Sykepleien.no hvor 3 av 4 sykepleiere svarte at de i løpet av året hadde vurdert å slutte eller bytte arbeidsplass i kommunen. Under faktorer for å slutte eller bytte jobb var bemanning, lønn, og psykiske/fysiske arbeidsbelastninger de faktorene som var mest hyppige (Helmers, Johansen og Reppen, 2021). På lik linje med denne undersøkelsen finner man også studier som viser til sykepleiermangel og rekrutteringsproblemer. NAV sin bedriftsundersøkelse fra 2021 viser til at det er størst personellmangel innen helse og

sosialtjenestene. Sykepleieryrket blir særlig trukket frem hvor det var estimert å mangle 5 350 sykepleiere for 2021. Samtidig er det også næringen med størst rekrutteringsproblem. Totalt sett 33% av virksomhetene oppga å ha problemer med rekruttering som følger av for få kvalifiserte søkere (Nav, 2021). Slik fremgangen tilsier forventes det å mangle svimlende 28 000 sykepleiere i 2035 med mindre utdanningen øker eller myndighetene klarer å øke dekningsgraden på andre måter (Sentralbyrå, 2019).

I likhet med økende sykepleiermangel ser vi også en økende eldre befolkning. Det er mer og mer snakk om såkalte eldrebølger som skylles innover den norske kysten. Med eldrebølger menes store økninger i antall eldre her til lands. Man tenker ofte på en jevn økning, men det kan også komme i såkalte bølger. Havet har enda holdt seg nokså stabilt, men man ser nå økende aktivitet og flere bølger som skylles i land i nær fremtid. Om utviklingen fortsetter kan man forvente om lag en million eldre i løpet av 2050 (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2020). Dette utgjør omtrent 25% av befolkningen her til lands og vil bli en stor demografisk gruppe som må bli gjort rede for. Slik vi har erfart gjennom arbeidsliv er eldre en stor prosentandel av brukere som mottar hjemmetjenester. Samhandlingsstatistikk fra 2014-2015 viser til at eldre over 80 år utgjør rundt 45% av tjenestemottakerne i hjemmesykepleien (Helsedirektoratet, 2016). Man kan anta at den økende eldre befolkningen også vil føre til en økende andel av eldre som mottar hjemmetjeneste.

Sykepleiers kompetanse er helt nødvendig i hjemmetjenesten. Sykepleier sitter på særlig spesiell kompetanse om å fremme helse og å hjelpe brukere som er eller kan bli utsatt for helsesvikt. Samtidig skal sykepleiere hjelpe å ivareta grunnleggende behov basert på mye av Henderson sin teori og samtidig gi en verdig livsavslutning. Sykepleieren har den totale oversikten over brukernes situasjon og er ofte den som koordinerer helsehjelpen og veileder annet helsepersonell (Birkeland og Flovik, 2018a). Mangel på sykepleiere kan argumenteres for å svekke den faglige forsvarlige helsehjelpen basert på at kontinuitet i helsehjelpen, omsorg og observasjon svekkes ved sykepleiermangel basert på sykepleiers ansvarsområde og kunnskapsgrunnlag i hjemmetjenesten.

Slik vi har argumentert for tidligere skaper stramme budsjetter utfordringer for organiseringen av hjemmetjenesten og for sykepleier i jobb, Et eksempel på dette er avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Høyt sykefravær hos sykepleiere fører ofte til at mange av sykepleier vaktene blir dekket av personell med lavere kompetanse eller av personell som ikke har noen

helsefaglig bakgrunn i det hele tatt. Det er også vist at et betydelig antall vakter ikke blir dekket av noen i det hele tatt (Gautun, 2020). Dette grunner seg i ledelse som har lav terskel for å bruke ufaglærte som kan påta seg vakter slik at budsjett kan oppnås samt at det er nok personale på jobb. Konsekvensen blir færre sykepleiere på jobb noe som igjen påvirker kvaliteten på tjenesten som gis. Ofte blir grunnleggende sykepleie, behandling, forebygging og rehabilitering neglisjert som følge av for få sykepleiere på jobb (Gautun, 2020). Konsekvensene blir høyere andel ufaglærte på jobb, tidspress for andre sykepleiere på jobb og et dårligere arbeidsmiljø som følger av økte fysiske/psykiske belastninger noe som igjen resulterer i sykepleiermangel.

