



Norwegian University of
Science and Technology

Masteroppgave

HM502313 Master i avansert klinisk sykepleie

**Arbeidsdagen som hjemmesykepleier i
distriktskommune - en kvalitativ studie om
hjemmesykepleiers erfaringer etter
samhandlingsreformen**

Helle Ulla Ingelsrud

Totalt antall sider inkludert forsiden: 28 Antall ord 6081

Ålesund, 10.05.2018

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	1. <input checked="" type="checkbox"/> 2. <input checked="" type="checkbox"/> 3. <input checked="" type="checkbox"/> 4. <input checked="" type="checkbox"/> 5. <input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge i inntil ett år, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 .	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert av et plagieringskontroll-system.	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs forskrift §6-4 .	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Marianne Louise Frilund

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU en vederlagsfri rett til å gjøre [oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering](#):

ja nei

Er oppgaven båndlagt ([konfidensiell](#))?

ja nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

ja nei

Denne mastergradsoppgaven er gjennomført og godkjent som del av et mastergradsstudium ved NTNU. Oppgaven er studentens eget selvstendige arbeid i henhold til [§ 6 i Forskrift om krav til mastergrad av 01.12.2005](#).

Dato: 10.05.2018

Sammendrag

Bakgrunn:

Samhandlingsreformen har ført til endringer i arbeidsdagen til sykepleier i hjemmesykepleien. Arbeidsoppgavene er blitt flere og pasientene har et større og mer omfattende hjelpebehov. Ute i distriktskommuner jobber sykepleier mye alene, med et stort ansvar, og få fagfolk å rådføre seg med.

Hensikt:

Hensikten med studiet er å beskrive hvordan sykepleier i hjemmesykepleien erfarer egen hverdag og behovet for kompetanse for å ivareta dagens pasient.

Metode:

Studien har en kvalitativ tilnærming gjennom fokusgruppeintervju i tre distriktskommuner på nord-vest-landet. Utvalget omfattet 14 sykepleiere, derav 3 spesialsykepleiere.

Resultat:

Sykepleierne beskriver flere og sykere pasienter ute i kommunene. Pasientene skrives fortere ut fra sykehus, og sykepleieoppgavene er blitt flere og mer komplekse. For å ivareta pasienten og dekke nødvendig kompetanse, har de laget seg egne strategier. Samtidig opplever de arbeidet som spennende og mer utfordrende, og de kjenner behovet for å øke sin kompetanse.

Konklusjon:

Sykepleiere i distriktskommuner erfarer at godt samarbeid og planlegging må til for å kunne ivareta dagens pasient ute i distriktskommuner. De har tatt i bruk egne strategier for å håndtere arbeidsoppgaver og dekke nødvendig kompetanse. På tross av dette opplever de en mer variert og spennende arbeidsdag.

Arbeidsdagen som hjemmesykepleier i distriktskommune - en kvalitativ studie om hjemmesykepleiers erfaringer etter samhandlingsreformen

Introduksjon

Samhandlingsreformen, iverksatt av regjeringen i 2012, har ført til store endringer i kommunene (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hensikten med denne reformen var å styrke samhandlingen mellom helseforetakene og kommunenes helse- og omsorgstjenester, med det formål å koordinere tjenestene bedre. Dette medførte blant annet lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering, kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. I dag overføres et større antall pasienter fra sykehus til kommune, gjerne med store og omfattende behov for oppfølging og medisinsk behandling, med krav om at helse- og omsorgssektoren i kommunene skal oppgraderes med økt kompetanse og økte ressurser (Meld. St. 29 (2012-2013); Meld. St. 26 (2014-2015)). Denne utviklingen ser vi også i andre land (Grimsmo & Magnussen, 2015). Behandlingsoppgaver er flyttet fra sykehus og inn i pasientens hjem ute i kommunene. Disse oppgavene er ofte omfattende, pasienten er fremdeles behandlingstrengende og har ofte et stort pleie- og behandlingsbehov (Helsedirektoratet, 2014). Ute i distriktskommuner er sykepleier ofte alene på vakt, noe som medfører et stort ansvar og det er få andre fagpersoner å rådføre seg med. Kommuner i distriktene er preget av lange avstander med bil- og ferjeforbindelse, noe som skaper ekstra behov for planlegging og gode evner til å arbeide selvstendig. Dette krever erfarne og kunnskapsrike sykepleiere som kan takle uforutsette hendelser i tillegg til de daglig fastsatte oppgavene. Sykehus og lege er gjerne langt unna, og telefon og elektronisk meldingsutveksling er eneste måten kunnskapsutvekslingen foregår på.

Hensikten med mitt forskningsarbeid er å kartlegge sykepleiers erfaring fra egen arbeidsdag i hjemmesykepleie etter innføringen av samhandlingsreformen. Studien vil gi

kunnskap om hjemmesykepleiens behov for kompetanse for å ivareta dagens pasient i distriktskommuner.

Bakgrunn

Flere år før inntoget av Samhandlingsreformen, og som er forberedelse på denne utviklingen, så regjeringen behovet for økt fagkompetanse ute i kommunene, og satte fokus på kompetanseøkning i kommunene (Meld. St. 25 (2005-2006)).

Regjeringen laget også en kompetanse- og rekrutteringsplan; Kompetanseløftet 2015, som etterfølges av Kompetanseløftet 2020, dette for å sikre kompetente bemanning i omsorgssektoren (Meld. St. 25 (2005-2006); Meld. St. 26 (2014-2015)).

På tross av dette viser studier at det er en betydelig ubalanse mellom statens forventninger til fagkompetanse, og den tilgjengelige kompetansen som finnes ute i kommunene i dag (Bing-Jonsson, Foss & Bjørk, 2015).

Oppgaveforskyvningen fra spesialist- til kommunehelsetjenesten etter samhandlingsreformen har skapt endringer i rollen som sykepleier i hjemmesykepleien (Meld. St. 47 (2008-2009); Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Liggetiden ved sykehus er blitt kortere, flere behandles poliklinisk og pasientene lever lenger, noe som innebærer en økning i antall pasienter som har behov for omfattende medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging og pleie, og rehabilitering når de kommer hjem (Fjørtoft, 2016).

