

Asrun Dis Johannsdottir  
Lene Østenfor Løken  
Suzana Landmann

# Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Anne Vifladt  
Juni 2020



Asrun Dis Johannsdottir  
Lene Østenfor Løken  
Suzana Landmann

# **Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten?**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Anne Vifladt  
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten?	Dato:	01/06-2020
Forfattere:	Asrun Dis Johannsdottir Lene Østenfor Løken Suzana Landmann		
Veileder(e):	Anne Vifladt		
Stikkord/nøkkelord	Sykepleie, kompetanse, kommunehelsetjeneste, forverret tilstand		
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0		
47/10989			
<p><b>Bakgrunn:</b> En samlet helsetjeneste skal i størst mulig grad finne løsninger innad i kommunen. Det har ført til redusert liggedøgn på sykehus og oppgavegliding fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Pasienter i hjemmetjenesten har nå mer alvorlige, behandlingskrevende og komplekse sykdomstilstander.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med litteraturstudien er å finne eksisterende forskning om hvordan sykepleiere i hjemmetjenesten tidlig kan oppdage forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten, slik at pasienten kan få rett behandling, på rett sted, til rett tid.</p> <p><b>Metode:</b> I studien er litteraturstudie benyttet som metode. Det er utført strukturert søk i databasene Svemed+, Cinahl og PubMed. 7 artikler ble inkludert og tematisert.</p> <p><b>Resultat:</b> Pasientene oppleves sykere og mer tidkrevende. Sykepleierne ønsker økt klinisk kompetanse og kartleggingsverktøy. Strukturelle begrensinger som tid og manglende ressurser vanskeliggjør gode kliniske vurderinger og forebyggende tiltak. Sykepleierne ønsker mer tid til deling av kompetanse med kollegaer, faglig oppdatering med teoretisk og praktisk trening, kurs og hospitering.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Gode validerte skåringsverktøy kan være god beslutningsstøtte i klinisk praksis for å respondere korrekt på iverksatte tiltak. For å kunne følge opp og revurdere pasientens tilstand må ansatte ha fellesforståelse og tilstrekkelig kompetanse. Ferdighetstrening kan styrke sykepleierens kliniske kompetanse i å gjenkjenne tidlige tegn på forverret tilstand. Arbeidsmiljøet kan være en viktig arena for diskusjon og deling av kompetanse. Sykepleierne trenger tid for å gjøre gode kliniske vurderinger. Krav om effektivisering og manglende ressurser gir større utfordringer i møtet med pasientene. Ledelsen bør legge til rette for bedre organisert og planlagt fagutvikling.</p>			

## ABSTRACT

Title:	How can a nurse contribute to early detection of deteriorated somatic condition in the elderly homebased patient?	Date: 01/06-2020
Authors:	Asrun Dis Johannsdottir Lene Østenfor Løken Suzana Landmann	
Supervisor(s):	Anne Vifladt	
Keywords:	Nurse, competence, home healthcare, deteriorated (3-5)	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	
47/10989		
<p><b>Introduction:</b> Comprehensive healthcare should to the greatest extent as possible find solutions in the municipality. It has led to reduction in hospital stays and task gliding from the specialist healthcare to the municipal healthcare. Patients in home healthcare are now more severe, require more treatment and have complex conditions.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose with this literature study is to find the existing research about how nurses can contribute to early detection of deteriorated somatic condition in the elderly homebased patient. The patient should get the right treatment, at the right place, at the right time.</p> <p><b>Method:</b> The study uses literature study as a method. It was executed structured searches in the databases SveMed+, Cinahl and Pubmed. 7 articles were included and were thematized.</p> <p><b>Results:</b> Patients are perceived as more ill and time-consuming. Nurses want increased clinical competence and assessment tools. Structured limitations like time and lack of resources hampers good clinical assessments and preventive measures. Nurses want more time to share competence with colleagues, professional updates theoretical and practical training, courses, and secondments.</p> <p><b>Conclusion:</b> Good validated clinical assessment tools can be good decision support in clinical practice to take proper measures. To follow-up and reevaluate patients' conditions must employees have common understanding and sufficient competence. Skill-training can strengthen nurse's clinical competence in recognizing early signs of deterioration. The work environment is important for discussion and competence sharing. Nurses need time to make good clinical assessments. Demand of efficiency and lack of resources presents challenges. Leaders should organize and plan professional development.</p>		

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
2.0 Bakgrunn.....	6
2.1 Nye utfordringer i hjemmetjenesten .....	7
2.2 Den eldre hjemmeboende pasienten .....	8
2.3 De nye nasjonale faglige rådene - “Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand” .....	9
2.4 Sykepleierens kompetanse .....	10
2.5 Patricia Benner – «Fra novise til ekspert» .....	12
2.6 Sykepleierens overordnede ansvar og funksjon .....	12
2.7 Hensikt .....	14
2.8 Problemstilling .....	14
3.0 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie som metode.....	14
3.2 Kvalitativ metode .....	15
3.3 Søkestrategi .....	15
3.4 Kildekritikk og vurdering av kvalitet.....	18
3.5 Analyse og vurdering av artikler .....	18
4.0 Presentasjon av resultater .....	18
4.1.1 Artikkel 1.....	19
4.1.2 Artikkel 2.....	20
4.1.3 Artikkel 3.....	21
4.1.4 Artikkel 4.....	22
4.1.5 Artikkel 5.....	23
4.1.6 Artikkel 6.....	24
4.1.7 Artikkel 7.....	25
4.2.Sammenfatning av resultater .....	26
4.2.1 Individuell kompetanse, kartleggingsverktøy og klinisk kompetanse .....	26
4.2.2 Fellesforståelse og delingskompetanse .....	27
4.2.3 Tidspress, manglende ressurser og prioriteringer.....	28
4.2.4 Ledelse og fagutvikling.....	28
5.0 Diskusjon .....	29
5.1 Individuell kompetanse, kartleggingsverktøy og klinisk kompetanse.....	29

5.2 Fellesforståelse og delingskompetanse .....	32
5.3 Tidspress, manglende ressurser og prioriteringer .....	34
5.4 Ledelse og fagutvikling.....	36
5.5 Metodediskusjon.....	38
5.6 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling .....	40
6.0 Konklusjon.....	41
7.0 Litteraturliste.....	42



## 1. Innledning

Sykepleiere i hjemmetjenesten må ha evne til å tilpasse seg og gi god helsehjelp der sykehusressurser ikke er tilgjengelige. Sykepleierne har en viktig rolle i tidlig annerkjennelse og respons på forverret helsetilstand (Gray, Curry, Considine, 2018). En tredjedel av unødige dødsfall er relatert til manglende eller for sen oppdagelse av forverret somatisk tilstand, mangelfull observasjon av pasienten eller svikt og/eller misforståelser i kommunikasjonen mellom helsepersonell (Helsedirektoratet, 2020). En av fire sykehusinnleggelse kunne mulig vært unngått med bedre oppfølging i kommunehelsetjenesten (Fermann og Næss, 2014).

Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Hensikten med reformen er rett behandling på rett sted til rett tid (St.mld.47 2008-2009)). Reformen skal styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den legger til grunn at den forventede veksten i behov for en samlet helsetjeneste i størst mulig grad skal finne gode løsninger i kommunene. Det har ført til kortere liggetid på sykehuset, hyppigere overganger mellom ulike behandlingsnivå, oppgaveglidning og endret pasientflyt (Helsedirektoratet, 2020).

Statens helsetilsyn påpeker at det er forbundet svikt ved manglende oppfølging etter utskrivelse fra institusjon (St.mld.47 2008-2009)). Sykere pasienter, flere eldre og flere pasienter med sammensatte lidelser stiller store krav til helsepersonellens kompetanse (Helsedirektoratet, 2020). Det vil derfor være avgjørende å tidlig identifisere forverring av tilstand og iverksette aktuelle tiltak. Det vil kunne redusere alvorlig sykdom, overføring til høyere behandlingsnivå, økt liggetid, intensivbehandling og død.

Sykepleiere på alle nivåer har et eget ansvar for sin egen og fagets kunnskapsutvikling. Sykepleiere har et profesjonelt ansvar for å definere, fremme og beskytte et forsvarlig og akseptabelt kvalitetsnivå på helsetjenesten (Holter, 2015). Alle må stille seg konstruktivt kritisk til utøvelsen av sykepleiefaget. Dersom sykepleier på grunn av manglende kunnskaper eller på grunn av for stor arbeidsbelastning ikke observerer, gjør vurderinger og iverksetter tiltak ut fra hva pasienten trenger hjelp til, vil det i verste fall kunne gi fatale konsekvenser for pasienten (Holter, 2015).

## 2.0 Bakgrunn

Samhandlingsreformen har ført til diskusjon rundt utskrivningsklare pasienter og om hvorvidt flere og sykere pasienter blir definert som utskrivningsklare etter reformen trådte i kraft (Abelsen, *et. al.*, 2014). En pasient defineres som utskrivningsklar fra somatisk døgnavdeling når en lege omfattet av spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011). Pasienten meldes utskrivningsklar når behandlingen har begynt å virke og pasienten er i bedring (Abelsen, *et. al.*, 2014). De trenger derimot ofte mer hjelp fra kommunen og har da kanskje mer alvorlige, behandlingskrevende og komplekse sykdomstilstander enn tidligere. Langt flere har et omfattende behov for aktivt tilsyn og oppfølging, medisinsk og sykepleiefaglig sett (Hauklien, Vike og Vardheim, 2015). Det vil bety at oppgaver flyttes ut av sykehuset og gir økte utfordringer ved at løsninger må finne sted innenfor kommunen. Mye av kompleksiteten kan dermed ha blitt overført til kommunene uten at de nødvendigvis har bygd opp tilfredsstillende kompetanse og faglig infrastruktur (Hauklien, Vike og Vardheim, 2015).

Antall liggedøgn i sykehus hadde en reduksjon på 60 % fra 2011 til 2012 etter samhandlingsreformen. Den viser dermed en markant økning av pasienter som mottas i kommunen samme dag (Abelsen, *et. al.*, 2014). Etter samhandlingsreformen var andelen reinnleggelser blant utskrivningsklare pasienter som ble mottatt av kommunen samme dag 18,9 %. Reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivelse. I 2013 hadde 84 % av 271.406 brukere av kommunale helsetjenester en eller flere typer hjemmetjenester. Det er derfor grunn til å anta at flere av pasientene som meldes utskrivningsklare vil få hjemmebaserte tjenester fra kommunen (Abelsen, *et. al.*, 2014). En reinnleggelse kan påføre pasienter ytterligere og forverrede helseplager som kan være svært ressurskrevende for både pasienten og helsetjenesten (Holter og Grov, 2015).

Det er utfordringer i samhandlingen mellom kommunene og sykehuset fordi sykehuset setter søkelys på innleggesdiagnosen og den akutte tilstanden. Det større bildet av pasientens problemer forsøkes ikke utredet og behandlet (Haukelien, Vike og Vardheim, 2015). Det kan føre til såkalte «svingdørspasienter» - noe som er uverdigg for eldre pasienter som risikerer å bli sykere av et dårlig fungerende system.

## 2.1 Nye utfordringer i hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten er et tilbud til pasienter med svekket helse, høy alderdom, når sykdom inntreffer, eller når endret livssituasjonen fører til at pasienten trenger hjelp i en kortere eller lengre periode. Formålet med hjemmetjenesten er at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig (Fjørtoft, 2016). Pasientene skal få dekket sine grunnleggende behov og ikke bli utsatt for unødvendig lidelse. Tilbudet har ingen begrensninger til alder eller sykdom, men rettes mot alle som har behov for nødvendig helsehjelp. Kommunen plikter å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen skal få nødvendige helse- og omsorgstjenester og tilrettelegge slik at pasienten får et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Avinstusjonalisering og desentralisering har blitt sentrale begreper i hjemmetjenesten de siste tiårene. Det innebærer færre institusjonsplasser, flere får behandling i eget hjem og ansvaret for helsetjenester har blitt overført til lavere forvaltningsnivå (Fjørtoft, 2016). Det har ført til oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen har forsterket denne utviklingen og tjenestetilbudet skal gis på lavest mulig omsorgsnivå og ivareta pasientens egne ressurser (Fjørtoft, 2016). Hjemmetjenestens ansvar, oppgaver og funksjon er derfor i endring (Fermann og Næss, 2014).