I likhet med dette er mangel på heltidsstillinger, små fagmiljøer, begrensede muligheter for egen fagutvikling, høyt arbeidspress og dårlig omdømme årsaker til dårlig rekruttering og bemanning av sykepleiere i kommunehelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2017). For å kunne sikre faglig forsvarlig helsehjelp til eldre i hjemmetjenesten er det derfor viktig å ta til rette for de utfordringene som ligger til grunn, men samtidig innse at problemet er dagsaktuelt og ikke en fjern bølge i horisonten. Vi vil derfor videre drøfte to mulige løsninger for hvordan vi kan fortsette å sikre faglig forsvarlig helsehjelp til eldre gjennom økt kompetanse hos ansatte og fokus på rehabilitering til eldre.

### 5.3 Kompetanse

Sykepleiers rolle er ingen entydig sak. Virginia Henderson beskrev sykepleier sin rolle som evnen til å ivareta pasienten sine fjorten grunnleggende behov. Å skulle kunne ivareta hvert enkelt individs grunnleggende behov er ingen enkel sak og krever at sykepleieren klarer å ta utgangspunkt i at behovene oppleves forskjellige fra individ til individ. Slik er det viktig at sykepleier skaffer seg kjennskap og informasjon om hvordan individet selv opplever sine behov.

Henderson sin behovsmodell ser på pasienten sitt problem i lys av behandlingen og konkrete sykepleietiltak satt til verks for å kompensere for ressursvikten til pasienten (Grimsbø *et al.*, 2021). Selv om mye av grunnlaget til Henderson er videreført til den dag i dag er også mye forandret. Både medisinsk fremgang og samfunns fremgang har ført til mer og mer fokus på sykepleiers sin evne til å styrke pasientens egne ressurser, behov og mestringsevne istedenfor å selv skulle løse ressursvikten til pasientene ved å utføre gjøremålene for dem (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2020b). Slik ser vi at sykepleiers rolle har fått mer konkrete områder

og kan deles inn i overordnede punkter for bedre forståelse: helsefremmende, forebyggende, konkret behandling, lindring/palliasjon og rehabilitering (Grimsbø *et al.*, 2021).

For sykepleieren i hjemmetjenesten er ikke alltid sykepleierrollen så lett å avklare. Det er derfor viktig å diskutere sykepleiers funksjon i utgangspunkt av ansvar og kompetanse (Fjørtoft, 2016a). Sykepleierens kompetanse er en svært viktig komponent i helsevesenet, da vi ofte møte mennesker i alle aldre som har ulike livssituasjoner. Det er ikke uvanlig at høyere utdanning gir mer ansvar. Det er heller ikke uvanlig at sykepleier er den som blir rådført av kollegaer når det oppstår akutte situasjoner (Birkeland og Flovik, 2018a). Ut ifra riksrevisjonens undersøkelse viser det at dersom sykepleiere blir erstattet med ufaglærte helsepersonell kan dette ha konsekvens på kvaliteten i tjenesten som gis (Skogli *et al.*, 2020).

Bekymringene for kvalitet av omsorgen har motivert helsetjenesten til å investere mer i karriereprogram. Karriereprogram fungerer som et tilbud for all personale slik at de får utvikle ferdigheter og kunnskap mens «de er på jobb». Det er hovedsakelig ledelsen som har makt/evnen til å belønne ansatte med lønnsøkning og/eller forfremmelse på jobb i henhold etter karriereprogram. Forventet fordel med karriere program for helsetjeneste inkluderer bedre opplært helsepersonell med riktig kunnskap og ferdigheter (Dill, Chuang og Morgan, 2014). Öhman, Keisu og Enberg, (2017) mener også dette kan gjøre at når en har nok faglig kunnskap og kompetanse, kan en bidra til å jobbe mer selvstendig og bidra til effektiv utnyttelse ressursbruk av tid.

Ut fra studien av Dill, Chuang og Morgan (2014) påpekes det muligheter for helsepersonalet å øke kunnskap og ferdigheter gjennom organisasjonen sin via et karriereprogram. Det er verdt å legge merke til at studien er basert på helsevesenet i Amerika og at det er forskjell i hvordan helsevesenet er bygget opp. Til tross for dette viser studien hensikten hvor sykepleiermangel er en sentral del av initiativet til oppstart av et slikt program. Dette kan gjøre det relevant for Norge i dag ettersom samhandlingsreformen ble iverksatt.