Samhandlingsreformen har blant annet ført til at hjemmesykepleien må ta imot utskrivningsklare pasienter med sammensatte og komplisert behov for videre behandling, pleie og omsorg. Det er uavklart om kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta dagens pasienter (Norheim & Thoresen, 2015; Riksrevisjonen, 2016; Tyrholm, Kvangarsnes & Bergem, 2016).

Samhandlingsreformen målsetning er at flest mulig skal få tjeneste der de bor, og at kommunehelsetjenesten skal settes i stand til å påta seg større helsefaglige oppgaver. Antallet utskrivningsklare pasienter er doblet i løpet av de siste årene, noe som setter store krav til hjemmesykepleien om fleksibilitet og tilpasning. Raskere utskrivning fordrer ny og bredere kompetanse hos sykepleierne i hjemmesykepleien både på å utvikle gode

pasientforløp og ha fokus på rehabilitering. Kommunene må derfor ha tilgang på personell som kan gi et forsvarlig medisinsk tilbud til den utskrivningsklare, men ikke ferdigbehandlede pasienten (Hermansen & Grødem, 2015). Pasientene, som sykehuset hevder er utskrivningsklar, er i dag fremdeles behandlingstrengende og har gjerne alvorlige og komplekse sykdomstilstander, i tillegg til at de er eldre og flere enn før (Grimsmo, 2013).

Dagens sykepleiere trenger kunnskap om forebygging, behandling og teknologi. Såkalte nye diagnoser; dialyse, respiratorbehandling og terminalomsorg ute i kommunene. Dette er behandlinger som stat og fylke hadde ansvaret for tidligere, og er tilstander som fordrer både ny og økt kompetanse for sykepleiere i kommunene (Tyrholm et al, 2016).

Kompetanseutvikling skjer ofte på fritiden, fordi sykepleierne opplever tidspress og mangel på ressurser for å kunne holde seg faglig oppdatert. Kunnskapsutvekslingen foregår gjerne ved at erfarne og kunnskapsrike sykepleiere rettleder og tar med mindre erfarne kollegaer i læresituasjoner (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017).

Samhandlingsreformen skaper utfordringer og endringer, noe som også er med på å øke motivasjonen og gjøre yrket mer spennende. Dette kommer også fram i tidligere forskning. En studie hevder at sykepleiere i små kommuner reagerer positivt på utfordringer med utskrivning av sykere pasienter til kommunen. Sykepleierne syntes endringene er utfordrende og spennende, noe som igjen kan føre til større motivasjon til å fortsette i arbeidet (Kyrkjebø et al, 2017).

Lover og retningslinjer

Sykepleiekompetanse er beskrevet flere steder via lover og retningslinjer (Helsepersonelloven, 1999, §§ 4-15; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Disse viser til at sykepleier har en plikt til å holde seg faglig, etisk og juridisk oppdatert, og at arbeidsgiver plikter å legge til rette for at denne kompetansen økes.

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et tilbud til alle, uansett alder eller livssituasjon. Hjemmesykepleien gir helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket helse eller alderdom gjør at de trenger hjelp i en kortere eller lengre periode (Fjørtoft, 2016). Helsehjelp innebærer

forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie- og omsorg, og som er utført av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2).

De siste årene har hjemmesykepleien gjennomgått store omveltninger, både på grunn av politiske føringer, omlegging av helsesektoren, endring i faggruppene og ikke minst på grunn av samhandlingsreformen (Fjørtoft, 2016; Meld. St. 47).

Organisasjonsformen New Public Management (NPM) har i de siste årene preget hjemmesykepleien i de fleste kommuner. Denne organisasjonsformen går ut på en bestiller- og utførerenorganisering, der disse to er selvstendige organer. Bestillerkontoret fatter tjenester og vedtak, og hjemmesykepleien utfører oppgavene. Bestillerkontoret har også ansvaret for utskrivningsklare pasienter (Fjørtoft, 2016).

Kompetansebegrepet

Kompetansebegrepet er et komplekst og sammensatt begrep, som blir forstått på ulike måter (Lai, 2016). Lai definerer kompetanse som: »De samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (2016, s. 46) Hun deler kompetansen inn i fire komponenter; kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger, som alle må være forankret i enkeltindividet for å kunne gi kompetanse. Kunnskapsbegrepet refereres til det «å vite» (2016, s. 47). Kunnskapen viser dermed til det en vet og omfatter alt fra faktakunnskap, viten om årsakssammenhenger og evnen til å tolke for eksempel prosedyrer. Ferdigheter utvikles gjerne over tid, og gjennom øvelse og defineres som det «å kunne gjøre» (2016, s. 47). Gjennom fysiske ferdigheter praktiserer sykepleieren prosedyrer og teknisk utstyr, mens de kognitive ferdighetene er mer knyttet til tolkninger og analyser. Evner er menneskets medfødte egenskaper og talent, og refererer til muligheten for å tilegne seg kunnskap og utføre oppgaver. Holdninger er knyttet til personligheten, og henviser til individets syn på omverdenen, både medmennesker og arbeidsoppgaver. Holdninger er avgjørende innen omsorgsyirket, siden det synet sykepleier har på pasient, behandling, pleie, kollegaer og organisasjon, vil være avgjørende for om kompetansen er god eller dårlig (Lai, 2016). Lai skiller også mellom formell og uformell kompetanse. Den formelle kompetansen består av både kunnskaper og ferdigheter, og er basert på yrkesrettet utdanning og kurs. Uformell kompetanse er den kompetansen vi opparbeider oss gjennom erfaringer, både i yrkeslivet og som menneske generelt. Totalen for disse to formene for kompetanse, er realkompetanse (Lai, 2016), og det er denne kompetansen som bør forventes av en erfaren sykepleier.