Sykepleierne står overfor store utfordringer siden mer avansert pleie og behandling i økende grad blir utført i hjemmetjenesten (Anderson, *et. al* (2017). I en undersøkelse blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten oppgir 71 % at de bruker mer tid på avanserte prosedyrer etter Samhandlingsreformen (NOU 2015: 17). Det er påvist vekst i antall ansatte i kommunale hjemmetjenester, men det er uavklart om kompetansen og kapasitet håndterer de nye utfordringene (Norheim og Thoresen, 2014). I en rapport fra Haukelien, Vike, Vardheim (2015) opplevde sykepleierne at oppgaver som kunne delegeres ble delegert til ufaglærte. De følte derfor de ikke fikk tatt gode nok vurderinger og gitt god nok behandling fordi oppgavene ble gitt til ufaglærte med mindre kompetanse som igjen resulterte i en forverret tilstand hos enkelte pasienter. De opplevde også at tidspresset førte til for liten tid til dokumentasjon av arbeidet de gjør. Den gradvise nedbyggingen av institusjonstilbud har dessuten ført til økt bruk av hjemmetjenester.

Ved utskrivelse fra sykehus sendes pasienten enten direkte hjem til egen bolig eller via et midlertidig opphold ved kommunal akutt døgnplass, korttids- eller rehabiliteringsavdeling (Fermann og Næss, 2014). Derfor er det ofte de samme pasientene som vekselvis er i sykehus, sykehjem og i hjemmetjenesten. God oppfølging av pasienter med sammensatte behov er derfor viktig, spesielt i fasen etter utskrivelse (Meld. St.26 2014-2015)). Mye tyder på at oppfølging etter utskrivelse er mer generell og ikke systematisk nok. Ved utskrivelse må det være etablert et samarbeid mellom lege og hjemmetjenesten for at den medisinske oppfølgingen skal være god.

Det er vanskelig å definere varigheten av behov for hjelp til pasienter med sammensatte lidelser. Ofte veksler pasientene mellom opphold i sykehus for utredning og behandling, og oppfølging i kommunehelsetjenesten (Fermann og Næss, 2014). Det er nødvendig med god kommunikasjon mellom tjenestenivåene for å unngå unødvendige sykehusinnleggelse for pasienter som kan behandles og følges opp hjemme (Grov, 2015). Den eldre pasienten har behov for jevnlig og systematisk individuell kartlegging og vurdering. Det medfører økt behov for kompetanse, vurderinger og prioriteringer i hjemmetjenesten (Ranhoff, 2014). Sykepleiere ved 35 norske sykehus uttrykker bekymring når det gjelder oppfølging og kontinuitet for pasienter som utskrives fra sykehus. 58 % av sykepleierne svarte at de var usikre på om pasientene kom til å klare seg (Holter og Grov, 2015).

## **2.2 Den eldre hjemmeboende pasienten**

Den største pasientgruppen i hjemmetjenesten er eldre. De yngre eldre er ca. 67-80 år. De yngre eldre har ofte kroniske sykdommer, medfødte eller ervervede funksjonshemninger. De eldste eldre er over 80 år. Mange får økte kroppslige svekkelser og blir avhengig av helsehjelp (Fjørtoft, 2016). Muskel-/skjelettplager, syns- og hørsels svekkelser, høyt blodtrykk og hjertesykdom er blant de vanligste helseproblemene til eldre som bor hjemme (Kirkevold, 2014).

Eldre over 80 år dominerer i antall innleggelse i sykehus og innleggesårsakene er ofte pneumoni, dyspne, sirkulasjonssvikt, magesmerter og hjerneslag (Fermann og Næss, 2014). Infeksjon anslås å være en hyppig innleggesårsak. De samme diagnosene dominerer hos pasienter som kunne unngått sykehusinnleggelse, bortsett fra ved kardiovaskulære

sykdommer. En av fire innleggelser kunne muligens vært unngått med bedre oppfølging i kommunene (Fermann og Næss, 2014). Hjemmeboende eldre som har passert 80 år møter gradvis sjeldnere til konsultasjon hos fastlege (Meld. St. 26 2014-2015)). De er ofte avhengig av at personer i deres omgivelse etterspør tjenester for dem. Det skjer ofte for sent i forløpet. En årsak kan være manglende kompetanse i hjemmetjenesten til å fange opp endringer i pasientens helsetilstand.

Multisykelighet øker med alderen og kan medføre konsekvenser som funksjonstap, stort hjelpebehov, redusert livskvalitet og økt risiko for å dø (Fermann og Næss, 2014). Symptomer på sykdom hos eldre kan være vage, atypiske eller fraværende. Funksjonsnivå kan være den mest synlige endringen når en eldre rammes av akutt sykdom eller skade som infeksjon eller hjerteinfarkt (Fermann og Næss, 2014). Symptomene vil kunne være delir, økt falltendens, bevegelsesvansker og dehydrering uten at det er en åpenbar sammenheng mellom symptomene og mulig årsak. Det kan variere fra timer til dager før symptomene faktisk er observerbare. Tidlig avdekking av funksjonstap med diagnostikk og behandling kan bidra til å begrense funksjonstapet og er et viktig mål for helsehjelpen.

### **2.3 De nye nasjonale faglige rådene - “Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand”**

Enkle standardiserte geriatriske vurderingsverktøy er utviklet for å identifisere eldre pasienter som står i fare for ytterligere funksjonssvikt, men slike kartleggingsverktøy brukes i liten grad i kommunehelsetjenesten. Det kan skyldes manglende forståelse for betydningen av dokumentasjon og systematiske vurderinger (Fermann og Næss, 2014). Nye nasjonale faglige råd bygger på og erstatter tiltakspakken “Tidlig oppdagelse og av forverret tilstand” og har oppdatert kunnskapsgrunnlag og en utvidet målgruppe (Helsedirektoratet, 2020). Rådene skal bidra til tidlig gjenkjennelse av en forverret somatisk tilstand og iverksette tiltak som sikrer god og forsvarlig pasientbehandling.

Målgruppene for rådene er helsepersonell i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og ledere på alle nivå. Relevante virksomheter er blant annet institusjons- og hjemmebaserte tjenester. Formålet med de nye nasjonale rådene er utdanning og opplæring som sikrer rett

kompetanse hos helsepersonell, monitorering av pasienters vitale funksjoner, gjenkjenning av forverret tilstand og adekvat respons, samt rutiner som sikrer tydelig kommunikasjon. Systematisk observasjon og vurdering av vitale parametere bør minimum inneholde respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon, systolisk blodtrykk, puls, bevissthetsnivå og temperatur (Helsedirektoratet, 2020).

## **2.4 Sykepleierens kompetanse**

Etter samhandlingsreformen har kompetansebehovet blitt vesentlig endret (Fermann og Næss, 2014). For at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre må helsepersonellet ha kompetanse som samsvarer med det ansvaret de skal ha og de oppgavene som skal løses (Stubberud, 2018). Kompetanse er en avgjørende kvalitetsfaktor og en av de viktigste ressursene i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016). For at sykepleier skal kunne tidlig oppdage en forverret tilstand må sykepleieren kunne observere, vurdere og utføre tiltak for å hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov (Holter, 2015). Det forutsetter at sykepleieren har gode kunnskaper i fysiologi og patofysiologi, om pasientens medisinske symptomer, og om diagnose og behandling. Henderson har formulert fjorten komponenter som dekker menneskets grunnleggende behov og disse komponentene danner grunnlaget for hvordan sykepleie skal utøves (Mathisen, 2015).

Kirkevold (2015) løfter frem at sykepleieren skal evne å tilpasse sykepleien etter den enkeltes situasjon. Videre beskrives det at sykepleieren skal kunne yte kvalifisert sykepleie både individualisert i den konkrete situasjon og målrettet på tvers av enkeltsituasjoner ut fra mer generelle helseproblemer pasienten eventuelt har. Ved akutte situasjoner skal sykepleieren ha evne til å raskt få oversikt over problemet, avpasse kravene og ressursene i situasjonen og håndtere situasjonen til annet kvalifisert personell er tilgjengelig. Sykepleieren skal kunne bidra til å opprettholde pasientens kroppslige behov gjennom å sikre respirasjon, sirkulasjon, temperatur, væske- og elektrolytt balanse og energi. Ved uavklarte situasjoner skal sykepleieren gjennomføre en klinisk kartlegging og vurdering for å avklare pasientens behov. God sykepleie i slike situasjoner er avhengig av at sykepleieren anvender kunnskap fra et bredt kunnskapsgrunnlag og kan definere situasjonen (Kirkevold, 2015).

Sykepleiere behøver både teoretisk og praktisk kunnskap for å utføre sykepleie og iverksette riktige sykepleietiltak. Det innebærer innsikt både fra samfunns- og naturvitenskaplige kunnskapsområder samt praktisk erfaring (Mathisen, 2015). Sykepleiere skal jobbe kunnskaps-, forsknings- og erfaringsbasert. *“Å utøve praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønske og behov i den gitte situasjonen”* (Graverholt, Jamtvedt og Nortvedt, 2015, s. 183). Å jobbe kunnskapsbasert vil derfor si at sykepleieren integrerer kunnskap fra forskning med erfaringsbasert kunnskap sammen med pasientens når beslutninger tas.

Kompetanse inneholder bruk av skjønn. Faglig skjønn vil si å kunne bedømme, forstå situasjonen og ta riktig beslutning. Faglig skjønn er basert på teoretisk grunnlag, egne erfaringer, opplevelser og handlinger. Det kan læres gjennom erfaringer og ut fra hvordan andre profesjonelle har vurdert og handlet i enkeltsituasjoner. Å bruke faglig skjønn handler derfor om å vurdere den enkelte situasjon slik at normer og reglers intensjoner blir ivarettatt der det ikke er ens tydelige regler (Alvsvåg, 2015).

Kompetanse kan defineres som en persons kunnskap, ferdigheter og holdninger, og hvordan disse brukes i samspill. Det betyr hvordan en person evner å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner (Stubberud, 2018). Kompetanse handler også om evnen til å tilpasse seg og møte krav fra omgivelsene på en kreativ og forpliktende måte. Kompetansen oppstår også når den deles med andre (Orvik, 2015).

Kommunen skal sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenestene som gis. Kommunen plikter å medvirke til undervisning og opplæring av helsepersonell, samt videre- og etterutdanning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helsepersonell som utfører tjenester plikter å ta del i videre – og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. I 2016 utarbeidet Helsedirektoratet gjennomføringsplan for Kompetanseløftet 2020. Formålet med kompetanseløftet 2020 er å faglig styrke kommunale helse- og omsorgstjenestene og samtidig sikre sektoren med tilstrekkelig og kompetent bemanning (Helsedirektoratet, 2019). For å skape en mer helhetlig tjeneste i tråd med fremtidig utvikling i primærhelsetjenesten har Kompetanseløftet 2020 utarbeidet tiltak for faglig utvikling, kompetanse og rekruttering (Helsedirektoratet, 2017a).