Kompetanseløft er et lignende program som ble introdusert i 2021 her til lands. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste der de har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Gjennom dette programmet så har ufaglærte ansatte muligheter til å få nok kompetanse og kunnskap til å samarbeide med andre helsepersonale blant annet sykepleier. Dette fremgår ved opplæring, kurs og veiledning blant annet personell uten fagutdanning, utdanningstilbud og faglig påfyll



til ansatte. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste der de har tilstrekkelig og kompetent bemanning (Helsedirektoratet, 2017). En måte for å muliggjøre dette er blant annet veiledning fra sykepleiere. Gjennom veiledning om for eksempel rehabiliterende arbeidsmetoder kan man styrke elders egenomsorg samt øke kompetansen til ansatte i tjenesten noe som vi kommer tilbake til, se kap. 5.3. Slik tidligere nevnt er sykepleiers rolle i endring. Sykepleier yrket omfatter i dag flere og flere ansvarsområder hvor blant en av de er en pedagogisk funksjon. Sykepleier kan bidra i tilfellet med rehabilitering å veilede både på ansatte og pasienter slik at opptreningen til hver enkelt bruker kan bli fulgt opp og kontinuiteten styrkes (Birkeland og Flovik, 2018c). Dette fremheves sykepleier i tråd med lovens krav om helsepersonellens plikt for informasjon §4 samt pasientrettighetsloven som forutsetter sykepleierens pedagogisk funksjon §3-1 (Halse og Helleberg, 2009). For å kunne gjøre disse tilbudene mulig, kreves det også at tjenesten har nok økonomisk ressurser. På bakgrunn av dette presisert Norheim og Thoresen (2015) at økonomiske rammer blant annet i helsevesen gjør det utfordrende å prioritere både faglig og kunnskap utvikling.

Som vi har nevnt tidligere er det lederne som skal utarbeide følge utvikling og overholde et fast budsjett hver måned. Dette fører til at avdelingsledere ofte prioritere økonomisk budsjett foran faglig kvalitet (Glavin og Gjevjon, 2016). Følgelig kan ikke avdelingsledere gjennomføre sitt arbeid optimalt med tanken på fag og kunnskap utvikling da dette trenger nok økonomiske ressurs. På den andre siden, prinsipielt er økonomien slik underordnet forsvarlighetsnormen. I tråd med hva departementet sier at dersom tjenester som ytes uforsvarlig og er nødt til å øke ressursinnsats for å være i tråd med forsvarlighetskrav, må lederne velge de nødvendige ressurser og foreta en nødvendig prioritering for at tilstanden skal opphøre (Molven, 2019). For at alle programmet blir iverksettes så avdelingsledere borde ha ansvar til administrativ oppgaver blant annet prioritering av nok økonomiske ressurs. Samt burde avdelingsleder tar ansvar til å legge til rette for at helsepersonellet har riktige kvalifikasjoner og anledning til å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Glavin og Gjevjon, 2016). Det finnes forskjellige utfordringer blant annet økonomisk ressurs i helsevesenet. Men samtidig, avdelingsleder er forventet å løse disse utfordringer som er nevnt tidligere, innenfor egne rammer og fremmes kreativ forslag til hvilke tiltak som skal iverksettes for å sikre balansen mellom et fast budsjettet og ytelsen av faglig forsvarlig helsehjelp.

## 5.4 Rehabilitering

Slik vi har argumentert for vil den fremtidige utviklingen om den får fortsette føre til utfordringer for den faglige forsvarlige helsehjelpen. Eldre er en stor gruppe innad hjemmetjenesten som må tas til rette for og vil med tiden øke i omfang. Vi vil nå videre drøfte hvordan hverdagsrehabilitering kan føre til god forsvarlig helsehjelp til eldre på tross av sykepleiermangelen.

Slik tidligere nevnt har sykepleiers rolle fått mer og mer fokus på å arbeide rehabiliterende som følge av samhandlingsreformen. Rehabilitering kan sees på som de tiltak man etablerer for å gjenvinne mistet funksjon eller helse (Kassah, Tingvoll og Nordahl-Pedersen, 2016b). Som følger av aldersforandringer og tap av funksjon har eldre oftere behov for rehabilitering. Slik vi har erfart i jobbsammenheng er det i dag lite fokus på rehabilitering av eldre brukere. Daglige gjøremål og ferdigheter som den enkelte kunne ha klart med riktig veiledning og oppfølging blir utført for og ikke med brukerne. Rooijackers *et al.* (2021) viser til at Norge ikke er et unntaksland, men et av mange land som har for mye fokus på å utføre for og ikke med. Studien poengterer at selv om hjemmetjenesten ideelt sett skal ivareta eldre brukere sin selvstendighet blir ofte deres hverdagslige aktiviteter overtatt. Dette kan medføre svekket egenomsorgsevne og kan risikere svekket evne til å bli boende hjemme. Studier fra Sverige og Danmark viser til det samme, hvor økt fokus på rehabilitering førte til at brukerne ble mindre avhengige av hjelp hjemme noe som igjen førte til frigjøring av ressurser som kunne blitt brukt andre steder (Glavin og Gjevjon, 2016).