Benner (1995) beskriver sykepleierens tilegnelse av ferdigheter gjennom fem ferdighetsnivåer; novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Novisen har ingen erfaring, hun forholder seg etter en «lærebokstyrt» atferd og hun er avhengig av undervisning for å tilegne seg kunnskap og erfaring. Den avanserte nybegynner er i stand til å prestere en akseptabel innsats, men trenger støtte og veiledning for å forstå de ulike komponentene i en situasjon.

Den kompetente sykepleier har to til tre års erfaring, men mangler den kyndige sykepleierens hurtighet og smidighet.

Den kyndige sykepleieren oppfatter situasjoner som helhet, og bruker sin bakgrunnsforståelse til å se situasjoner i sammenheng med langsiktige. Hun vet hva hun kan forvente seg i en gitt situasjon.

Eksperten har med sin erfaringsbakgrunn fått et intuitivt grep om enhver situasjon. Hun kan fokusere på en problemstilling uten å sløse bort tid på overveielser og analytiske prinsipper. I situasjoner der hun ikke har tidligere erfaring, må også hun analysere situasjonen (Benner & Have, 1995).

Ifølge Benner (1995) har ikke alle sykepleiere evne til å bli ekspert. Mange stopper på et kyndighetsnivå. Eksperten handler ut i fra en dyp forforståelse av totalsituasjonen, og for å beskrive hvorfor hun gjør som hun gjør, følger hun ofte magefølelsen fordi hun kjenner på følelsen om at «det føles rett».

Forskningsspørsmål:

«Hvilke erfaringer har sykepleier i hjemmesykepleien med å ivareta pasienten etter innføringen av samhandlingsreformen?»

Metode

Valg av forskningsmetode

Med bakgrunn i problemstillingen og for å få fram erfaringer ble det valgt en kvalitativ metode gjennom fokusgruppeintervju. Hensikten med kvalitative intervju er å forstå personene fra den intervjuedes perspektiv (Kvale & Brinkman, 2015). Studien søker en

hermeneutisk tilnærming, der informantenes utsagn blir analysert og tolket som utgangspunkt for forståelse (Malterud, 2017).

Gjennom å bruke fokusgruppeintervju utnyttes gruppeeffekten der informantene utnytter hverandre for å få fram nyanser og erfaringer (Kvale & Brinkman, 2015). Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide som informantene fikk på forhånd, for å starte tankegangen omkring temaet.

Utvalg og rekruttering av informanter

Det ble valgt et strategisk utvalg for å få belyst temaet best mulig. Strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

Enhetsleder og/eller avdelingsledere i kommunene ble kontaktet, og videreformidlet prosjektet til sine aktuelle sykepleiere. Korrespondansen gikk gjennom e-post. Det ble lagt ved informasjonsskriv, intervjuguide, samtykkeskjema og godkjenning fra NSD (Nr. 58831).

Inklusjonskriteriene var sykepleiere med fast ansettelse i hjemmesykepleien. Det var ønskelig med ulik erfaringsbakgrunn for å få fram eventuelle nyanser.

Fokusgruppene hadde en sammensetning på 3-6 informanter. På den ene arbeidsplassen var det kun tre fast ansatte sykepleiere. Erfaringsbakgrunnen varierte fra ett år til 25 år, med et gjennomsnitt på 12 års erfaring. Informantene var 13 kvinner og en mann, og tre av disse hadde videreutdanning.

Intervjuguide

Intervjuguide er et strukturert dokument som i stikkordsform skal minne oss om temaer som vi ønsker data om, og bidra til å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen (Kvale & Brinkman, 2015).

Å finne de rette spørsmålene for å få svar på problemstillingen er et krevende arbeid, og intervjuguiden ble derfor, med tillatelse, lånt av annen forsker. Guiden ble redigert og tilpasset problemstillingen.

Gjennomføring av intervjuene

Det ble i forkant gjennomført et pilotprosjekt med egne kollegaer for å teste ut både intervjuguide, lydopptaker og forskerens rolle.

Intervjuene ble gjennomført i tre distriktskommuner på nord-vest landet vinteren 2018, kommuner med et innbyggertall på mellom 1200 og 9000 innbyggere.

Informantene ble først introdusert for temaet og hver enkelt presenterte seg. Fokus i intervjuene var hvordan sykepleier opplever egen arbeidsdag og sykepleiekompetanse. Hvert intervju varte mellom 60 og 90 minutter, og foregikk på sykepleiernes arbeidsplass.

Etiske betraktninger

Kompetanse og egen arbeidsdag kan være et følsomt tema å snakke om, og det ble derfor lagt opp til en uhytellig atmosfære gjennom intervjuene.

Deltakerne ble godt informert gjennom forespørsel om deltakelse per e-post og nøyaktig informasjon på selve intervjudagen. For å ivareta deltagerens rettigheter i forhold til personvern har studien fått godkjenning fra NSD. Enhetsleder eller avdelingsleder samtykket til prosjektet i forkant. Frivilligheten ble understreket og samtykkeerklæringen ble underskrevet. Lydopptak ble slettet straks de ble transkribert, og materialet ellers ble anonymisert og oppbevart konfidensielt.

Analysen

Det ble nyttet systematisk tekstkondensering i analysen, en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017).

Første fase i analysen var å skrive ut den transkriberte teksten og lese igjennom alt gjentatte ganger for å bli kjent med materialet og for å danne et helhetsinntrykk. I denne fasen var det viktig å arbeide aktivt for å se mulige temaer, samtidig som forforståelsen måtte settes til side (Malterud, 2017).

I neste fase ble teksten gjennomgått systematisk og materialet ble organisert inn i temaer, markert med koder i form av tall, og deretter limt inn i ett eget nytt dokument. Kode og tall markerte hvilken av deltakerne det gjaldt og hvor tekstbiten var hentet fra. Resultatet ble sju sider med meningsbærende enheter, som igjen ble kodet for å samle tekstbiter som har noe til felles (Malterud, 2017). Temaene ble ikke de samme som i intervjuguiden, da det kom fram mer interessante opplysninger i de nye meningsbærende enhetene. Det ble nyttet prosjektlogg gjennom hele analysen, der alle valg og tanker ble notert ned, dette for å forenkle eventuelle steg tilbake i prosessen.