## **2.5 Patricia Benner – «Fra novise til ekspert»**

Patricia Benner sin sykepleieteori «fra novise til ekspert» relevant innenfor oppgaven ettersom den handler om hvordan klinisk kunnskap utvikles gjennom erfaring. Benner hevdet sykepleierne i en ny arbeidssituasjon eller med liten erfaring opparbeider seg klinisk kunnskap over tid (Brykczynski, 2015). Inspirert av Brødrene Dreyfus modell utviklet og tilpasset Benner modellen til klinisk sykepleiepraksis. Modellen viser hvordan sykepleiere utvikler sin kompetanse fra uerfaren novise til ekspert. Første nivået i modellen «novise» handler om at sykepleieren ikke har erfaring i situasjonen sykepleieren er involvert i. Sykepleieren må veiledes og det er vanskelig å skille mellom relevante og irrelevante aspekter av situasjonen. I det andre nivået «avansert nybegynner» begynner sykepleieren å se betydningsfulle komponenter av situasjonen. Sykepleieren har håndtert tilstrekkelig med situasjoner og har nok erfaring til å gjenkjenne aspektene ved situasjonen, men aspektene kan ikke objektiviseres fullstendig fordi det krever erfaring på gjenkjennelse av situasjonens kontekst. Her blir sykepleieren som regel veiledet og ser ikke det større perspektivet på egenhånd (Brykczynski, 2015).

På det tredje nivået «kompetent» er sykepleieren bevisst og bestemmer hvilke aspekter av situasjonen som er viktige og hvilke som kan ignoreres (Brykczynski, 2015). Konsekvens, forutsigbarhet og planlegging er viktige elementer. Sykepleieren skal kunne avgjøre hvilke elementer som krever oppmerksomhet. Situasjonen skal styre reaksjonene. På det fjerde nivået «kyndig» oppfattes situasjonen som en helhet. Ikke bare som aspekter. Sykepleieren gjenkjenner det meste av aspektene og har en intuitiv forståelse av situasjonen. Sykepleieren gjenkjenner og utfører innlærte reaksjoner på situasjonen. På det siste nivået «ekspert» har sykepleieren en intuitiv forståelse og er i stand til å identifisere problemområdet uten at det brukes tid på å overveie forskjellige alternative diagnoser og løsninger. Sykepleieren gjenkjenner typiske reaksjonsmønstre på grunnlag av en dyp erfaringsbakgrunn og utviser klinisk forståelse, ser de store linjene og det uventede.

## **2.6 Sykepleierens overordnede ansvar og funksjon**

Sykepleiens handlinger er underbygd av vitenskapsfilosofiske dimensjoner som til sammen utgjør sykepleiepraksisen (Kim, 2015). Sykepleie er et målrettet, overveid, handlingsrettet og



koordinert arbeid for og med pasienten. Det er en prosess som omfatter pleie og omsorg, men det er også et mellommenneskelig engasjement og en teknisk og vitenskapelig problemløsning. Sykepleieutøvelsen bygger på kunnskap som er utviklet og systematisert som disiplinens egen kunnskap.

Sykepleieren har ansvar for direkte pasientrettet arbeid som er klinisk sykepleie. Det omhandler forebygging og behandling. Sykepleieren har også ansvar for indirekte pasientrettet arbeid som kvalitetsarbeid og forskning (Stubberud, 2018). I praksis utgjør disse to funksjonsområdene en integrert helhet, selv om de teoretisk kan splittes opp i ulike funksjoner.

Henderson synliggjorde også viktigheten i at god sykepleie alltid skal dokumenteres slik at den kan bidra til videre kompetanseutvikling hos andre. Dokumentasjonen skal inneholde iverksettelse av tiltak og resultater av disse, slik at muligheten til å revurdere og tolke effekten av sykepleietiltakene er mulig. Sykepleiere har et selvstendig ansvar i å ivareta pasientens grunnleggende behov og kontinuerlig vurdere effekten av sykepleien som gis (Mathisen, 2015).

Kapittel 2 §4 i helsepersonelloven lovfester at *«helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»* (Helsepersonelloven 1999).

Yrkesetiske retningslinjer presiserer at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Sneltvedt, 2016). Sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom og bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis. Sykepleieren skal også utføre sykepleie på forsknings, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Sykepleieren skal erkjenne egne grenser for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner og fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsesektoren. Sykepleieren skal bidra til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie (Sneltvedt, 2016).

## **2.7 Hensikt**

Pasientene i hjemmetjenesten har mer alvorlige, behandlingskrevende og komplekse sykdomstilstander enn tidligere. Hensikten med litteraturstudien er å finne eksisterende kunnskap om hvordan sykepleier i hjemmetjenesten kan oppdage en forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten slik at pasienten får rett behandling, på rett sted til rett tid.

## **2.8 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten?

## **3.0 Metode**

Metodekapittelet vil beskrive hvordan det er gått frem i litteraturstudien og inneholder litteraturstudie som metode, kvalitativ forskningsmetode, søkestrategi, inklusjons – og eksklusjonskriterier, metode for analyse og kritisk vurdering av artikler.

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

For å oppsummere eksisterende forskning er litteraturstudie brukt som metode. Det som kjennetegner litteraturstudie som metode er at den følger systematisk fremgangsmåte for forskningsprosessen og har en klart formulert problemstilling (Aveyard, 2019).

Problemstillingen belyses av relevant forskning og metodedelen vil presentere den systematiske fremgangsmåten studiet har fulgt. Den skal beskrive hvordan problemstillingen blir besvart, inkludert søkestrategi, vurdering og analysering av litteraturen.

### **3.2 Kvalitativ metode**

Studien vil belyse sykepleiernes erfaringer og derfor ble kvalitativ metode foretrukket. Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper fremfor statistikk (Aveyard, 2019). Kjennetegnet ved denne metoden er dybdekunnskap om menneskelig atferd. Ved kvalitativ metode vil det derfor kunne utforskes dynamiske prosesser, meninger og fenomener (Thidemann, 2019). For å besvare problemstillingen anses det som viktig å få frem nyanser, meninger, erfaringer og tanker.

### **3.3 Søkestrategi**

Først ble det utført ustrukturerte søk på google og google scholar for å finne mulige søkeord/nøkkelord. Skolens bibliotek Oria ble benyttet for å få tilgang til relevante databaser som Ageline, SveMed+, Pubmed og Cinahl. Deretter ble det definert inklusjons- og eksklusjonskriterier før oppstart av søkestrategi for å innhente eksisterende kunnskap som besvarer problemstillingen. Inklusjons- og eksklusjonskriterier kan tydeliggjøre søket, begrense mengden litteratur og gjøre søket mer hensiktsmessig ut fra det man ønsker kunnskap om (Thidemann, 2019). Nedenfor presenteres kriteriene i egen tabell.

Tabell 1.0 – inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Hjemmetjenesten	Sykehjem
Artikler med IMRAD struktur	Spesialsykepleiere
Sykepleiers erfaringer	Barn
Artikler nyere enn 10 år	
Kompetanse	
Eldre mottakere av hjemmetjenester	

Etter ulike søk på databasene ga SveMed+, Cinahl og Pubmed de mest relevante artiklene knyttet til studiets problemstilling. SveMed+ er en nordisk database innen medisin og helse og inneholder referanser til artikler fra en rekke nordiske tidsskrifter. Cinahl er en bibliografisk database som inneholder referanser til engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensende fag (Helsebiblioteket, u.å.a). Denne databasen inneholder en del kvalitativ forskning som passer studiets problemstilling. Pubmed inneholder biomedisinsk og biovitenskapelig litteratur (NCBI, u.å.a).

I søkeprosessen ble det benyttet søkeord som; nurse, nurses, nursing, older people, competence, development, evaluation tool, home health care, deterioration, municipal, patient deterioration og response. Søkematriksen presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 2.0 – søkematrikse vitenskapelige artikler

Database	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte Artikler
Svemed+	1. Nurse	10639			
	2. Competence	4898			
	3. Home health care	1781			
	1 AND 2 AND 3*	30	4	2	Artikkel 1 Artikkel 2
Cinahl	1. Nurse OR nurses OR nursing	919833			
	2. Older people	29871			
	3. Competence	91546			
	4. Development	538761			
	5. Home health care	25839			
	6. Deterioration	17169			
	7. Municipal	3788			
	1 AND 3 AND 4 AND 7	23	5	1	Artikkel 3
	1 AND 2 AND 6*	24	2	2	Artikkel 4 Artikkel 5
	1 AND 3 AND 4 AND 5*	28	5	2	Artikkel 6
Pubmed	1. Home health care	109424			
	2. Patient deterioration	49887			
	3. Respons	2030989			
	1 AND 2 AND 3	27	3	2	Artikkel 7

Ved å bruke hensiktsmessige søkeord og kombinasjoner henviser databasen kun til relevante artikler (Aveyard, 2019). Ved å bruke «AND» kombineres søkeord. Artikkel 1 og 2 på SveMed+ ble avgrenset med «peer reviewed tidsskrifter», «norsk» og «artikler» for å begrense antall treff. Artikkel 4, 5 og 6 ble avgrenset med 10 år for å redusere antall treff. Det var ikke nødvendig i søket på artikkel 3 eller artikkel 7.

### **3.4 Kildekritikk og vurdering av kvalitet**

Vitenskapelige artikler har ofte en tydelig IMRAD struktur (Aveyard, 2019). Det er selve kjennetegnet for vitenskapelige artikler. IMRAD strukturen er standardisert for akademisk skriving og innebærer *I* for innledningen, *M* for metode, *R* for resultat og *D* for diskusjon. Ettersom det fordrer kunnskap om forskningsmetoder generelt og om metodene som er brukt ble sjekklister fra Helsebiblioteket benyttet (Helsebiblioteket, 2016). Forskningsetikken er vurdert i alle inkluderte artikler.

### **3.5 Analyse og vurdering av artikler**

Kritisk vurdering av artiklene er første trinnet i analysering. Neste trinn er å identifisere temaer (Aveyard, 2019). Temaene ble identifisert ut fra funn i hver artikkel for å besvare problemstillingen. Ved kritisk og reflektert lesing ble materialet gransket ved at artiklene ble lest flere ganger. Artiklene ble lest både i sin helhet og i deler for å få tak i detaljene og får få en god forståelse av innholdet (Thidemann, 2019). I analysearbeidet fikk meningsbærende enheter hver sin fargekode. Deretter ble innholdet i de fargekodede meningsbærende enhetene kodet sammen til hovedkategorier som vi mener er relevante for problemstillingen. Artiklenes styrker og svakheter blir diskutert i metodediskusjonen.

## **4.0 Presentasjon av resultater**

I denne delen av studien presenteres resultatene fra artiklene i egne tabeller. Resultatene blir systematisert etter tema i sammenfatningen av resultatene.