Slik vi allerede har fastsatt vil den høyere andelen eldre i samfunnet føre til at sykdomsbildet endres slik at det blir flere eldre med funksjonssvikt. Regjeringen har derfor lagt mye vekt på å styrke borgernes egenomsorg ved å innovativt legge til rette for nye arbeidsmåter som kan bidra til helsefremmende tjenester samt kunne fungere bærekraftige for fremtidig utvikling (Kassah, Tingvoll og Nordahl-Pedersen, 2016a). Hverdagsrehabilitering er en slik arbeidsmetode. Arbeidsmetoden fungerer som en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabiliteringstjeneste i hjem og nærmiljø for personer som har opplevd et funksjonsfall. Tjenesten består av et tverrfaglig team som inkluderer terapeuter, sykepleier og andre ansatte i hjemmetjenesten. Målet er å bistå personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for dem selv. Det typiske for tjenesten er at individene ofte er eldre som står i fare for å bli avhengig av faste hjemmetjenester, men også gis til alle som har behov for det (Førland og Skumsnes, 2016).

Selv om hverdagsrehabilitering allerede er en etablert tjeneste, er det fortsatt lite informasjon om tjenesten og det pekes på generelt lite fokus på rehabiliteringsarbeid i kommunene. Selve tjenesten har enda ikke etablert seg i kommunene og det varierer fra kommune til kommune hvordan tjenesten organiseres (Førland og Skumsnes, 2016). Innovasjonsarbeid skjer som oftest i de enkelte kommunene og gir spillerom til hvordan hver enkelt kommune legger til rette for behovet til befolkningen. Regjeringen ser på innovasjon som et av ansvarsområdene til lederen og råder hver enkelt kommune til å ha innovasjon og kompetanse som egne temaer som del av det helhetlige kommuneplanarbeidet. Slik vi har sett byr fremtiden på utfordringer innen eldreomsorgen, spesielt hjemmetjenesten. Som sykepleiere som utøver faglig forsvarlig helsehjelp til pasientene våre har vi plikt til å oppfylle de krav, forventninger og behov de måtte ha. Forandring må ikke skje ovenfra og ned. En del av hensikten med denne oppgaven er å oppfordre sykepleiere til å innovativt søke ny kompetanse slik samhandlingsreformen søkte samt sette lys på enkeltindividets evne til å påvirke tjenesten gjennom kompetanse og holdninger.

Resultat fra Skaar *et al.* (2014) peker på at utfordringer som helsepersonell ofte står med i kommunehelsetjenesten er relatert tid til rådighet samt hvordan de skal prioritere mellom hver enkelt pasient. Videre nevnes det at mangel på tid ofte kommer fra for lite personale eller for trange budsjetter. Stort tidspress var en sentral utfordring for sykepleiere som arbeidet i den generelle helsetjenesten i den kommunale eldreomsorgen. Slik samhandlingsreformen la til rette for innovasjon har hverdagsrehabilitering i flere tilfeller vist seg å være en gunstig tjeneste likeså en tankemåte i arbeid med eldre brukere i hjemmetjenesten. Å ha økt fokus på hverdagsrehabilitering som tjeneste, men også som en tankegang kan gi større muligheter for selvstendighet til eldre i hjemmetjenesten. Samtidig er det også dokumentert økonomiske gevinster og ressursbesparende gevinster som følger av økt selvstendighet. Slike funn kan fungere som viktige insentiver til fokuset på rehabiliterende arbeid for ledere og sykepleiere i hjemmetjenesten. Det er dog verdt å vite at resultatene fra de ulike studiene konkluderer med ulike funn, dette skyldes hovedsakelig ulike fremgangsmåter samt metode for utførelse. En studie fra Australia fulgte 750 deltakere over 2 år. De fant ut at gruppen som hadde fått hverdagsrehabilitering trengte mindre pleie enn de som kun hadde fått vanlig hjemmetjeneste (Lewin *et al.*, 2013). I en etterfulgt studie ble det konkludert med at brukerne i mindre grad brukte hjemmetjenester, institusjonsplasser, legevakt og sykehus (Lewin *et al.*, 2014). En amerikansk studie konkluderte med like funn hvor det ble funnet lavere re - innleggelser, økt sannsynlighet for å bo hjemme og generelt lavere tjenestebruk (Tinetti *et al.*, 2002). Utover

dette var det ulike studier som pekte på lite til ingen økonomisk gevinst (Førland og Skumsnes, 2016).