I tredje trinn av analysearbeidet ble kunnskapen abstrahert (Malterud, 2017).

Kodegruppene fikk subgrupper. Deretter ble det laget ett kunstig sitat, et kondensat, til hver av subgruppene. Dette sitatet ble skrevet i jeg-form, satt i kursiv, og var som et utgangspunkt for alle de meningsbærende enhetene som representerte den gruppen som ble tatt for seg. Dette ble gjort gruppe for gruppe, og det ble tilstrebet at alle deltakernes stemme skulle komme fram i kondensatet.

I fjerde trinn ble bitene satt sammen i form av gjenfortellinger, såkalt rekontekstualisering. Det ble skrevet en analytisk tekst, en sammenfatning med bakgrunn i kondensatene til hver av gruppene.

Resultater

Analyse og tolkning ga fire kategorier med underkategorier. Hver kategori og underkategori har fått sitt eget sitat med meningsbærende enheter.

HOVEDKATEGORIER	UNDERKATEGORIER
Sykere pasienter og raskere utskrivning krever bredere kompetanse	Flere ulike pasientgrupper Komplisert behandling Mangel på informasjon Behov for institusjonsopphold før hjemkomst Økning i kreftpasienter
Samarbeid og planlegging for at de dårligste pasientene skal få bo hjemme	Samarbeid med fastlege Dialog med sykehuset Planlegging innad i sykepleiergruppen
Krav på nye modeller i praksis	Interne avtaler for å ivareta pasienten Kompetanse på bekostning av fritiden Dokumentasjon på bekostning av pasientkontakten
Behov for kontinuerlig kompetanseutvikling	Bratt læringskurve Læring i reelle situasjoner Tidspress og mangel på ressurser

Sykere pasienter og raskere utskrivning krever bredere kompetanse

«Det kan oppstå all verdens situasjoner som en ofte må stå i alene på vakt. På ei sykehusavdeling derimot, har de kollegaer og lege lettere tilgjengelig, og medisiner klare».

Flere ulike pasientgrupper

Sykepleierne sa at det er alle typer pasienter som kommer hjem med behov for hjemmesykepleie. Informantene beskrev det som et stort felt som skal dekkes, og mange pasientgrupper å bli kjent med.

«Vi får jo alt, vi har psykiatri, hjerte, kreft, alle diagnoser, og alle pasientgrupper. Det er et veldig vidt område å skulle ha mest mulig kompetanse på alle de ulike feltene».

Komplisert behandling

Behandlingsoppgaver er flyttet fra sykehus til pasientens hjem, og informantene fortalte at dette er oppgaver som sykepleier ute i distriktene aldri opplevde før samhandlingsreformen.

Flere av informantene beskrev pasienter som kommer hjem med komplisert smertebehandling med smertepumpe eller sentralt venekateter, og cellegiftbehandling i pasientens hjem. En informant fortalte om cellegiftbehandling via veneport.

Hun beskrev det slik:

«De ringte fra kreftavdelinga ei helg og ville ha sykepleier til å koble fra cellegift på en veneport, noe jeg måtte si nei til. Dette kjente jeg på kroppen at jeg ikke hadde kompetanse til å mestre uten opplæring».

Mangel på informasjon

Informantene sa at pasientene skrives fort ut av sykehus, ofte uten epikrise og nødvendig utstyr og medisiner. De opplevde at nyopererte pasienter kom raskt hjem og at epikrisen gjerne ikke kom før etter noen dager. Dette førte til at sykepleier måtte bruke informasjonsskrivet som pasienten fikk med seg hjem, for deretter å kontakte fastlege for å få resept på nødvendige medisiner.

«Og det er jo ofte fredager de kommer hjem fra sykehuset, ofte uten medisiner og med et uavklart hjelpebehov. Da er det ofte kaotisk og jeg føler at jeg ikke strekker til».

Sykepleier må da kontakte sykehuset, bli satt over til rett person som kan gi den informasjonen som trengs for at hjemmesykepleier skal kunne gi den hjelpen som pasienten har behov for.

Behov for institusjonsopphold før hjemkomst

Det var felles enighet i sykepleiergruppen at flere av pasientene som kommer hjem kunne trengt lengre tid på sykehus eller fått et institusjonsopphold før de kommer hjem. På tross av dette gjør sykepleierne alt de kan for å ivareta pasienten.

Ute i distriktene langt fra sykehus er sykepleierne imidlertid vant med å håndtere dårlige pasienter, og de har ikke så mange å søke råd og hjelp hos. En sykepleier beskrev følgende:

«Vi er egentlig vant med å behandle dårlige pasienter, i og med at vi ligger langt vekk fra sykehus, og når dagen kommer og de ikke ønsker å bli innlagt på sykehus flere ganger på grunn av både avstand og påkjønning, så vil de helst bli behandlet her til det siste, og det er noe som vi prøver å innfri så godt som vi kan».

Økning i kreftpasienter

Flere av informantene sa at de opplevde en økning av kreftpasienter etter samhandlingsreformen.

«Vi merker at vi får tilbake ganske dårlige pasienter, at de lå lengre på sykehuset før, noe som gir økte krav til fagkompetanse for oss sykepleiere som skal behandle de i hjemmet».

Informantene fortalte at kreftpasientene før lå lenge på sykehus, og at de færreste noensinne kom hjem. De så også behovet for spesialsykepleiere innen kreft, og det var enighet om at kreftsykepleier er uvurderlig, og at det gir en ekstra trygghet for både pasient, pårørende og sykepleier når hun støtter opp i kompliserte kreftforløp hos pasienter.

Samarbeid og planlegging for at de dårligste pasientene skal få bo hjemme

Samarbeid og god planlegging må til for å dekke pasientens behov, samtidig som kompetansen må være på rett sted og til rett tid.

«Vi er blitt gode på å avklare hva pasientene ønsker selv, og prøver sammen med både pasienten, fastlege og/eller sykehuset å lage ett forventet forløp».