#### 4.1.1 Artikkel 1

Tabell 3.0 – fremstilling artikkel 1

<p>Norheim, H. K. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?, <i>Sykepleien forskning</i>, 10(1), s. 14-22. doi - 10.4220/Sykepleienf.2015.53343</p>	
Hensikten med studien	<p>Hensikten med studien er å bidra med kunnskap om tidligere erfaringer med kompetansebehovet etter innføring av samhandlingsreformen i hjemmetjenesten.</p>
Metode	<p>Kvalitativ studie. To fokusgruppeintervjuer med 11 sykepleiere og to individuelle semistrukturerte intervjuer med kommunale ledere.</p> <p>Sykepleierne var ansatt i hjemmetjenesten i en norsk bykommune med 26 000 innbyggere. Arbeidserfaring varierte fra 1,5 - 25 år. Halvparten av informantene hadde videreutdanning og tre hadde i tillegg oppgaver.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Utskrivningsklare pasienter oppleves sykere, mer tidkrevende og dårligere enn de meldte fra spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne registrerte ingen økning av kompetansekrevende oppgaver.</p> <p>Sykepleierne mente den individuelle kompetansen ikke er tilstrekkelig. Det er utfordrende at komplekse sykdomstilstander følges opp av mange ansatte med ulik kompetanse. Sykepleierne ønsket faglig påfyll og hospitering på sykehus. Grunnet økonomi ble det fokusert på drift fremfor faglig utvikling.</p> <p>Sykepleierne mente handlingsrommet for bruk av kompetanse var begrenset av tidspress, manglende ressurser og arbeidsfordeling. De følte kompetansen ble brukt på andre oppgaver fremfor faglig kliniske vurderinger og iverksetting av forebyggende tiltak.</p>

#### 4.1.2 Artikkel 2

Tabell 3.1 – fremstilling artikkel 2

<p>Sæterstrand, T. M., Holm, S. G., og Brinchmann, B. S. (2015) Hjemmesykepleiepraksis, <i>Klinisk Sygepleje</i>, 29, s. 4-16. Tilgjengelig fra: <a href="https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2015/01/hjemmesykepleiepraksis">https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2015/01/hjemmesykepleiepraksis</a> (Hentet: 16.04.2020)</p>	
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere møter i hjemmesykepleien som følge av samhandlingsreformen.
Metode	<p>Kvalitativ studie, Grounded Theory. Forskeren har oppholdt seg på hjemmetjenestenes vaktrom og observert samtaler, rapporter og møter. Intervjuene er utført på basis av semi- strukturert intervjuguide.</p> <p>Data er hentet fra to kommuner med innbyggertall på ca. 10 000. Kommunene har delt hjemmetjenesten i fem grupper. Utvalget består av 11 sykepleiere fra to grupper i hver kommune.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Hovedutfordringene er å ta vanskelige beslutninger i klinisk praksis. Lidelsene var ofte flere og kompliserte. Sykepleierne står ofte alene i vanskelige situasjoner og må ta egne avgjørelser. Det ble prioritert hvem som skulle ivareta pasientene ut fra kompetansen de hadde til rådighet, men i perioder ble det misforhold mellom behov og tildelte ressurser. Mangel på spesialkompetanse gjorde at ansvaret falt på den enkelte som måtte jobbe selvstendig og ta ansvar hvis en akutt situasjon skulle oppstå.</p> <p>Ivaretagelse av avansert hjemmesykepleie ble ivaretatt ved diskusjon med kollegaer før sykepleieren dro ut til pasientene, under rapporter ved og veiledning fra erfarne sykepleiere.</p> <p>Avbrytelser, tidspress og høyt antall utskrivningsklare pasienter var en utfordrende og gikk utover god sykepleie.</p>



### 4.1.3 Artikkel 3

Tabell 3.2 – fremstilling artikkel 3

<p>Kyrkjebø, D. Søvde, B. E., og Råholm, M. B. (2017) Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?, <i>Sykepleien forskning</i>, 12. doi – 10.4220/Sykepleienf.2017.64027</p>	
Hensikten med studien	<p>Hensikten med studien er å beskrive hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten arbeider med kompetanseutvikling og hvilke utfordringer sykepleierne møter i arbeidet med slik utvikling.</p>
Metode	<p>Kvalitativt forskningsdesign med fokusgruppeintervjuer.</p> <p>Det ble gjennomført et pilotintervju. Dataene fra pilotintervjuet er ikke tatt med i studiene. Studien er gjennomført i to kommuner på Vestlandet med over 10 000 innbyggere. Sykepleierne er ansatt i sykehjem eller hjemmetjeneste. Studien besto av 14 sykepleiere. 9 av sykepleierne er ansatt i hjemmetjenesten. Arbeidserfaringen varierte fra 5 til 35 år. 8 av sykepleierne har videreutdanning.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Sykepleierne skildrer et økende behov for å utvikle den kliniske kompetansen og ha gode kartleggingsverktøy for å tidlig oppdage forverring hos pasienten. Arbeidshverdagen er sammensatt og utfordrende.</p> <p>Sykepleierne bruker mester -svenn- læring, men de må tilrettelegge for det selv. Om det dukker opp utfordringer må de løse utfordringene der og da med litteratur de finner på internett, diskutere med kollegaer eller andre yrkesgrupper.</p> <p>Det er ikke rom for faglig oppdatering på arbeidsplassen grunnet svak kommuneøkonomi. Sykepleierne skildrer lav bemanning, travle vakter og at kompetanseutvikling derfor i stor grad er opp til den enkelte.</p> <p>Kompetanseplan i avdelingen virker heller ikke tydelig for de ansatte.</p>

#### 4.1.4 Artikkel 4

Tabell 3.3 – fremstilling artikkel 4

Andersson, <i>et. al.</i> (2017) Nurses' competencies in home healthcare: an interview study, <i>BMC Nursing</i> . 16(65). doi – 10.1186/s12912-017-0264-9	
Tidsskrift	BMC Nursing
Hensikten med studien	Hensikten med studien er å utforske hvordan sykepleiere opplever sin kompetanse i hjemmetjenesten.
Metode	Kvalitativt utforskende design. Studien ble utført i tre svenske kommuner. Informantene var fem sykepleiere og fem assistenter. Arbeidserfaringen varierte fra 9 til 35 år.
Hovedfunn/resultater	<p>Sykepleierne vektla viktigheten av trygghet og god kontroll hos pasientene. Det var viktig ettersom pasientene har behov for mer avansert pleie og behandling.</p> <p>Sykepleierne følte kompetansen ikke alltid ble utnyttet og at kompetanseheving var nødvendig siden oppgavene har endret seg med tiden.</p> <p>Lederne hadde en viktig innflytelse når det gjaldt å organisere muligheter for kompetanseutvikling. Sykepleierne oppga at det var mangelfull planlegging og oppfølging av deres kompetanseutvikling.</p> <p>Flere sykepleiere påpekte viktigheten av å samarbeide og dele kompetanse med kollegaer siden arbeidet deres generelt ble utført i miljøer med begrensede muligheter for å konsultere med andre. Deling av kompetanse var også essensielt der de mente kollegaene hadde utilstrekkelig kompetanse. Sykepleierne beskrev arbeidsmøter som en viktig fora for diskusjon og kompetanseutvikling.</p>

#### 4.1.5 Artikkel 5

Tabell 3.4 – fremstilling artikkel 5

<p>Flöjt, J., Hir, U. L., og Rosengren, K. (2014) Need for preparedness: Nurses' Experiences of competence in Home Health Care, <i>SAGE Journals</i>, 26(4), s. 223-229. doi – 10.1177/1084822314527967</p>	
Hensikten med studien	<p>På grunn av økende krav i hjemmetjenesten er hensikten med studien å beskrive sykepleierens opplevelser av kompetanse i hjemmetjenesten som oppgavebasert kritisk tenkning med et helhetlig perspektiv.</p>
Metode	<p>Metoden er kvalitativ tilnærming hvorav seks kvalitative semistrukturerte intervjuer ble utført for å få innblikk i sykepleiernes egne forståelser for kompetanse i hjemmesykepleien. Studien er utført i seks sykehjemsområder i Sverige hvor distriktsykepleierne i hjemmetjenesten er inkludert. Arbeidserfaringen er minimum ett år.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Sykepleierne fremhevet at teoretisk og praktisk kunnskap øker deres kunnskap og forbedrer hjemmetjenesten. Samarbeid blant kollegaer var en naturlig måte å utvikle ferdigheter på. Det var lettere å anvende ny kunnskap når flere var involvert i dele erfaringer, og å gjøre teori om til praksis.</p> <p>Sykepleierne mente lederne måtte være med på å planlegge og organisere fagutvikling og gi gunstigere betingelser for videre utdanning.</p> <p>Organisatoriske barrierer som økonomi og tid var en begrensning for å få utviklet profesjonell sykepleie.</p> <p>Mangel på tid var ett problem. Belastende arbeidsmengde førte til vanskeligheter med å følge ny kunnskap og forskning for å eventuelt kunne forbedre helsehjelpen.</p>

#### 4.1.6 Artikkel 6

Tabell 3.5 – fremstilling artikkel 6

<p>Kihlgren, <i>et. al</i> (2016) A Decision support system (DSS) for municipal nurses encountering health deterioration among older people, <i>BMC Nursing</i>, 15(63). doi – 10.1186/s12912-016-0184-0</p>	
Hensikten med studien	<p>Hensikten er å undersøke hvordan sykepleiere opplever bruken av beslutningsstøttesystemet (DSS) og om det kan bidra til bedre oversikt over pasientens tilstand.</p>
Metode	<p>Studien har forklarende tilnærming og begynner med kvantitativ datainnsamling etterfulgt av kvalitative fokusgruppediskusjoner.</p> <p>Ledere og ni sykepleiere ble delt i to grupper. En gruppe med tre sykepleiere og en gruppe med seks sykepleiere. Den kvalitative tilnærmingen ville få oversikt over erfaringer ved bruk av DSS. Den kvantitative datainnsamling ble brukt for å få kunnskap om vitale parametere (VP) og resultater ved bruk av DSS.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Sykepleiere tok vurdering om det var besluttet palliativ behandling, tok vitale parametere, sjekket om det forelå noen eksklusjonskriterier for å kunne bli tatt vare på hjemme. Ved at de gjorde en samlet vurdering av disse kriteriene etter referanseverdier, førte det til at 94 % av pasientene som ble henvist til sykehus ble innlagt. Eksklusjonskriterier var blant annet pusteproblemer, brystmerter, diabetes, redusert allmenntilstand og feber.</p> <p>Ved bruk av DSS opplevde sykepleierne at de jobbet mer systematisk, gjorde mer presise vurderinger, og kommunikasjonen ble bedre mellom samarbeidende personell. Sykepleierne ble tryggere på behandlingsnivå og når neste vurdering skulle tas.</p>

#### 4.1.7 Artikkel 7

Tabell 3.6 – fremstilling artikkel 7

<p>Gray, E., Currey, J., Considine, J. (2018) Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature, <i>Contemporary Nurse</i>, 54(6), s. 603-616. doi – 10.1080/10376178.2018.1532802</p>	
Hensikten med studien	<p>Hensikten med litteraturgjennomgangen er å beskrive sykepleierens kliniske vurderinger og kliniske beslutninger, hvilken effekt det har og hvilken sammenheng det kan ha for pasientsikkerhet og klinisk forverring.</p>
Metode	<p>Integrativ gjennomgang med systematisk tilnærming. PICO ble brukt som søkestrategi. I 2018 ble det foretatt en litteraturgjennomgang av tilgjengelige publikasjoner som er relevante til PICO spørsmålet. 25 artikler ble vurdert for inkludering, men kun 7 møtte inklusjonskriteriene. Litteratursøket ble ikke begrenset med publiseringsdato. Artikkene er publisert mellom 1980-2018.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Litteraturgjennomgangen identifiserte 3 temaer som var sykepleier, utdanning og erfaring, vurdering om beslutninger og å kjenne pasienten.</p> <p>Litteraturgjennomgangen viser at det er sammenheng mellom sykepleiers utdanning, erfarings- og vurderingskompetanse, og at det er sammenheng mellom pedagogisk forberedelse ved klinisk vurdering og beslutningstaking.</p> <p>Sykepleierne integrerer informasjon fra pasienten og familien i vurderingsprosessen og bruker forkunnskaper og erfaring for å ta kliniske beslutninger. Konteksten til pasientens miljø og individuelle behov er viktig i beslutningsprosessen og gjør at sykepleiere i hjemmetjenesten vurderer pasienten annerledes enn sykepleiere på sykehus.</p>

## 4.2.Sammenfatning av resultater

Resultatene fra artiklene ble tematisert i fire hovedtemaer og presenteres nedenfor. Det skal forsøksvis besvare problemstillingen; *Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten?*

### 4.2.1 Individuell kompetanse, kartleggingsverktøy og klinisk kompetanse

Utskrivningsklare pasienter oppleves sykere, mer tidkrevende og dårligere enn forhåndsmeldt fra spesialisthelsetjenesten (Norheim og Thoresen, 2015). Hovedutfordringene til sykepleierne er å ta vanskelige beslutninger i klinisk praksis i hjemmetjenesten (Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015). De arbeider alene, står i situasjoner hvor de må stole på seg selv og ta egne avgjørelser. Den manglende spesialkompetansen gjør at ansvaret faller på den enkelte som må jobbe selvstendig og ta ansvar hvis noe akutt oppstår.

Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) skildret et økt behov for å utvikle den kliniske kompetansen og ha gode kartleggingsverktøy. Kihlgren, *et.al* (2016) undersøkte et beslutningsstøttesystem som er utviklet for eldre pasienter. 94 % av pasientene som ble henvist til sykehuset ble innlagt. Sykepleierne følte arbeidet og beslutningsprosessen ble mer strukturert ved hjelp av verktøyet. Det ga trygghet om beslutning og behandlingsnivå. Sykepleierne følte de kunne delegerer ansvar for vitale målinger til assistenter mens sykepleieren stilte spørsmål via telefon. Det muliggjorde mer nøyaktig informasjon og vurdering av pasientene når sykepleier ikke var til stede.

Gray, Curry og Considine (2018) identifiserte tre hovedkategorier om sykepleiers kliniske vurderinger, beslutninger og anerkjennelse av klinisk forverring. Utdanning og erfaring, vurderingsinformert beslutning og det «å kjenne» pasienten ble fremhevet. Sykepleiere med spesifikk pedagogisk forberedelse relatert til klinisk gjenkjenning av forverret tilstand viste bedre resultater ved evne til å vurdere og deretter beslutte. Praktisk og teoretisk kunnskap øker kompetansen (Flöjt, Hir, og Rosengren, 2014). Informasjon fra pasient og pårørende blir integrert i vurderingsprosessen og gir et mer korrekt situasjonsbilde. Sykepleierne samler informasjon fra flere hjemmebesøk og tilpasser og definerer pasientens behov. Sykepleiere i hjemmetjenesten kan reagere annerledes på forverret helsetilstand enn sykepleiere på sykehus på grunn av forskjellige erfaringsgrunnlag. Ferdigheter innen klinisk skjønn, klinisk diagnose og beslutninger forbedrer vurderingsprosessen (Gray, Curry og Considine, 2018).

#### 4.2.2 Fellesforståelse og delingskompetanse

Sykepleiere beskrev den gjensidige avhengigheten mellom mange ansatte og at den individuelle kompetansen ikke er tilstrekkelig (Norheim og Thoresen, 2015). Mange ansatte skal følge opp pasienter med komplekse sykdomstilstander og er avhengig av at tiltak blir fulgt opp av andre, noe det ikke nødvendigvis alltid blir, og det er usikkerhet om det skyldes for dårlig kompetanse, for lite fagfolk eller manglende felles forståelse. Sykepleierne mente de samlet sett hadde god nok kompetanse til å ivareta pasientene.

Arbeidsfellesskapet ble fremhevet som viktig for å tilegne seg ny kunnskap. Det å lære av hverandre oppga sykepleierne som den viktigste kilden til kompetanseutvikling enten det gjaldt teoretisk kunnskap eller praktiske ferdigheter (Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Ved faglige utfordringer diskuterte sykepleierne med kollegaer. For å få andres synspunkter drøftet sykepleierne også situasjoner under rapporter og på sykepleiemøter (Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015). Før sykepleierne dro ut til pasientene, diskuterte de hvordan de skulle gå frem ovenfor de ulike pasientenes behov. Avdelingsmøter i lunsjen med faglig rettet fokus, legevisitt, tverrfaglige møter og arbeidsmøter ble også trukket frem som viktige arenaer for diskusjon og kompetanseheving (Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017; Anderson, *et.al*, 2017).

I studien til Andersson, *et. al*, (2017) ble delingskompetansen sett på som en forpliktelse siden arbeidet generelt blir utført i miljøer med begrensede muligheter for å samarbeide med andre. Samarbeid og deling av kompetanse påvirket kvaliteten på omsorgen og kunne øke kompetansen der de mente kollegaer hadde utilstrekkelig kunnskap. Begrenset mulighet for å dele kompetanse skapte usikkerhet og frustrasjon.

Flöjt, Hir og Rosengren (2014) fremhevet samarbeidet med kollegaer som en naturlig måte å utvikle ferdigheter på. Sykepleierne i studien til Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) benyttet seg av mester- svenn- læring. Teamarbeid var viktig for å skaffe både teoretisk og praktisk kunnskap (Flöjt, Hir og Rosengren, 2014). Det var lettere å anvende ny kunnskap når flere var involvert i å lære, dele og gjøre teori om til praksis.

### **4.2.3 Tidspress, manglende ressurser og prioriteringer**

Norheim og Thoresen (2015) hevdet handlingsrommet for bruk av egen kompetanse var begrenset av tidspress, manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling.

Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) skildret at avbrytelser var en del av hverdagen og at det var problematisk. Tidspresset førte til at sykepleierne følte de drev med «brannslukningsarbeid» fremfor kliniske vurderinger og iverksetting av forebyggende tiltak. Det førte også til at sykepleierne opplevde krysspress (Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015). For å hindre at pasientene ble skadelidende jobbet sykepleierne uten matpause og sykepleierne følte de at de ikke gjorde ting rett fordi de var presset på tiden de hadde til rådighet. Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) skildret også lav bemanning og travle vakter. Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) viser at fordelingen av pasienter ble gjort ut ifra kompetanse. Flöjt, Hir og Rosengren (2014) fremhevet også mangel på tid som et problem.

### **4.2.4 Ledelse og fagutvikling**

Sykepleierne i studien til Flöjt, Hir og Rosengren (2014) beskrev at de bruker sin egen fritid for å forbedre fagkunnskapen og argumenterte for at ledelsen må gi gunstigere betingelser for videre utdanning, kompetanseutvikling og ferdigheter. Den økte arbeidsmengden førte til vanskeligheter med å følge med på ny kunnskap og forskning. I studien til Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) forteller sykepleierne at det er vanskelig å arbeide med utvikling av egen kompetanse fordi arbeidshverdagen er sammensatt og utfordrende. Sykepleierne må lese fagstoff på fritiden fordi det ikke er tid eller rom for det på arbeidsplassen.

Studien til Norheim og Thoresen (2015) ønsket at flere av sykepleierne fikk faglig påfyll gjennom kurs eller hospitering. Det bekreftes i studien til Flöjt, Hir og Rosengren (2014) som fremhevet at sykepleierne hadde behov for teoretisk og praktisk trening for å øke sin kunnskap. Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) og Norheim og Thoresen (2015) påpeker at kommuneøkonomien er stram og at kurs ikke blir prioritert. I studien til Flöjt, Hir og Rosengren (2014) understreket sykepleierne mangel på økonomiske ressurser og tid for å utvikle egen kompetanse.



De fleste sykepleierne i studien til Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) kjente ikke til at kommunen hadde plan for kompetanseutvikling. De oppga det sjelden ble lagt til rette for faglig oppdatering eller videreutdanning. Sykepleierne i studien til Andersson, *et. al* (2017) var avhengig av lederens interesse for å oppmuntre til kompetanseutvikling. Det var mangelfull planlegging og oppfølging av deres kompetanse.

## **5.0 Diskusjon**

Funnene fra sammenfatningen vil i diskusjonsdelen deles inn i samme hovedkategorier og drøftes sammen med relevant forskning, faglitteratur og sykepleieteori. Litteraturstudien skal forsøksvis gi svar på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand hos den eldre hjemmeboende pasienten?*

### **5.1 Individuell kompetanse, kartleggingsverktøy og klinisk kompetanse**

Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) skildret et behov for både økt klinisk kompetanse og kartleggingsverktøy for tidlig å oppdage endringer i pasienten tilstand. Enkle standardiserte kartleggingsverktøy brukes i liten grad i kommunehelsetjenesten. Det er usikkerhet om det skyldes manglende forståelse for betydningen av dokumentasjon og systematiske vurderinger (Fermann og Næss, 2014). National Early Warning Score 2 (NEWS2) er i dag det beste validerte skåringsverktøyet for å forutsi dødelige tilstander innen 24 timer (Helsedirektoratet, 2020). De nye nasjonale faglige råd «Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand» anbefaler implementering av NEWS2. NEWS2 er validert for pasienter på sykehus og det er behov for å innhente erfaringer og forskning i kommunehelsetjenesten. Likevel anbefales implementering av NEWS2 utenfor sykehus på bakgrunn av gode erfaringer. Ved å bruke NEWS2 kan det være enklere å identifisere og prioritere hvilke pasienter som er i fare for forverret tilstand og ta bedre beslutninger (helsedirektoratet, 2020). På den andre siden forventes det at sykepleieren har kompetanse til å få oversikt over situasjonen, gjennomføre klinisk kartlegging og avklare pasientens behov (Kirkevold, 2015).

Flere pasienter har mer behandlingskrevende og komplekse sykdomstilstander (Abelsen, *et. al*, 2014). Derfor vil det være behov for aktivt tilsyn og oppfølging, både medisinsk og sykepleiefaglig sett (Haukli, Vike og Vardheim, 2015). Early Warning Score (EWS)

anbefales for å avgjøre når neste vurdering skal gjøres, hvilket kompetansenivå pasienten har behov for, type behandling og eventuelt behandlingsnivå (Helsedirektoratet, 2020).

Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) beskrev at hovedutfordringene til sykepleierne var å ta vanskelige beslutninger i klinisk praksis. De står alene, må stole på seg selv og ta egne avgjørelser. Litteraturstudien har ikke resultater fra NEWS2 i kommunehelsetjenesten, men studien til Kihlgren, *et. al* (2016) viste at 94 % av pasientene som ble henvist til sykehuset ved bruk av DSS ble innlagt. Sykepleierne følte de jobbet mer systematisk og var tryggere i beslutninger om både neste vurdering og behandlingsnivå ved bruk av DSS. Det kan tenkes at det er enklere og tryggere for sykepleierne å følge opp og revurdere iverksatte tiltak ved å følge anbefalinger. Det bør for øvrig ikke være til hinder for selvstendige kliniske vurderinger.

Det vil derimot kreve at virksomheten har skriftlige rutiner for systematiske observasjoner og hvordan det skal dokumenteres. Innføring av EWS krever felles dokumentasjon for hele virksomheten. Det kan utgjøre en risiko hvis det ikke benyttes samme skåringsverktøy i ulike nivå i behandlingsskjeden (Helsedirektoratet, 2020). På den andre siden er EWS et supplerende hjelpemiddel og skal alltid brukes i kombinasjon med klinisk kompetanse og faglig skjønn. Ved bruk av faglig skjønn må sykepleieren derimot ha erfaring og kompetanse til å forstå og bedømme situasjonen (Alvsvåg, 2015). Verktøyet vil ikke nødvendigvis fange opp enhver forverret tilstand, men det kan bidra til god beslutning ved utslag av unormale verdier, store avvik eller endringer i pasientens tilstand. Målingene er uttømmende, og det vil kunne kreve andre observasjoner og undersøkelser. Sykepleieren har derfor et selvstendig ansvar til å utføre undersøkelser ut fra pasientens konkrete situasjon og tilstand (Helsedirektoratet, 2020).