Selv om studiene peker mot økonomiske gevinster og ressursbesparende gevinster er det viktig å vite at dette er utenlandske studier med et helsevesen som differensierer seg fra helsevesenet i Norden. Det poengteres at det i dag finnes få dokumenterte studier i Norden som bekrefter funn fra utenlandske studier. Det er på en annen side bekreftet helsemessige gevinster rettet mot brukere i hjemmetjenesten her til lands. En undersøkelse fra Norge fulgte seks brukere som deltok på et forskningsprosjekt i en periode av fire til seks uker hvor hverdagsrehabilitering ble iverksatt gjennom et tverrfaglig team i hjemmetjenesten. Studien dokumenterte at hverdagsrehabilitering har en helsefremmende og rehabiliterende effekt. Deltakerne opplevde blant annet økt grad av selvstendighet og myndiggjørelse. Det er på en annen side viktig å anerkjenne at denne studien er liten og må sees i sammenheng med andre kvalifiserte studier (Kassah, Tingvoll og Nordahl-Pedersen, 2016a).

Hverdagsrehabilitering som tjeneste kan gi økonomiske, helse og ressurs relaterte gevinster, men er på en annen side lite hørt om, ikke en godt nok etablert tjeneste ei heller en måte å arbeide på. Sykepleiere er den største yrkesgruppen i helse- og omsorgstjenesten og har en sentral del i rehabiliteringsarbeidet. Ut fra resultat presentasjonen vår har vi lagt til rette for noen kategorier og underkategorier som kan indikere for forhold som gjør det vanskelig å etablere faglig forsvarlig helsehjelp til brukere. En av disse kategoriene er sykepleiermangel med underkategoriene tidspress og prioritering. Studien til Rooijackers *et al.* (2021) viser til implementeringen av programmet “Stay Active at Home”, ett hverdagsrehabilitering program som søker å øke graden av selvstendigheten til eldre brukere i hjemmetjenesten. Programmet var rettet mot helsepersonellet ved å gi kunnskap, holdninger, ferdigheter samt sosialt og organisatorisk samspill. Resultatet viste til at implementeringen var ganske suksessfull med en høy deltakelse og en implementeringsprosess som først ønsket. Det var på en annen side ulike utfordringer knyttet til implementeringen av programmet. Ifølge noen ansatte var oppgavene som programmet involverte tidkrevende og førte i noen tilfeller til at det ikke ble gjennomført. Det var også uenigheter blant ansatte hvorvidt hverdagsrehabilitering var gjennomførbart ettersom det krevde mer tid, som igjen førte til dårligere tid på mer “komplekse” oppgaver. Det var en preferanse å gjøre for og ikke med ettersom det tok mindre tid. Til tross for dette var det allerede etablert et økonomisk insentiv for å kunne ivareta det

økte tidsbehovet i rehabiliteringsarbeidet slik at sykepleierne følte at de ikke hadde dårlig tid. Dette gjennom å gi en bestemt sum per bruker uavhengig av hvor mye helsehjelp de krevde.

I studien til Skaar *et al.* (2014) samles flere resultater som viser at helsepersonell har opplevd hvordan prioritering av tid i arbeidsdagen kan være en utfordring. Konsekvensen av behovet for prioritering fører til etiske dilemmaer på grunn av mangel på ressurser, tid og lite budsjett. Dårlig samvittighet og følelse av utilstrekkelighet kommer fram. For å sikre kvalitet i praksis ser vi at tilstrekkelig med tid er en viktig faktor for å kunne yte faglig forsvarlig helsehjelp til eldre. Flere norske studier påpeker tydelig at lav bemanning, høyt arbeidstempo, og økonomiske utfordringer er dagens agenda i hjemmetjenesten. I motsetning til sykehjem eller sykehus har hjemmetjenesten ikke begrensninger på hvor mange pasienter tjenesten kan gi helsehjelp til. Trygghetsalarmer er en uforutsigbar faktor i løpet av arbeidsdagen og kan føre til umiddelbart behov for å slippe alt man har i hendene og rykke ut til andre brukere. Tidspress og prioritering behov er ikke gode forutsetninger for å kunne arbeide rehabiliterende.

## 6.0 Konklusjon

Som følger av samhandlingsreformen fikk hjemmetjenesten et større ansvar til brukere. Sykepleiere står ovenfor store utfordringer knyttet til effektivisering, kontinuitet og oppfølging av eldre brukere til tross for den økende sykepleiermangelen. Økningen av eldre brukere i fremtiden skaper heller ikke gunstige forutsetninger for å lette på arbeidspresset sykepleiere og annet helsepersonell opplever i hjemmetjenesten den dag i dag. Kravet for å yte faglig forsvarlig helsehjelp blir vanskeligere og vanskeligere å oppfylle ettersom forutsetninger legger demper på tid og kompetanse som finnes i tjenestene.

Slik resultatene våre tilsier pekes det på utfordringer knyttet til organisering, ledelse, lav kompetanse, lav bemanning, tidspress og manglende rehabiliterende arbeid. I arbeidet mot å etablere en tjeneste som kan fortsette å yte faglig forsvarlig helsehjelp til en økende eldre gruppe er det viktig å se hvor problemene ligger og hvordan man kan arbeide for å løse disse.