Samarbeid med fastlege

I alle fokusgruppene kom det fram at fastlege er mye involvert, og at sykepleierne opplever at de har et nært og godt samarbeid med fastlege. Dette forklarte de med at er viktig for å sikre pasientens behov og for å dekke kompetansen. En sykepleier sa følgende:

«Vi har et veldig godt samarbeid med fastlege, han stiller seg til disposisjon så sant han kan når det gjelder dårlige pasienter, og vi kan ringe han direkte i perioder der vi har komplisert pleie og behandling». «Vi hadde nok hatt det mer utfordrende om ikke han hadde stilt opp for å trygge både pasient, pårørende og sykepleier, slik han gjør», meddelte en annen informant.

Samarbeid med sykehuset

Sykepleierne fortalte om en god dialog med sykehuset når det gjelder de dårligste pasientene som skal komme hjem. Denne dialogen foregår i forkant av utskrivelsen, og starter med en gjennomgang om dette er noe som kommunen kan greie å mestre. Dialogen foregår oftest gjennom elektronisk meldingsutveksling og telefon, og i spesielle tilfeller gjennom direkte kontakt på sykehusavdelingen hvor pasienten er innlagt. Sykepleierne opplevde at sykehuset var velvillige til å ta imot de for opplæring av prosedyrer og at de var positive til å hjelpe med planlegging av hva pasienten trenger videre oppfølging av når han kommer hjem.

En av informantene sa følgende:

«Vi hadde en pasient med en alvorlig og komplisert sykdomstilstand som ønsket å komme hjem. Da reiste to av sykepleierne inn til sykehusavdelingen for å vurdere om dette var noe vi kunne mestre samtidig som vi fikk opplæring i spesielle prosedyrer som han trengte».

Sykepleierne sa at de var blitt flinke til å kreve en behandlingsplan fra sykehuset før pasienten kommer hjem. *«Vi vil vite hva vi skal behandle før de kommer ut igjen».*

Planlegging innad i sykepleiergruppen

Informantene beskrev god planlegging innad i hjemmesykepleien for å dekke pasientens behov, sykepleiedekning og nødvendig kompetanse. De var nødt til å legge opp til at sykepleieprosedyrer ble utført på dagtid når de er flere sykepleiere på vakt.

«Da legger vi opp til at smertepumpa skiftes på dagtid, for på kveldstid kan vi ofte være alene sykepleier og vi skal jo være to sykepleiere for å kontrollere hverandre».

I forhold til dårlige pasienter med ulike diagnoser som vil dø hjemme lager de en palliativ plan for å være forberedt på sykdomsforløpet. Denne planen inneholder pasientens ønsker den siste tiden, symptomer og ubehag som kan oppstå, og medisinliste med behovsmedisiner som dekker de fleste ubehag som kan forventes. Medisinene blir bestilt i god tid slik at en unngår mangel på nødvendige medisiner på kveld og helg.

Krav på nye modeller i praksis

«Ute i distrikta jobber vi selvstendig og må finne løsninger i øyeblikket. Ja, rett og slett bruke fantasien!»

Interne avtaler for å ivareta pasienten

Ute i distriktene jobber sykepleier veldig ofte alene, og må stole på egne vurderinger. Ved flere av arbeidsplassene beskrev sykepleierne en intern avtale som går ut på at de stiller opp for hverandre på fritiden, dette for å dekke nødvendig kompetanse. Denne avtalen går ut på at sykepleier som har fri stiller seg til rådighet per telefon, en form for ulønnet bakvakt, slik at sykepleier som er på vakt kan kontakt kollega dersom hun trenger noen å rådføre seg med. Om sykepleier må rykke ut, får hun avspasere timene senere. De fortalte

at denne avtalen gjør at de føler seg mye tryggere i arbeidet, og at de mestrer hverdagens krav lettere.

En av informantene beskrev det slik:

«Hvis jeg må ha hjelp, så får jeg hjelp, for de bor ikke lenger unna enn at de kan komme og hjelpe meg». «Ja, hadde det ikke vært for det, så vet jeg ikke om jeg hadde greid å stå i det», svarte en av de andre informantene.

Kompetanse på bekostning av fritiden

Sykepleierne var enige i at det var betryggende å vite at en får hjelp og støtte dersom en trenger det. Det er vanskelig å dekke kompetansen i distrikt der en har få sykepleiere ansatt og ofte bare en sykepleier på vakt av gangen. De sa imidlertid at det lett kunne bli en utfordring med tanke på å måtte være tilgjengelig også på fritiden.

«Det er ikke så kjekt når en jobber full stilling, men det står på bare en begrenset periode, kanskje en til to ganger i måneden, så da går det greit å yte litt ekstra ved å være tilgjengelig på fritiden».

Dokumentasjon på bekostning av pasientkontakten

Det var en gjennomgående tendens i intervjuene at dokumentasjonen tar stor plass i arbeidsdagen til sykepleier. Det er tidkrevende, men samtidig var de enige om at det meste er nødvendig i forhold til dokumentasjonsplikten.

Sykepleierne opplevde imidlertid økte krav til å dokumentere for alt de gjør, og at det gjerne går på bekostning av pasientkontakten.

Ved alle de tre kommunene beskrev de samme situasjon som følgende informantene meddelte:

«Vi har en sykepleier som daglig er bare inne på kontoret og tar seg av oppdateringer i pleieplan, medisinlister, bestilling av utstyr, pasientlister, telefoner og dialog via elektroniske meldinger med fastlege og sykehus».

Flere av sykepleierne fortalte om frustrasjon over alt de skal kunne på data, og at dette er datakompetanse som de ofte må lære seg selv via å spørre kollegaer eller gjennom å følge egne utviklede bruksanvisninger.

Behov for kontinuerlig kompetanseutvikling

«Det er et veldig vidt område og jeg tror at jeg aldri kan få nok kompetanse».

Bratt læringskurve

Informantene beskrev en bratt læringskurve i hjemmesykepleien etter samhandlingsreformen. På grunn av kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter med større komplekse sykdomstilstander, kjenner de på behovet for å oppdatere seg på nye ting. En informant sa dette:

«Vi må få god opplæring for å kunne ta imot disse pasientgruppene, og for at vi skal kunne gjøre disse mer spesielle prosedyrene også ute i kommunen».