Tidlig oppdagelse av forverret tilstand krever som nevnt overfor også klinisk kompetanse. Sykepleierne i studien til Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) skildret behov for å utvikle den kliniske kompetansen. Gray, Curry og Considine (2018) fremhevet utdanning og erfaring, vurderingsinformert beslutning og det «å kjenne» pasienten ved anerkjennelse av klinisk forverring. Sykepleierne som hadde spesifikk pedagogisk forberedelse relatert til klinisk gjenkjenning av forverret tilstand viste bedre resultater og det var klar sammenheng mellom utdanning og erfaring. Sykepleiere med 16 års erfaring hadde den beste vurderingskompetansen. Dette samsvarer med Benner sin teori fra «novise til ekspert». For at en sykepleier skal kunne ha en intuitiv forståelse av situasjonen og være i stand til å

identifisere problemområdene må sykepleieren kjenne typiske reaksjonsmønstre på grunnlag av dyp erfaringsbakgrunn. På den andre siden vil ikke «novisen» eller «avansert nybegynner» nødvendigvis se betydningsfulle komponenter av situasjonen eller evne å gjenkjenne aspektene ved en forverret tilstand. Uerfarne sykepleiere er ofte i stand til å identifisere hva som er relevante aspekter ved situasjoner, men de ser dem ikke i sammenheng og har problemer med å finne et meningsfullt mønster (Kirkevold, 2015). Evnen til å se situasjonen ut fra ulike perspektiver er begrenset av manglende kunnskap og erfaring. Benner sin teori gjelder også sykepleiere i en ny arbeidssituasjon. Det kan tenkes at selv om sykepleieren har flere års erfaring som sykepleier, så vil ikke sykepleieren nødvendigvis ha den rette kliniske kompetansen i den nye arbeidssituasjonen. Tidlige tegn til forverret tilstand kan derfor bli oversett. For å utvikle den kliniske kompetansen anbefaler Helsedirektoratet ferdighetstrening og simulering som et supplement til andre pedagogiske metoder (Helsedirektoratet, 2020). På den måten kan sykepleieren trene på å gjenkjenne aspekter ved en forverret tilstand hos pasientene. Sykepleierne i studien til (Flöjt, Hir og Rosengren, 2014) opplevde teoretisk og praktisk kunnskap som avgjørende for å føle seg trygge og mer forberedt på å gi helsehjelp av god kvalitet.

Studien til Gray, Curry og Considine (2018) viser at sykepleiere i hjemmetjenesten ser pasienten ut fra den individuelle kliniske konteksten og at de derfor reagerer annerledes på forverring av helsetilstand enn sykepleiere på sykehus. Likevel er forkunnskaper og erfaringer avgjørende for beslutningstaking (Gray, Curry og Considine, 2018), og at sykepleierne bruker sin erfaring, kunnskap og intuisjon for å optimalisere beslutningen (Kihlgren, *et.al*, 2016). Å ta beslutninger på «å kjenne pasienten» og «se pasienten ut fra den kliniske konteksten» kan derimot tenkes å være utfordrende dersom sykepleieren har lite tid til rådighet, er uerfaren og ikke gjenkjenner kliniske aspekter eller ikke kjenner pasienten. Det kan tenkes at det er betryggende for sykepleieren at en lege ved sykehuset har vurdert pasienten ved utskrivelse og at kliniske funn ikke blir av betydning. Videre kan en forverret tilstand utvikle seg. Symptomene på tidlig forverret tilstand kan være vage, atypiske eller fraværende (Fermann og Næss, 2014). Funksjonstap kan være den mest synlige endringen før for eksempel en infeksjon. Det kan derfor tenkes at det er viktig at sykepleieren har gode teoretiske kunnskaper for å ha evne til å oppdage forverring hos pasienten, og ikke bare «kjenner» pasienten. På den andre siden kan det tenkes at sykepleier ved «å kjenne» dermed kan avdekke tidlige tegn uten at sykepleieren nødvendigvis kan sette symptomene i sammenheng, men at det likevel fører til respons fordi noe er annerledes ved pasienten.

Ferdigheter innen klinisk skjønn forbedrer vurderingsbeslutning (Gray, Curry, Considine, 2018). For at sykepleier skal kunne ta beslutninger basert på skjønn må sykepleieren på den andre siden ha nok teoretisk grunnlag og erfaringer. Sykepleieren må kunne vurdere situasjonen slik at normer og reglers intensjoner blir ivaretatt (Alvsvåg, 2015).

## 5.2 Fellesforståelse og delingskompetanse

Sykepleierne i studien til Norheim og Thoresen (2015) beskriver at den individuelle kompetansen ikke er tilstrekkelig, og at det er problematisk å følge opp tiltak. Sykepleierne hadde ikke mulighet til å følge opp egne iverksatte tiltak. De var avhengige av at tiltakene ble fulgt opp av andre og at endringer ble oppdaget og rapportert av disse. Sykepleierne hevdet på den andre siden at de til sammen hadde tilstrekkelig kompetanse. Det stilles da spørsmål ved om den kollektive kompetansen egentlig er tilstrekkelig hvis tiltakene ikke ble fulgt opp. Selv om sykepleieren ga utfyllende opplysninger om observasjoner og hvordan tiltak skulle følges viser det seg at gjensidighet, felles forståelse og tilstrekkelig kompetanse blant kollegaer er avgjørende (Norheim og Thoresen, 2015). Det kan bety at tidlige tegn til forverret helsetilstand kan ha blitt oppdaget, men at tilstanden likevel får utvikle seg da det ikke gjøres tilstrekkelig med revurdering. Utilstrekkelig oppfølging av iverksatte tiltak kan bunne i manglende kompetanse og erfaring slik at ikke alle sykepleierne ser betydningen av tiltakene som er iverksatt. Derimot forteller sykepleierne i rapporten til Haukelien, Vike og Vardheim (2015) at oppgaver som kan delegeres blir delegert til ufaglærte. Da kan det resultere i svikt i oppfølging og vurdering av for eksempel sår som ikke blir oppdaget på grunn av manglende kompetanse hos ufaglærte, og at tilstanden får utvikle seg til det verre. Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) fant at sykepleierne benyttet seg av «mester – svenn – læring». Det var noe sykepleierne mente fungerte godt, men at de måtte legge til rette for det selv. Ifølge yrkesetikken har sykepleieren en plikt til å erkjenne egne grenser for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning (Sneltvedt, 2016). Det vil dermed bety at den uerfarne sykepleieren må kunne se sine egne begrensinger, være ydmyk og søke veiledning i utfordrende og nye situasjoner. Benner hevder den uerfarne kan få veiledning gjennom dialog med andre kollegaer for å tilegne seg kunnskap som kan avdekke viktige aspekter (Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Den erfarne har også en plikt til å bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Sneltvedt, 2016). Det er derfor rimelig å anta at «mester – svenn – læring» er en bærekraftig læring som sikrer hjemmetjenesten god kompetanse i

miljøer der sykepleierne for det meste jobber alene og selvstendig.

Samarbeid mellom helsepersonell var viktige måter å tilegne seg kompetanse og ferdigheter på (Flöjt, Hir og Rosengren, 2014; Anderson, *et. al.*, 2017; Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Spesielt siden arbeidet ble utført i miljøer med begrensede muligheter for samarbeid med andre. Deling av kompetanse var essensielt når sykepleierne mente kollegaer hadde utilstrekkelig kompetanse (Anderson, *et. al.*, 2017). Som beskrevet hevder Benner at sykepleieren kan utvikle seg ved hjelp av kunnskap, ikke bare hos enkeltindividet, men også i dialog med andre i fellesskapet (Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Det er derfor rimelig å anta at delingen av kompetanse øker både kompetanse i kliniske observasjoner og teoretiske fagkunnskaper. Det kan videre tenkes at deling av kompetanse øker kvaliteten på helsehjelp ved at uerfarne lærer av erfarne og at nyeste kunnskap blir anvendt i fellesskap. På den andre siden fant Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) at det var lettere å oppdage manglende kompetanse enn god kompetanse. Da stilles da spørsmålstegn ved om sirkulering av kunnskap er tilstrekkelig når arbeidshverdagen stiller nye krav til kompetanse. Pasientene har for tiden mer alvorlige, behandlingskrevende og komplekse sykdomstilstander, og mer avansert behandling blir i økende grad utført i hjemmet (Abelsen, *et. al.*, 2014).

Avdelingsmøter i lunsjen med faglig rettet fokus viste seg å være en god rutine for sykepleierne. Legevisitt og tverrfaglige møter ble også trukket frem som kompetanseheving (Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Arbeidsmøter var en viktig arena for diskusjon og her kunne sykepleierne drøfte situasjoner og få andre synspunkter på om beslutninger var korrekte (Anderson, *et. al.*, 2017). Ved faglige utfordringer hadde sykepleierne derfor mulighet til å diskutere med kollegaer (Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Dette anses som viktig ettersom sykepleieren for det meste jobber alene og må ta vanskelige beslutninger i klinisk praksis (Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015). Ved at sykepleierne diskuterte hvordan de skulle gå frem ovenfor ulike situasjoner kan det tenkes at fellesskapet bidrar til at flere aspekter ved pasienten blir vurdert og at virksomheten blir en lærende organisasjon. Det vil på den andre siden kreve gode holdninger til samarbeid hos de ansatte dersom arbeidsmiljøet har en blanding av kompetanse. Det igjen kan fremme hyppig og intern kommunikasjon, sykepleierne kan hjelpe hverandre med å anvende ny kunnskap, og det kan dermed være en bærekraftig utvikling innen sykepleie (Anderson, *et. al.*, 2017).

### 5.3 Tidspress, manglende ressurser og prioriteringer

Norheim og Thoresen (2015) identifiserer at handlingsrommet for bruk av egen kompetanse er begrenset av tidspress og sykepleierne følte de drev med “brannslukningsarbeid” fremfor kliniske vurderinger og iverksetting av forebyggende tiltak. Hverdagen inneholdt også avbrytelser og det opplevdes problematisk når sykepleieren ble avbrutt under prosedyrer (Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015). Det kan tenkes at tegn til forverring av helsetilstand blir ufrivillig oversett eller at pasienten ikke føler det er tid for å uttrykke det aktuelle problemområdet. Eldre hjemmeboende pasienter møter sjelden til konsultasjon hos fastlege og er ofte avhengig av at andre etterspør tjenester for dem (Meld. St. 26 2014-2015)). Det kan dermed tenkes at manglende tid hindrer sykepleierne i å fange opp tidlige endringer hos pasienten. Tid er ofte trukket frem som en styrende faktor for helsetjenesten (Fjørtoft, 2016). Hverdagen i hjemmetjenesten er hektisk, og tidspress og en følelse av høyere krav til arbeidet gjør det derfor vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Det kan tenkes at sykepleiere på de første nivåene i Benner sin modell ikke vil kunne ha nok erfaring til å oppdage tidlige tegn ved forverring grunnet tidspress, og at tidspresset gjør at sykepleiere overser viktige aspekter inne hos pasientene. Det er få studier i Norge som undersøker sammenhenger mellom sykepleieoppgaver og pasientsikkerhet, men det er utført studier som indikerer at sykepleiernes mulighet for å få utført kjerneoppgaver er satt under press (Holter, 2015). På den andre siden skal sykepleieren ved akutte eller uavklarte situasjoner raskt få en oversikt over problemet, avpasse kravene og ressursene i situasjonen (Kirkevold, 2015). Sykepleieren skal kunne gjennomføre en klinisk kartlegging og vurdering for å avklare pasientens behov. Virksomheten bør sikre at sykepleierne har grunnleggende ferdigheter i å observere, gjenkjenne og vurdere tidlige tegn til sykdomsforverring (Helsedirektoratet, 2020).

Tidspresset og et høyt antall utskrivningsklare pasienter førte til at sykepleierne opplevde krysspress og at de ikke gjorde ting rett fordi de var presset på tiden de hadde til rådighet hos hver enkelt pasient (Sæterstrand, Holm og Brinchmann, 2015). Det kan derfor se ut som at tidspress og stadige krav om effektivisering medfører at sykepleierne utsetter arbeidsoppgaver og at kvaliteten på helsehjelpen kan bli redusert (Nydal, *et. al*, 2016). Dokumentasjonen og pleieplaner får dermed mindre prioritering og det kan videre føre til at tiltak ikke følges opp og svikt i iverksatte tiltak kan oppstå. Tidspresset og utskriving av pasienter til ulike tider kan føre til at sykepleier ikke rekker å oppdatere seg godt nok på

epikriser og behandlingsplaner for at planlagte tiltak blir iverksatt og revurdert. Det kan derfor tenkes at en forverret tilstand kan utvikle seg og føre til at pasienten blir en såkalt «svingdørspasient». Tidspresset gjorde at mange opplevde de ikke fikk nok tid til å følge med på pasientenes behovsutvikling, som forringet eventuelle tiltak tidlig i forløpet, og dermed manglende forebygging hos pasientene (Gautun og Bratt, 2014). I NOVA rapporten til Gautun og Bratt (2014) så tidspresset likevel ikke ut til å vise sterk sammenheng med sykepleiernes vurdering av kvaliteten. Et mindretall sa seg helt eller delvis uenig i at kvaliteten på tjenesten var god (9 %), pasientsikkerheten var god (8 %) og at pasientene følte seg trygge (4 %). Noen flere, (18 %), sa seg uenig i at den faglige forsvarligheten ble godt ivaretatt. Det stilles da spørsmålsteget ved om kvaliteten faktisk er god nok og hva sykepleierne egentlig legger i god kvalitet ettersom de ikke hadde nok tid til å følge opp behovsutviklingen hos pasientene.