Fra et organisatorisk nivå trengs det mer bevilgninger og mer utredning i arbeidet om hva som forventes av hjemmetjenesten kontra hva som faktisk foreligger. God kommunikasjon mellom statlige organer og kommunale organer er en forutsetning. Det er på en annen side ikke alltid at forandring skal skje ovenfra og ned. Vi som arbeidere i helsevesenet har et ansvar for å

være med å sikre en tjeneste som kan fortsette å ivareta behovene som forventes ivaretatt i befolkningen. Å etablere et godt arbeidsmiljø, finne nye løsninger, forandringer i arbeidsmetoder og å kontinuerlig arbeide for å utvikle er viktige punkt hver enkelt sykepleier kan ta med seg i arbeidet i kommunene.

At det nå i nyere tid er så stort fokus på sykepleiermangel i kommunene og følgene av dette peker på at lite har blitt gjort rede for i forkant av utviklingen. Det kreves fortsatt kontinuerlig utvikling av tjenesten med tanke på fremtidige utfordringer. Ledelsen i kommunehelsetjenesten har stort ansvar for å etablere organiserte og rettferdige tjenester som kan ivareta og beskytte sykepleiere som allerede arbeider i kommunen slik at ikke enda flere sykepleiere slutter som følger av påpekte utfordringer noe som igjen kan påvirke kvaliteten på helsehjelpen som gis slik som vi ser med den betydelige andelen ufaglærte i helsevesenet. Vi har pekt på noen mulige løsninger, men det kreves fortsatt mye mer innovasjon og nytenkning rettet mot en bærekraftig tjeneste som kan yte faglig forsvarlig helsehjelp til eldre i årene som kommer.

## Litteraturliste

- Bing-Jonsson, P. C. (2017) *Forskning på kompetanse i helse- og omsorgstjenester i kommunen i Norge. Hva bør vi egentlig kunne og hvordan finne ut av det?*  
Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/arsrapport-2017.pdf/\\_attachment/inline/ebc49447-c317-4aba-ae32-dbaf6ae92f7:498f5ebe4cf996904c034b4378508f9233ee1466/%C3%85rsrapport%202017%20for%20Kompetanse%C3%B8ft%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/arsrapport-2017.pdf/_attachment/inline/ebc49447-c317-4aba-ae32-dbaf6ae92f7:498f5ebe4cf996904c034b4378508f9233ee1466/%C3%85rsrapport%202017%20for%20Kompetanse%C3%B8ft%202020.pdf) (Hentet: 15. mai 2022).
- Birkeland, A. og Flovik, A. M. (2018a) Hjemmesykepleie- bakgrunn og rammer, i Birkeland, A. og Flovik, A. M. (red.) *Sykepleie i hjemmet*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 13-29.
- Birkeland, A. og Flovik, A. M. (2018b) Samarbeid, samhandling og organisering, i Birkeland, A. og Flovik, A. M. (red.) *Sykepleie i hjemmet*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 94-111.
- Birkeland, A. og Flovik, A. M. (2018c) Pasientens hjem som arbeidsarena, i Birkeland, A. og Flovik, A. M. (red.) *Sykepleie i hjemmet*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 50-64.
- Bratt, C. og Gautun, H. (2018) Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing, *J Nurs Manag*, 26(8), s. 1074-1082.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12639>
- Braut, G. S. og Grammeltvedt, G. A. (2006) *God praksis og faglig forsvarlighet- to sider av samme sak*. Tilgjengelig fra:  
[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/artikler/god\\_praksis\\_faglig\\_forsvarlighet.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/artikler/god_praksis_faglig_forsvarlighet.pdf) (Hentet: 15. mai 2022).
- Dill, J. S., Chuang, E. og Morgan, J. C. (2014) Healthcare organization–education partnerships and career ladder programs for health care workers, *Soc Sci Med*, 122, s. 63-71. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.021>
- Dolonen, K. A. (2016) *Syk økonomi*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/09/hva-vil-dere-gjore-friskmelde-sykehusokonomien-politikere> (Hentet: 19. mai 2022).
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processes data, 20(2). Tilgjengelig fra:  
<https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>.