Læring i reelle situasjoner

Distriktskommuner med få innbyggere har imidlertid få sykepleiere på arbeid daglig, noe som setter visse rammebetingelser for hvordan kompetanseutviklingen foregår.

Informantene ved alle arbeidsplassen fortalte om at opplæring av nye prosedyrer og behandlinger som oftest foregår i reelle situasjoner ute hos pasienten, både på grunn av at de er få sykepleiere til å dele på arbeidet og på grunn av tidspress. Opplæringen foregår ved at sykepleierne lærer opp hverandre, og at de alltid går to og to sykepleiere i nye oppgaver fram til de føler seg trygg i situasjonen. I forkant av nye oppgaver, setter de seg inn i aktuell prosedyre og gjør seg kjent med utstyret før to av de drar ut til pasienten.

«Den sykepleieren som har fått opplæring på sykehuset lærer opp den neste sykepleieren, og så går vi alltid to og to til vi føler oss trygge i situasjonen. Samtidig mister en den førstehåndsundervisningen når en lærer av hverandre».

Tidspress og mangel på ressurser

Det er gjennomgående at informantene opplever tidspresset og det at de er få sykepleiere som hemmende i forhold til kompetanseutvikling. Det er vanskelig å finne tid til å oppdatere seg på fagstoff i arbeidstiden og de må innimellom bruke fritiden til slikt. De erfarer at det kan gå på bekostning av pasienter og kollegaer dersom de skal på kurs en dag, og de føler at de må prioriterer pasientens behov framfor faglig påfyll. I tillegg må de

se til at det er annen sykepleier på jobb den dagen, og se til at oppgaver blir gjort unna før kursdagen.

Flere av informantene fortalte om at en del møter og fagoppdateringer må vike plass fordi pasientens behov kommer først, de er få sykepleiere på arbeid, og dermed få personer å fordele sykepleieoppgavene på.

«Jeg takker nei til flere kurs og oppdateringer, for jeg føler at jeg ikke kan være vekke fra pasienten flere dager, fordi vi er få sykepleiere og pasienten trenger de som er på jobb».

På tross av tidspress og mangel på ressurser hevder informantene at arbeidsdagen er utfordrende og spennende.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å kartlegge hjemmesykepleiers erfaring fra egen arbeidsdag etter samhandlingsreformen. Samhandlingsreformens resultat er raskt utskrivningsklare og sykere pasienter ute i hjemmesykepleien (Meld. St. 47 (2008-2009)). Studien vil derfor gi kunnskap om hjemmesykepleiers behov for kompetanse for å ivareta dagens pasient i distriktskommuner.

Funnene viser at dagens pasient i hjemmesykepleien er sykere og har komplekse pleie- og behandlingsbehov, noe som krever bred fagkompetanse. Sykepleierne hevder at god planlegging og samarbeid er uvurderlig for at pasientene skal kunne ivaretas av hjemmesykepleien. Kompetanseheving foregår oftest i reelle situasjoner og gjennom læring fra erfaren til mindre erfaren sykepleier. I tillegg kommer det fram at sykepleierne ute i distriktene lager egne strategier for å ivareta pasientens behov og for å dekke nødvendig sykepleiekompetanse.

Endring i arbeidsoppgaver

Dagens pasienter i hjemmesykepleien

Samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Haukelien, Vike & Vardheim, 2015). Ifølge informantene er pasientgruppen stor og med alle typer diagnoser. Den økte arbeidsmengden skyldes flere og sykere pasienter, større gjennomstrømning av pasienter mellom ulike kommunale tilbud, og flertallet av sykepleierne i denne studien hevder at pasienten som skrives ut til hjemmet ikke er ferdigbehandlet. Det vektlegges i studien at sykepleieroppgavene har blitt mer komplisert.

I dag tar kommunene imot sykere pasienter med et større pleie- og behandlingsbehov enn tidligere, og de kommer tidligere hjem fra sykehuset. Dette er funn både fra denne undersøkelsen og andre studier som er gjort tidligere (Gautun & Syse, 2013; Norheim & Thoresen, 2015; Grimsmo, 2013). Informantene fortalte om pasienter som har behov for behandlingsoppgaver i hjemmet, og at dette var oppgaver som de ikke utførte i hjemmene tidligere. Disse oppgavene kunne være avanserte medisinske prosedyrer som sykepleierne i hjemmesykepleien sjelden hadde utført tidligere. Dette funnet støttes av tidligere forskning (Haukelien et al, 2015; Grimsmo, 2013; Tyrholm et al, 2016). I tillegg er det kartlagt at det er en økning i eldre, skrøpelige som utskrives fra sykehus til hjemmet (Bruvik, Drageset & Abrahamsen, 2017), noe som det også var enighet om i fra informantene i de tre kommunene min studie foregikk.

Pleie, omsorg og behandling av svært syke og døende pasienter er utfordrende, både faglig og ressursmessig. Tidligere studier viser at det er kommet til nye pasientgrupper og nye diagnoser (Tyrholm et al, 2016) I min studie kom det ikke fram nye pasientgrupper, men en økning i kreftpasienter med behov for palliasjon.

New Public Management

Organisasjonsformen New Public Management (NPM) kan skape vansker i hjemmesykepleien. Pasienten som sykehuset hevder er utskrivningsklar, er ofte ikke ferdigbehandlet, og vurderes av tildelingskontoret som utskrivningsklar pasient for hjemmesykepleien. Siden hjemmesykepleie og tildelingskontor er to atskilte organer, blir pasienten vurdert og bestemt hva han trenger hjelp til av annet organ enn de som skal utføre disse oppgavene hos pasienten (Fjørtoft, 2016). En kan stille seg spørsmål om

tildelingskontoret vet nok om hva ressurser hjemmesykepleien har og om de kan greie å ta imot denne pasienten. Et godt samarbeid mellom de to instansene, at de snakker sammen i forkant for å avklare pasientens situasjon og hjemmesykepleiens ressurser kan gjøre denne oppgaven lettere.