Sykepleierne i studien til Norheim og Thoresen (2015) beskrev manglende ressurser og uhensiktsmessig arbeidsfordeling. Sæterstrand, Holm og Brinchmann (2015) fant at fordelingen av pasienter ble gjort ut fra kompetanse, men at det var problematisk på kveld og helg. Som nevnt tidligere skal kommunene tilrettelegge slik at helsepersonell kan overholde sine plikter og sikre at tjenesten har tilstrekkelig fagkompetanse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Likevel ble det i perioder med flere alvorlige syke pasienter et misforhold mellom behov og tildelte ressurser. Lav bemanning kan føre til at sykepleierne må prioritere hardere mellom pasienter og oppgaver. Tønnesen (2014) hevder prioriteringer medfører utfordringer som krenker grunnleggende verdier og forsvarlighetsnormer. På den andre siden skal sykepleieren bidra til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie (Sneltvedt, 2016), men dette vil til gjengjeld kreve at sykepleieren har kompetansen som er nødvendig for å foreta gode prioriteringer. Det kan videre føre til rasjonalisering som også kan føre til at forebyggende tiltak ikke blir iverksatt tidsnok hos pasienter som egentlig trenger vurdering (Tønnesen, 2014). Som skrevet tidligere er det derfor rimelig å anta at prioritering og rasjonalisering vil kreve at sykepleieren har god nok kompetanse til å avklare situasjoner, og samtidig gjøre gode vurderinger og gjenkjenne de viktige aspektene for å forebygge en forverret sykdomstilstand.

## 5.4 Ledelse og fagutvikling

Kommunen skal tilrettelegge slik at helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter og sikre at tjenesten har tilstrekkelig fagkompetanse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sykepleierne oppga at arbeidsplassen måtte gi gunstigere betingelser for faglig påfyll i arbeidstiden, og tilby og tilrettelegge for videreutdanning (Flöjt, Hir og Rosengren, 2014; Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Sykepleierne understreket at lederne må være med å planlegge og organisere fagutvikling (Flöjt, Hir og Rosengren, 2014). De fleste sykepleierne kjente ikke til at kommunen hadde kompetanseplan (Anderson, *et. at*, 2017; Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Kompetansen ble ikke etterspurt og det var mangelfull planlegging og oppfølging av kompetansen (Anderson, *et. al.* 2017.) Med de økende kravene som har blitt pålagt kommunehelsetjenesten er det derfor rimelig å anta at det er nødvendig for ansatte å ha kompetanseutvikling. Pasienter er oftere mer behandlingsskrevende ved overflytning til kommunene etter at samhandlingsreformen trådte i kraft (Abelsen, *et. al.*, 2014). Et interessant funn fra Haukelien, Vike, og Vardheim (2015) er at det kan tolkes som at planer som finnes på papiret som kompetanseplan ikke er godt nok synliggjort blant sykepleierne i praktisk sykepleie. Det stilles da spørsmål ved om kompetanseheving faktisk foregår ettersom det er ukjent for sykepleierne, noe som er bekymringsverdig.

På den andre siden har sykepleierne et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Stubberud, 2018). Kapittel 2 §4 i Helsepersonelloven lovfester at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleieren, uansett nivå, har et eget ansvar for egen og fagets kunnskapsutvikling, samt et profesjonelt ansvar for å definere, fremme og beskytte et faglig akseptabelt nivå (Grov, 2015). Likevel stilles det krav til virksomheten. Virksomhetene plikter å tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og gi pasientene et helhetlig og godt helsetilbud (Helsedirektoratet, 2017b).

Kompetanseløftet 2020 har som formål å styrke helse- og omsorgstjenestene samtidig å sikre sektoren med tilstrekkelig og kompetent bemanning (Helsedirektoratet, 2019). Derfor er det utarbeidet tiltak for faglig utvikling, kompetanse og rekruttering (Helsedirektoratet, 2017b). Studien til Norheim og Thoresen (2015) fant at tiltakene ikke nødvendigvis ble fulgt opp antageligvis på grunn av manglende fellesforståelse, vikarer og ufaglærte. Flere studier fant at



handlingsrommet for bruk av egen kompetanse var begrenset av tidspress og manglende ressurser (Norheim og Thoresen, 2015; Flöjt, Hir og Rosengren, 2014). Det kan tenkes at Kompetløftet 2020 kan bidra til at sykepleierne får mer tid, økt bemanning og kompetanseheving nok til å utføre sykepleie av god kvalitet og ikke utføre «brannslukking» fremfor kliniske vurderinger. På denne måten kan det videre tenkes at forebyggende tiltak og respons kan føre til at pasienter får rett behandling, på rett sted, til rett tid. Leder av sykepleiertjenesten har et særskilt ansvar for å skape rom for faglig utvikling hvor på yrkesetiske retningslinjer bør være et viktig styringsverktøy (Sneltvedt, 2016).

For at sykepleier skal kunne tidlig oppdage en forverret tilstand hos pasienten, bør sykepleieren som skrevet tidligere ha tilstrekkelig kompetanse, felles forståelse, tid og ressurser, men også at virksomheten har etablerte rutiner for hvordan sykepleieren skal reagere, varsle og respondere ved forverret tilstand. Det kan tenkes at rutiner som ikke er godt nok etablert fører til at observasjoner og undersøkelser ikke blir fulgt slik de skal. Ved at virksomheten for eksempel har rutiner hvor det står på vaktlistene hvilke vitale parametere som skal måles kan det gjøre det enklere for alle å følge opp. Det bør uansett ikke være en «hvilepute» for kliniske observasjoner utenfor rutinen. Hvis en pasient utvikler tegn på forverret tilstand har sykepleieren fremdeles et selvstendig ansvar for å utføre korrekte observasjoner, iverksette tiltak og revurdere tilstanden.

Flere studier viser at sykepleierne ønsker teoretisk og praktisk trening gjennom kurs eller hospitering (Flöjt, Hir og Rosengren, 2014; Norheim og Thoresen, 2014; Kyrkjebø, Søvde og Råholm, 2017). Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) påpeker at kommuneøkonomien er stram og at mangel på økonomiske ressurser og tid vanskeliggjorde utvikling av profesjonell sykepleie (Flöjt, Hir og Rosengren, 2014). Riksrevisjonen finner at kommunene benytter seg minst av praksiskonsulentordningene og hospitering på sykehus. Det kan virke som at tilbudet er større enn etterspørsel. Nesten 60 % av kommunene har i liten eller ingen grad benyttet seg av ordningene (Riksrevisjonen, 2016). Det stilles da spørsmåltegn ved om disse ordningene er godt nok opplyst. Det må også stilles spørsmålstegn ved at kommunene ikke benytter tilbudene mer, om det er på grunn av manglende økonomiske ressurser, lite engasjement til å delta eller uvitenhet er usikkert. Helsedirektoratet anbefaler virksomhetene å sikre at ansatte har grunnleggende ferdigheter i å observere, gjenkjenne og vurdere tidlige tegn til sykdomsforverring (Helsedirektoratet, 2020). De nye nasjonale faglige råd anbefaler «Train the trainer». Det er en opplæringsmodell hvor lokale instruktører gis opplæring slik at

de kan lære videre til sine kollegaer. Dette vil også kreve at virksomheten har nødvendig pedagogisk kompetanse i gjennomføring og veiledning. Eksempel på slike er Nordisk kurskonsept proAct (forebygge og behandle livstruende tilstander). Det kan tenkes at dette er bærekraftig og som gir avdelingsleder lokal kompetanseutvikling innenfor et definert område (Helsedirektoratet, 2020). På den måten kan sykepleierne også dra nytte av hverandres kompetanse i en lærende organisasjon og kompetansen kan læres via andre i fellesskap også utenfor kurs i arbeidshverdagen. Det kan videre engasjere deltagerne til diskusjon og refleksjon. Som skrevet tidligere stilte Kyrkjebø, Søvde og Råholm (2017) spørsmål ved om sirkulerende kunnskap er tilstrekkelig når arbeidshverdagen stadig stiller nye krav til sykepleierne.

## 5.5 Metodediskusjon

Bakgrunnen for studiet er Samhandlingsreformen og utfordringene den har gitt kommunehelsetjenesten. Derfor har det vært ønskelig å innhente eksisterende kunnskap fra Norge etter Samhandlingsreformen trådte i kraft. Ved oppstart av søkeprosessen ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier. I utgangspunktet ble artikler utenfor Norden ekskludert. Under søkeprosessen opplevde vi det var vanskelig å finne aktuelle artikler som svarte på studiets problemstilling og søket ble derfor utvidet. Artikkel 7 er en litteraturgjennomgang med seks artikler fra USA og en fra Australia. Det er rimelig å anta at den kliniske vurderingen stort sett vil være den samme over hele verden. Artikkelen beskriver hvordan sykepleieren klinisk vurderer og anerkjenner en forverret tilstand og er derfor inkludert. Det at søkeprosessen ikke ble utvidet tidligere kan ha ført til at aktuelle artikler ikke ble funnet. Artikkel 4 vipper mellom inklusjons- og eksklusjonskriteriet fordi den inkluderer både hjemmetjenesten og sykehjem. Vi valgte likevel å inkludere artikkelen fordi sykepleierne fremhevet komponenter som vi mener er med på å besvare studiets problemstilling. Søkeprosessen er ikke begrenset med alder ettersom sykepleieren vil møte yngre eldre og de eldste som kan utvikle en forverret somatisk tilstand. Barn er derimot ekskludert.

Artikkel 4, 5 og 6 er svenske artikler. De er inkludert ettersom studiene undersøker hvordan sykepleiere opplever sin kompetanse i hjemmetjenesten på grunn av økende krav og mer avansert pleie og behandling i hjemmetjenesten. Det er mye som tyder på at dette er en utfordring også i Norge. Det er vanskelig å sammenlikne bemanning, bemanningsnivå, standarder og kvalifikasjoner mellom land (Anderson, *et. al*, 2017). Til sammenlikning med Norge har hjemmetjenesten i Sverige for det meste sykepleiere og assistenter. Sykepleierne har tre års høyskoleutdanning og assistentene har tre års studie på videregående skole.

Studiet har benyttet kvalitative metoder for å innhente dybdekunnskap om sykepleierens erfaring. Artikkel 3 hadde kun ni sykepleiere, artikkel 4 fem sykepleiere og artikkel 6 ni sykepleiere. Det er få informanter og resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet. Flere av studiene er utført i små og/eller mellomstore kommuner og det stilles også spørsmål ved om det er representativt i større kommuner. I artikkel 2 har forskeren brukt Grounded Theory. Forskeren kan underveis ha fått oversikt over hva som foregår i feltet, hvilke prosesser eller hovedutfordringer som er i hjemmetjenesten. I artikkel 3 ble det gjennomført pilotintervju. Fem av syv spørsmål i intervjuguiden ble endret og uklare detaljer og aktualiteten kan ha blitt fanget opp.