- Fjørtoft, A.-K. (2016a) Hjemmesykepleiens rammer, i Fjørtoft, A.-K. (red.) *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforl., s. 145-167.
- Fjørtoft, A.-K. (2016b) Mål og verdier, i Fjørtoft, A.-K. (red.) *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforl., s. 121-143.
- Fjørtoft, A.-K. (2016c) Å arbeide i andres hjem, i Fjørtoft, A.-K. (red.) *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforl., s. 27-46.
- Fjørtoft, A.-K. (2016d) Pasientene i hjemmesykepleien, i Fjørtoft, A.-K. (red.) *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforl., s. 47-100.
- Fjørtoft, A.-K. (2016e) Observere og vurdere behov, i Fjørtoft, A.-K. (red.) *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforl., s. 169-192.
- Førland, O. og Skumsnes, R. (2016) *Hverdagsrehabilitering*. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2412233/hverdagsrehabilitering.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Hentet: 11. mai 2022).
- Gautun, H. og Hermansen, Å. (2011) *Eldreomsorg under press- Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. (Fafø-rapport 2011:12). Oslo: Fafø. Tilgjengelig fra: [https://www.fafø.no/media/com\\_netsukii/20203.pdf](https://www.fafø.no/media/com_netsukii/20203.pdf) (Hentet: 27. april 2022).
- Gautun, H., Øien, H. og Bratt, C. (2016) *Underbemanning er selyforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA Rapport 6/2016). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, verlferd og aldring (NOVA). Tilgjengelig fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/til-trykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf) (Hentet: 27. april 2022).
- Gautun, H. (2020) *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. (NOVA RAPPORT NR 14/20). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20-en-utvikling-som-ma-snus.pdf>.
- Glavin, K. og Gjevjon, E. R. (2016) Hjemmesykepleietjenesten, i Gjevjon, E. R. og Fjørtoft, A.-k. (red.) *Sykepleie i kommunehelsetjenesten : helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforl., s. 38-49.



- Grimsbø, G. H. *et al.* (2021) Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise, i Kristoffersen, N. J. (red.) *Grunnleggende sykepleie 1 : fag og profesjon*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal, s. 225-282.
- Grov, E. K., Holter, I. M. og Toverud, K. C. (2015) Hva er sykepleie?, i Mathisens, J. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 119-141.
- Halse, K. og Helleberg, K. (2009) *Pedagogikk i praksis*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/02/pedagogikk-i-praksis> (Hentet: 16. mai 2022).
- Helmers, A.-K. B., Johansen, L. B. og Reppen, N. K. (2021) *Derfor vurderer 3 av 4 sykepleiere i kommunene å slutte*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2021/09/derfor-vurderer-3-av-4-sykepleiere-i-kommunene-slutte> (Hentet: 15. mai 2022).
- Helsedirektoratet (2016) *Samhandlingsstatistikk 2014-15*. (IS-2427). Oslo. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandlingsstatistikk/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf/\\_attachment/inline/93a6a6ba-802b-4c39-987b-de18b6460757:c92c1f28a44a4c48b1eb926b6f0f8ebd563ee547/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandlingsstatistikk/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf/_attachment/inline/93a6a6ba-802b-4c39-987b-de18b6460757:c92c1f28a44a4c48b1eb926b6f0f8ebd563ee547/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf) (Hentet: 16. mai 2022).
- Helsedirektoratet (2017) *Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017*. (IS-2755). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/arsrapport-2017.pdf/\\_attachment/inline/ebc49447-c317-4aba-ae32-dbafc6ae92f7:498f5ebe4cf996904c034b4378508f9233ee1466/%C3%85rsrapport%202017%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetanseloft-2020-arsrapporter/arsrapport-2017.pdf/_attachment/inline/ebc49447-c317-4aba-ae32-dbafc6ae92f7:498f5ebe4cf996904c034b4378508f9233ee1466/%C3%85rsrapport%202017%20for%20Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf) (Hentet: 15. mai 2022).
- Helsedirektoratet (2018) *Helsepersonelloven med kommentarer*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#paragraf-4-forsvarlighet> (Hentet: 15. mai 2022).
- Helsedirektoratet (2020) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-helse-og-omsorgstjenester-og-transport/rett-til-nodvendig-helsehjelp-fra-spesialisthelsetjenesten> (Hentet: 13. mai 2022).
- Helsenorge (2019) *Hjemmesykepleie og andre helsetjenester i hjemmet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsetjenester-i-hjemmet/#hvem-kan-fa-helsetjenester-i-hjemmet> (Hentet: 11. mai 2022).