Samarbeid og planlegging

Samhandling og planlegging kreves for at de dårligste pasientene skal få komme hjem og ute i distriktskommuner. Det er behov for å legge en plan for pleie- og behandlingsforløpet, og for å dekke sykepleiekompetanse, hevdet informantene i studien. De opplevde imidlertid varierende grader av kvalitet på dette samarbeidet, alt etter hva sykehus og sykehusavdeling pasienten kommer fra.

Det er iverksatt samarbeidsavtaler mellom kommunene og sykehusene for å styrke denne samhandlingen, men på tross av dette kommer det fram at samarbeidet mellom tjenestenivåene er svekket når det gjelder planlegging av utskrivning fra spesialisthelsetjenesten (Gautun & Syse, 2013).

Et interessant funn er at informantene i studien beskriver et tett og verdifullt samarbeid med fastlege i distriktskommuner. Kan dette samarbeidet kan være et resultat av ressursmangel, liten sykepleiedekning og mangel på kompetanse ute i distriktene? Eller kan det være en kombinasjon av det ovenstående og en fastlege som har tid og ressurser til en tettere oppfølging av sine pasienter? Uansett så ble dette samarbeidet sett på som uvurderlig både for pasient, pårørende og sykepleier.

God planlegging innad i sykepleiergruppen hevder informantene er helt nødvendig for å ivareta pasientens behov og dekke nødvendig kompetanse. De er få sykepleiere på jobb, og er derfor avhengig av å organisere arbeidet slik at disse behovene dekkes. Dette er funn som ikke har kommet fram i lignende studier.

Mangel på informasjon

Når det gjelder samarbeid med sykehus i forkant av utskrivelse, kom det fram delte meninger om hvor god denne var. Ifølge Gautun & Syse (2013) ble dette samarbeidet opplevd som dårlig i flere kommuner. Rapporten viste at det var mangel på informasjon, mangel på nødvendige medisiner og at pasienten fremdeles var behandlingskrevende, noe

som stemmer overens med informantene i min studie. Studien til Grimsmo (2013) trekker fram mangel på epikrise som ett stort problem.

Administrative oppgaver på bekostning av pasientkontakten

Samarbeidsreformen har gitt økt arbeidsmengde i kommunehelsetjenesten, noe som skyldes flere og sykere pasienter, en større gjennomstrømning av pasienter mellom de ulike kommunale tilbudene og mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene. Dette setter økte krav til administrasjon og dokumentasjon (Haukelien et al, 2015; Gautun & Syse, 2013). Dokumentasjonen tar stor plass og den fordrer til at sykepleier innehar kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger (Lai, 2016) til å kunne utføre dette faglig og juridisk rett (Helsepersonelloven, 1999, §39 og 40).

Over 70 % av tidsbruken til sykepleier går til administrative oppgaver og dokumentasjon, og sykepleierne bruker bare to timer per dag til direkte pasientarbeid (Thorsell, 2010). Dette stemmer med mine informanter, som hevdet at administrative oppgaver tok så stor plass i hverdagen, at det gikk ut over den daglige pasientkontakten. Det kan også settes spørsmålsteget til mangel ved ressursbruk når en sykepleier daglig mister verdifull pasientkontakt på grunn av nødvendig kontorarbeid.

Intern avtale for å ivareta pasienten

For å ivareta pasienten og dekke nødvendig kompetanse har informantene beskrevet en intern avtale seg imellom. Avtalen går ut på at sykepleier på fritiden stiller seg tilgjengelig for telefonkontakt og eventuelle bistand ute i feltet ved behov. Det kan settes spørsmålsteget ved denne løsningen, da den skjuler et kompetansebehov og i tillegg er ulønnet. Det er derfor viktig at ledelsen i kommunene blir klar over kompetansemangel, og at sykepleierne løser denne mangelen gjennom interne avtaler og frivillighet. På tross av dette er det forståelig at sykepleierne trenger denne tryggheten for å greie arbeidsdagen og ikke minst for å ivareta pasientens behov. Dette er et interessant funn og det har ikke lyktes forsker å finne slike funn i lignende studier.

Behov for kontinuerlig kompetanseutvikling

I små kommuner kan kompetanseutviklingen påvirkes av at det er få sykepleiere ansatt, og i tillegg er sykepleier ofte alene på vakt. Det kan være vanskelig å sette av tid til kompetanseheving fordi det alltid er andre oppgaver som skal gjøres.

Lærte av hverandre

Informantene ga uttrykk for at læring ofte foregikk i fellesskap med annen sykepleier og ved at de gikk gjennom utstyr og prosedyrer sammen. Få sykepleiere på arbeid og lange geografiske avstander til pasienten, gjorde at de benyttet mye læring fra erfaren sykepleier til mindre erfaren sykepleier. Den kyndige ekspert lærer novisen (Benner, 1995). I tillegg opplevde de at det kunne gå lang tid imellom hver gang de utførte prosedyrer, noe som medførte at de trengte en oppfriskning. Sykepleierne lærer av hverandre, noe som anses som en forutsetning for å utnytte tjenestene best mulig (Riksrevisjonen, 2016). Denne læringsformen er også beskrevet i lignende studier (Kyrkjebø et al, 2017).

Læring i reelle situasjoner.

I forhold til dagens krav til kompetanse i kommunehelsetjenesten kan en stille spørsmålsteget ved om denne kunnskapsutviklingen er tilstrekkelig. Gjennom læring av hverandre, mistes førstehåndsinformasjonen, kunnskapen kan bli endret gjennom flere ledd og den kan ende opp med å bli utført feil av sykepleier i senere ledd.

Tidspress og få sykepleiere på arbeid

Utfordringer knyttet til bemanning og ressurser i kommunehelsetjenesten i kombinasjon med tidspress er velkjente problemstillinger. Ved tidspress er det vanskelig å sette av tid til faglig oppdatering selv om rammene er der (Kyrkjebø et al, 2017).