Artikkel 6 har både kvalitativ og kvantitativ metode. Fordelen er at den får frem både sykepleierens erfaringer samtidig som den inneholder statistikk på effekten. Ved å ikke bruke flere kvantitative studier kan vi ha mistet viktig kunnskap om effekten av sykepleieutøvelsen sykepleieren gir. Ved kvalitative studier bør spørsmål og svar tolkes med forsiktighet og ikke generaliseres etter som personlige intervjuer kan bli farget av erfaringer og holdninger.

Vi har hatt etikken i fokus ettersom det er utført studier på mennesker. Sykepleierne har fått informasjon og gitt samtykke. Det trekkes ned at artikkel 6 ikke har oppgitt etiske overveielser og vi kan derfor ikke vite om etikken har vært i fokus. De norske artiklene er derimot vurdert med godkjenning fra Regional etisk komite, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, personvernombudet ved Norsk senter for forskning og er derfor i tråd med de forskningsetiske retningslinjer og Helsinkideklarasjonen. Artikkel 4 samsvarer med de etiske prinsippene skissert i erklæringen om Helsingfors og holder seg til svenske lover og regler. I artikkel 5 var det ikke nødvendig med etisk godkjenning i henhold til svensk lov. Etiske retningslinjer for menneskelig og sosial forskning har likevel blitt vurdert gjennom studiet.

Anonymiseringen i artikkel 1 var en utfordring ettersom førsteforfatter var ansatt i den aktuelle kommunen. Kjennskap til kommunen og ansatte bar preg av forskningsspørsmålene. Det kan på den andre siden ha bidratt til en unik innsikt som gjorde det mulig å identifisere mønstre og kompleksiteten som kan være mindre synlig for utenforstående. I artikkel nr. 5 kan forskerens bakgrunn, posisjon og perspektiv ha påvirket studiet. En styrke ved alle artiklene er deres variasjon i alder og arbeidserfaring.

Flere av artiklene er publisert på engelsk og det kan ha ført til at betydningsfulle komponenter enten har blitt oversett eller misforstått. Det ble benyttet oversettelsesprogram og det kan ha ført til at teksten oversettes feil og/eller at setningsoppbyggingen endres slik at betydningen kan feiltolkes.

Det er første gangen vi har gjennomført en litteraturstudie, og basert på funnene i artiklene kan leseren derfor komme til andre konklusjoner enn oss. Vi har benyttet anbefalt pensum, litteratur og lovdata. I tillegg har vi benyttet relevante rapporter etter samhandlingsreformen og Helsedirektoratet, som vi anser som gode kilder. Underveis har vi oppdaget at problemstillingen kanskje ikke er konkret nok. Det er en svakhet ved studiet som er viktig å påpeke. Det er mange aspekter som burde diskuteres mer inngående, men grunnet litteraturstudiens omfang har vi valgt å trekke frem aspekter vi anser som betydningsfulle. Temaer som demens, psykiatri og medikamenthåndtering er ekskludert. Slike faktorer kan kamuflere pasientens reelle symptomer. Pasient, pårørendes perspektiver, sykepleiers holdninger og verdier, og faktorer i arbeidsmiljøet er også ekskludert. Det er komponenter av stor betydning og er absolutt aktuelle temaer for problemstillingen.

## **5.6 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling**

Innovative preg bør rette fokus på rett bruk og opplæring i validerte skåringsverktøy. Praktisk og pedagogisk trening kan bidra til gjenkjenning av kliniske symptomer ved endringer i helsetilstand og føre til korrekt respons.

## 6.0 Konklusjon

Gjennom litteraturstudiet er det identifisert fire hovedkategorier som påvirker sykepleieren i å identifisere faktorer hos pasienten som kan forebygge videre sykdomsutvikling. Sykepleierne ønsker økt klinisk kompetanse og kartleggingsverktøy. Gode validerte skåringsverktøy kan være god beslutningsstøtte til å kartlegge, fange opp forverret tilstand tidlig og iverksette korrekte tiltak. Ferdighetstrening og erfaring kan styrke sykepleierens kliniske kompetanse i å gjenkjenne tidlige tegn på forverring.

Dette vil kreve gjensidighet, felles forståelse og tilstrekkelig kompetanse blant kollegaer for at iverksatte tiltak skal følges opp og revurderes. Arbeidsfellesskapet og deling av kompetanse er en viktig kilde for å tilegne seg ny kunnskap og kan bidra til å øke kompetansen blant kollegaer. Ulike former for arbeidsmøter er viktige arenaer for diskusjon, refleksjon og kompetanseutvikling.

Handlingsrommet for bruk av egen kompetanse viser seg å være begrenset av tidspress, avbrytelser og manglende ressurser. Økende krav om effektivisering medfører at arbeidsoppgaver blir utsatt og at kvaliteten kan bli redusert. Sykepleierne står i en vanskelig situasjon mellom pasientens behov og tjenestens muligheter og begrensninger.

Virksomheten bør sikre at ansatte har grunnleggende ferdigheter i og gjenkjenne tidlige tegn til sykdomsforverring, ha etablerte rutiner for varsling og respons. Avdelingsledere bør gi gunstigere betingelser for faglig oppdatering, planlegging og organisert fagutvikling. Sykepleierne har dessuten et eget ansvar, og skal også etterspørre faglig oppdatering for å kunne utføre god sykepleie.

## 7.0 Litteraturliste

Abelsen, et. al. (2014) *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. (Rapport IRIS – 2014/382). Stavanger/Alta: Nasjonalt senter for distriktmedisin. Tilgjengelig fra: [http://arkiv.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/IRIS\\_202014-382\\_20Samhandlingsreformens\\_20konsekvenser.pdf](http://arkiv.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/IRIS_202014-382_20Samhandlingsreformens_20konsekvenser.pdf) (Hentet:14.04.2020).

Alvsvåg, H. (2015) Faglig skjønn og omsorg, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 156-176.

Andersson, et. al. (2017) Nurses' competencies in home healthcare: an interview study, *BMC Nursing*. 16(65). doi:10.1186/s12912-017-0264-9

Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care a practical guide*. 4.utg. London: Open University Press.

Brykczynski, K. A. (2015) Patricia Benner: Fra novise til ekspert: Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis, i Tomey, A. M. og Alligod, M. R. (red.) *Sygeplejeteoretikere. Bidrag og betydning for moderne sygepleje*. 1. utg. København: Munksjod, s. 149-172.

Fermann, T. og Næss, G. (2014) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 238-261.

Fjørtoft, A. K. (2016) *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Flöjt, J. Hir, U. L, og Rosengren, K. (2014) Need for preparedness: Nurses' Experiences of competence in Home Health Care, *SAGE Journals*, 26(4), s. 223-229. doi: 10.1177/1084822314527967

Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester (2011) *Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349?fbclid=IwAR3e0uVIIkzjztOinoIs\\_ur00kmLpm5HAv9TO\\_qjOASftq74Lihg-yncQu0](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349?fbclid=IwAR3e0uVIIkzjztOinoIs_ur00kmLpm5HAv9TO_qjOASftq74Lihg-yncQu0) (Hentet: 20.04.2020).

Gautun, H. Bratt, C. (2014) *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA rapport nr. 14/14). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/378098-Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem.html> (Hentet: 02.05.2020).

Graverholt, B. Jamtvedt, G. og Nordtvedt, M. W. (2015) Kunnskapsbasert praksis, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 179-191.

Gray, E. Currey, J. og Considine, J. (2018) Hospital in the home nurses' assessment decision making: an integrative review of the literature, *Contemporary Nurse*, 54(6), 603-616. doi: 10.1080/10376178.2018.1532802

Grov, E. K. (2015) Å bli pasient eller hjelpetregende, i Grov, E. K. og Holter, I. M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 37-53.

Haukelien, H. Vike, H. og Vardheim, I. (2015) *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. (TF – rapport. nr. 362). Bø: Telemarksforskning. Tilgjengelig fra: <https://intra.tmforsk.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>. (Hentet: 20.04.2020).

Helsebiblioteket (u.å.a) *Cinahl*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis> (Hentet: 25.04.2020).

Helsebiblioteket (u.å.a) *Svemed+*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/svemed-karolinska-institutet?lenkedetaljer=vis> (Hentet: 25.04.20).

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

(Hentet: 16.04.2020).

Helsedirektoratet (2017a) *Kompetanse og personell i helse - og omsorgstjenesten i*

*kommunene Status 2016 for Kompetanseløft 2020*. Tilgjengelig

fra: [https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020/%C3%85rsrapport%202016%20Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf/)

[2020/%C3%85rsrapport%202016%20Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020/%C3%85rsrapport%202016%20Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf/) /attachment/in-

[ine/394c9576-535e-4306-ad57-725c6d282c79:a19f47db78b2537f342b3baf44e29a35c31c77d6/%C3%85rsrapport%202016%20Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020/%C3%85rsrapport%202016%20Kompetansel%C3%B8ft%202020.pdf/) (Hentet: 25.04.2020).

Helsedirektoratet (2017b) *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade)

[helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade) (Hentet: 05.04.2020).

Helsedirektoratet (2019) *Kompetanseløft 2020*. Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020)

[2020](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020) (Hentet: 25.04.20).

Helsedirektoratet (2020) *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*.

Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand)

[respons-ved-forverret-somatisk-tilstand](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand) (Hentet: 05.05.2020).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2) (Hentet: 03.03.2020).

Helse- og omsorgstjeneste loven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=utskrivningsklar>

(Hentet: 02.02.2020).



Holter, I. M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 107-117.

Holter, I. M. og Grov, E. K. (2015) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 27-34.

Kihlgren, *et. al.* (2016) A Decision support system (DSS) for municipal nurses encountering health deterioration among older people, *BMC Nursing*, 15(63). doi: 10.1186/s12912-016-0184-0

Kim, H. S. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 142-155.

Kirkevold, M. (2014) Gammel og syk, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 22-27.

Kirkevold, M. (2015) Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike typer situasjoner, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s 193-205.

Kyrkjebø, D. Søvde, B. E., og Råholm, M. B. (2017) Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?, *Sykepleien forskning*, 12. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64027

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, i Grov, E. K og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 119-141.

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

NCBI (u.a.å) *About*. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/> (Hentet: 25.04.2020).

Norheim, H. K. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?, *Sykepleien forskning*, 10(1), 14-22. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.53343

NOU 2015: 17 (2015) *Først og fremst. Et helt helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon informasjonsforvaltning.

Nydal, *et. al.* (2016) Stressa sykepleiere i kommunene, *Sykepleien forskning*, 104(3), s. 68-70. doi: [10.4220/Sykepleiens.2016.56777](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56777)

Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. 2. utg. Ålesund: Cappelen Damm AS.

Ranhoff, A. H. (2014) Den akutt syke gamle, i Kirkevold, M. Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 225 - 236.

Riksrevisjonen (2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra: [https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf?fbclid=IwAR2f3YgUiqU6iXTaSm91qqWgpss4dHqMKtAD\\_7t1zcuEP3Tqkp6t1v9vOM0](https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf?fbclid=IwAR2f3YgUiqU6iXTaSm91qqWgpss4dHqMKtAD_7t1zcuEP3Tqkp6t1v9vOM0) (Hentet: 26.04.2020).

Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Bodø: Gyldendal Norsk Forlag AS, 110-113.

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

Stubberud, G. D. (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sæterstrand, T. M., Holm, S. G., og Brinchmann, B. S. (2015) Hjemmesykepleiepraksis, *Klinisk Sygepleje*, 29, 4-16. Tilgjengelig fra:

[https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2015/01/hjemmesykepleiepraksis](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2015/01/hjemmesykepleiepraksis)

(Hentet: 16.04.2020).

Thidemann, I. J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleier – studenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utg. Grimstad: Universitetsforlaget AS

Tønnesen, S. (2014) Prioriteringer i hjemmesykepleien - mot prioriteringskriterier i helse og omsorgstjenestene?, i Kassah, B. L. Tingvoll, W. A. og Kassah, A. K. (red.)

*Samhandlingsreformen under lupen*. Bergen: Fagbokforlaget s. 69-86.