- Helsenorge (2022) *Praktisk bistand og opplæring*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/personlig-assistanse-praktisk-bistand-og-opplering/> (Hentet: 15. mai 2022).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra:  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_4) (Hentet: 11. mai 2022).
- Huang, X., Li, Z. og Wan, Q. (2019) From organisational justice to turnover intention among community nurses: A mediating model, *J Clin Nurs*, 28(21-22).  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15031>
- Josefsson, K. (2012) Registered nurses' health in community elderly care in Sweden, *Int Nurs Rev*, 59(3). <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00984.x>
- Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A. og Nordahl-Pedersen, H. (2016a) Hverdagsrehabilitering- Helsefremming gjennom empowerment, i Nordahl-Pedersen, H. og Martinussen, I. S. (red.) *Forebyggende helsearbeid : sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 124-136.
- Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A. og Nordahl-Pedersen, H. (2016b) Sykepleiernes m te med rehabiliteringspasienten/ brukeren i kommunehelsetjenesten, i Evju, A. S., Pedersen, K. r. og Tingvoll, W.-A. (red.) *Forebyggende helsearbeid : sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 106-120.
- Kattouw, C. E. og Wiig, S. (2018) Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet, *Sykepleien Forskning*, 13(74391).  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2014a) Biologisk aldring, i Mensen, L. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 52-57.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2014b) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien, i Fermann, T. og Næss, G. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 238-261.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2014c) Den gamle pasienten, i Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 79-90.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2020) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien, i Næss, G. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal, s. 245-258.

- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2020b) Helsetjenester til eldre, i Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal, s. 202-214.
- Lewin, G. *et al.* (2013) A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults, *Health Soc Care Community*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x>
- Lewin, G. *et al.* (2014) A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service, *Health Soc Care Community*, 22(3). <https://doi.org/10.1111/hsc.12092>
- Molven, O. (2019) Krav om yrkeutøvelse og virksomhet, i Molven, O. (red.) *Helse og jus*. 9. utgave. Oslo: Gyldendal, s. 227-250.
- Nav (2021) NAVs bedriftsundersøkelse 2021: Fortsatt høy mangel på arbeidskraft. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/nyheter/navs-bedriftsundersokelse-2021-fortsatt-hoy-mangel-pa-arbeidskraft> (Hentet: 15. mai 2022).
- Norheim, K. H. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien - på rett sted til rett tid?, *Nursing competence in home care nursing - in the right place at the right time?* <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343>
- Nortvedt, M. W. *et al.* (2021) Spørsmålsformulering, i Nortvedt, M. W., *et al.* (red.) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 31-44.
- Omsorgstjenestene, K. f. p.-o. (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (Hentet: 13. mai 2022).
- Rooijackers, T. H. *et al.* (2021) Process evaluation of a reablement training program for homecare staff to encourage independence in community-dwelling older adults, *BMC Geriatr*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01936-7>
- St. meld nr.47 (2008-2009) (2009) Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sentralbyrå, S. (2019) *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2035> (Hentet: 16. mai 2022).

- Sentralbyrå, S. (2021) *Sjukeheimar, helsetenester og andre omsorgstenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester> (Hentet: 27. april 2022).
- Skogli, E. et al. (2020) *Forberedt på neste krise? Vurdering av helse- og omsorgssektorens kapasitet til å håndtere fremtidig etterspørsel*. (NR. 142/2020): Menon Economics. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-02/forberedt-pa-neste-krise\\_menon\\_rapport\\_2021.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-02/forberedt-pa-neste-krise_menon_rapport_2021.pdf) (Hentet: 16. mai 2022).
- Skaar, R. et al. (2014) Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer, *Organization of health care services for older people in the municipality - some ethical challenges*, (4). <https://doi.org/doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-04-03>
- Thidemann, I.-J. og Thidemann, M. U. (2019) Valg av metode, i Thidemann, I.-J. og Thidemann, M. U. (red.) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, s. 74-79.
- Tinetti, M. E. et al. (2002) Evaluation of Restorative Care vs Usual Care for Older Adults Receiving an Acute Episode of Home Care, *JAMA*, 287(16). <https://doi.org/10.1001/jama.287.16.2098>
- Øgar, P. og Hovland, T. (2004a) Kvalitet og kvalitetsutvikling, i Øgar, P. og Hovland, T. (red.) *Mellom kaos og kontroll : ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 17-30.
- Øgar, P. og Hovland, T. (2004b) Kommunene og kommunehelsetjenesten, i Øgar, P. og Hovland, T. (red.) *Mellom kaos og kontroll : ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 31-57.
- Öhman, A., Keisu, B.-I. og Enberg, B. (2017) Team social cohesion, professionalism, and patient-centeredness: Gendered care work, with special reference to elderly care - a mixed methods study, *BMC Health Serv Res*, 17(1), s. 381-381. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2326-9>
- Aasen, H. S. et al. (2018) Styringsdilemmaer i praksis. Helsepersonells beslutninger om helsehjelp i daglig arbeid, i Teig, I. L. og Wester, G. (red.) *Prioritering, styring og likebehandling : utfordringer i norsk helsetjeneste*. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 208-234.