Det er vanskelig for sykepleier å sette av tid til egen kompetanseheving når det går på bekostning av pasienten og kollegaer. Tidspress og mangel på ressurser er en velkjent problemstilling (Kyrkjebø et al, 2017).

Det er likevel viktig å trekke fram at sykepleierne i stor grad finner det interessant og utfordrende med nye og endrede oppgaver, noe som også har kommet fram i andre studier (Grimsmo, 2013; Gautun & Syse, 2013).

Svake sider ved studien

Fokusgruppeintervju fungerte godt som metode, og deltakerne inspirerte hverandre slik at det kom fram ulike synspunkter. Informantene var stort sett enige og kjente seg igjen i det de andre gruppemedlemmene fortalte.

Det var imidlertid vanskelig å få nok deltakere til fokusgruppene, grunnet liten sykepleiergruppe å ta av i distriktskommuner. Gruppene ble derfor på mellom 3 og 6 deltakere, men de små gruppene gjorde at det ble lettere å ta ordet fordi de var færre tilstede. Ved det ene intervjuet, deltok alle de tre fast ansatte sykepleierne, noe som utgjorde en dekning på 100 %.

Kjennskap til forskningsfeltet har bidratt til en unik innsikt som gjorde det mulig å identifisere kompleksitet som hadde vært mindre synlig for en utenforstående, og denne for forståelsen kan også beskrives som en motivasjon for selve prosjektet. På den annen side kan forskers forståelse sette begrensninger ved studiens troverdighet (Malterud, 2017), noe forsker har vært oppmerksom på gjennom hele prosjektet.

En kvalitativ studie kan aldri generaliseres. Deltakerne i studien er rekruttert fra et avgrenset geografisk område, og i tillegg er antall deltakere begrenset. De er imidlertid tatt fra tre ulike distriktskommuner, der funnene var tilnærmet lik. I tillegg er funnene samstemt med andre studier, og det er derfor en mulighet for at en kan finne de samme resultatene i andre distriktskommuner. For å øke studiens troverdighet kunne flere distriktskommuner over ett større geografisk område blitt brukt.

Konklusjon

Noen år etter innføringen av samhandlingsreformen erfarer sykepleier i distriktskommuner at pasientene har et større og mer komplisert pleie- og behandlingsbehov, og at de kommer raskt ut fra sykehuset. Pasientgruppene er ulike, med mange ulike diagnoser, og sykepleier i hjemmesykepleien trenger bred kompetanse for å ivareta pasientens behov. Studien viser at samarbeid og god planlegging må til for å ivareta pasientens behov. Sykepleierne i distriktskommuner finner strategiske løsninger for å ivareta pasientens behov, for å dekke nødvendig kompetanse, og for å føle seg trygge i jobben. På tross av dette opplever de arbeidsdagen som mer variert og spennende i dag, men de ser behovet for kompetanseheving.

Funnene viser at det kan være behov for økte ressurser og kompetanseheving for å ivareta pasientens behov. Det kan derfor være aktuelt å arbeide videre med kompetanseheving i kommunene, for å unngå disse interne avtalene som skjuler kompetansebehov og i tillegg går på bekostning av sykepleiernes fritid. Kommunene bør fortsette arbeidet med å sette fokus på etter- og videreutdanning og styrke bemanningen slik at sykepleierne får bedre tid til pasienten og egen kompetanseheving.

Endringene i arbeidsoppgaver kan også på sikt gjøre det mer attraktivt å arbeide i kommunehelsetjenesten, og dermed være med på å bidra til en økning i fagkompetansen.

Litteraturliste:

- Benner, P. & Have, G. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Nedlastet fra <https://www.nb.no/nbsok/nb/d57b7ded37e0140923d0d7acecbb734e?lang=no#0>
- 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 Nursin Research*, 16, 27-37. Første gang publisert 28.08.15.
- Bruvik, F., Drageset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017) *Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til*. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem>
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (Vol. 8/2013). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Grimsmo, A. (2013). *Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter?* Sykepleien Forskning 2013. <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/hvordan-har-kommunene-lost-utfordringen-med-utskrivningsklare-pasienter>
Nedlastet 12.12.2017.
- Grimsmo, A. & Magnussen, J. (2015). *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*. Norges forskningsråd, EVASAM
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Nedlastet fra https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/detalj.asp?r_ID=2794
- Helsedirektoratet (2014) *Samhandlingsstatistikk*. https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.aspx?Dd_ContentId=69753cc1-7d37-4d52-b185-e72d6f144f1e
- Helsedirektoratet (2015). *Kompetanseløftet 2020*. <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020> Nedlastet 07.05.2018.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hermansen, Å. & Grødem, A. S. (2015). *Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste*. Sykepleien Forskning 2015. <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/reduert-liggetid-blant-de-eldste> Nedlastet 06.02.2017.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kyrkjebø, D., Søvde, B. E. & Råholm, M.-B. (2017). *Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta – er det rom for fagleg oppdatering?*
<https://sykepleien.no/forskning/2017/11/sjukepleiarkompetanse-i-kommunehelsetenesta-er-det-rom-fagleg-oppdatering>

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening*. Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). *Morgendagens omsorg – faglig omstilling og bredere kompetanse*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg – faglig omstilling og bredere kompetanse*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Norheim, K. H. & Thoresen, L. (2015). *Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?* <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/sykepleiekompetanse-i-hjemmesykepleien-pa-rett-sted-til-rett-tid>

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/17036/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Riksrevisjonen (2016). Dokument 3:5 (2015-2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Hvordan skrive denne kilden?* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>

Thorsell, K. (2010). *Utveckling av en metod, Care Optimizer, för mätning av vårdbehov och resursanvändning inom kommunal äldreomsorg*. Lund University, Faculty of Medicine.

Tyrholm, B. V., Kvangarsnes, M. & Bergem, R. (2016). *Mellomlederes vurdering av kompetansebehov i sykepleie etter samhandlingsreformen*.

<https://www.idunn.no/innovasjon-og-entreprenorskap/8-mellomlederes-vurdering-av-kompetansebehov-i-sykepleie-etter-samhandlingsreformen>