

Alise Hansson og Elisabeth Myhre

# Hva kan bidra til sikker sykepleie ved første møte med ny bruker i hjemmetjenesten, sett i et human factors perspektiv?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7546

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Kristian Ringsby Odberg

Mai 2024



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Alise Hansson og Elisabeth Myhre

# **Hva kan bidra til sikker sykepleie ved første møte med ny bruker i hjemmetjenesten, sett i et human factors perspektiv?**

Litteraturbachelor

Antall ord: 7546

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Kristian Ringsby Odberg  
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

### Oppgavens bakgrunn:

Helsetjenestene opplever endringer som følge av samfunnsstrukturelle endringer med eldrebølge, raskere sykehusutskrivelse, mer komplekst sykdomsbilde og færre arbeidstakere.

### Hensikt og problemstilling:

Vi har sett på hvordan samfunnsendringene påvirker hjemmesykepleien.

Forskningsspørsmålet: Hva kan bidra til sikker sykepleie ved første møte med ny bruker i hjemmetjenesten, sett i et human factors perspektiv.

### Metode:

Litteraturstudie med en tematisk innholdsanalyse med en deduktiv tilnærming. Vi brukte Human Factors teori og SEIPS-modellen som ramme for å forstå arbeidssystemet bedre.

### Resultater:

Felles for forskningsartiklene var viktigheten av sykepleierens kompetanse.

Kompetanseoverføring fra kollegaer og lederstøtte gir sykepleier trygghet. Trygghet hos sykepleier, bidrar til sikker sykepleie i første møte med ny bruker.

### Konklusjon:

Funnene tyder på at det som bidrar til sikker sykepleie, i første møte med ny bruker, er sykepleierens kliniske- og organisatoriske kompetanse, kartleggingsverktøy, samarbeid og kommunikasjon, lederstil, arbeidsbelastning, ulike perspektiver på brukerens tjenestebehov og elektroniske dokumentasjonssystemer.

**Nøkkelord:** hjemmesykepleie; hjemmeboende pasienter; tjenestebehov; omsorgskvalitet; helhetlig helse.

## Abstract

### Background of the assignment:

Health services are experiencing changes because of societal structural changes with the wave of older people, faster hospital discharges, a more complex disease picture and fewer workers.

### Purpose and problem:

How societal changes affect nursing practice. Therefore, the research question is: What can contribute to safe nursing care from the first contact with a new user in home care services, seen from a human factors perspective.

### Method:

Literature study with a thematic content analysis with a deductive approach. We used Human Factors theory and the SEIPS model as a framework to better understand the work system.

### Results:

Research articles showed the nurse's importance in showing a spectrum of competence. The ability to relay and transfer skills from colleagues and support from leadership gives nurses security. Security contributes to safe nursing in the first meeting with a new user.

### Conclusion:

The results showed that what contributes to safe nursing, in the first contact with a new user, is everything from the nurse's clinical and organizational competence, categorization tools, collaboration and communication, management style, workload and electronic documentation systems.

**Key words:** Home nursing; homebound persons; health services need; quality of health care; holistic health.

# Innhold

1	Introduksjon.....	1
1.1	Introduksjon til tema.....	1
1.2	Bakgrunn .....	2
1.2.1	Kommunehelsetjenesten.....	2
1.2.2	Juridisk rammeverk for kommunal helsetjeneste.....	2
1.2.3	Sykepleier.....	3
1.2.4	Bruker av hjemmetjenesten .....	4
1.3	Human Factors perspektiv.....	4
1.4	Rasjonale og forskningsspørsmål .....	5
2	Metode .....	6
2.1	Metode.....	6
2.2	Søkestrategi .....	6
2.3	Valg av litteratur og kildekritikk.....	9
2.4	Beskrivelse av analysen .....	11
2.5	Etiske overveielser .....	11
3	Resultat .....	11
3.1	Presentasjon av matrisen .....	20
3.2	Hjemmesykepleier .....	21
3.3	Teknologi og kartleggingsverktøy .....	21
3.4	Organisering av hjemmetjenesten .....	22
3.5	Arbeidsoppgaver .....	23
3.6	Brukerens hjem.....	24
4	Diskusjon.....	24
4.1	Hjemmesykepleiers kompetansebredde.....	24
4.2	Teknologi og kartleggingsverktøy må være tilrettelagt for sikker hjemmesykepleie.....	25
4.3	Hjemmetjenesten og tilrettelegging for å bo trygt hjemme .....	26
4.4	Karakteristika rundt arbeidsoppgaver .....	27

4.5 Brukerens hjem og hjemmesykepleiers arbeidsområde .....	28
4.6 Arbeidssystemets kompleksitet og interaksjoner .....	28
4.7 Styrker/svakheter med oppgaven .....	29
4.8 Konklusjon .....	29
4.9 Implikasjoner .....	30
Referanser .....	31

### Vedlegg:

Vedlegg 1, Excel-skjema med utvelgelse

Vedlegg 2, Sjekkliste -kvalitativ

### Figuroversikt:

Figure 1, arbeidssystemet i hjemmetjenesten basert på Carayon et al. 2006.....	5
Figure 2, PRISMA- skjema. ....	9

### Tabelloversikt:

Tabell 2, PICO-skjema. ....	7
Tabell 3, søkelogg 16.04.24. ....	9
Tabell 4, inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	11
Tabell 5, resultater av analysen i matrise. ....	20



# 1 Introduksjon

## 1.1 Introduksjon til tema

Helsetjenestene i Norge opplever endringer som følge av samfunnsstrukturelle forandringer som eksempelvis demografisk utvikling. Det trengtes en endring for å få mer bærekraftige helsetjenester i fremtiden og Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet derfor Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.Meld.47, 2012). Reformen er et styringsverktøy for hvordan styresmaktene og sektoren best mulig skal imøtekomme fremtidens utfordringer. Utfordringene truer bæreevnen til landets samfunnsøkonomi og krever en kursendring på alle styringsnivåer. Samhandlingsreformen har 5 ulike hovedgrep for å sikre fremtidige helse- og omsorgstjenester. Hovedgrepene skal ivareta både pasientenes behov for koordinerte tjenester og de samfunnsøkonomiske utfordringene. Ett av hovedgrepene er: Ny framtidig kommunerolle. Reformen fordeler ansvar til Primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten) og Spesialisthelsetjenesten (sykehus). Kommunehelsetjenesten skal jobbe mer helhetlig i pasientforløpene enn det er gjort tidligere. Samhandlingsreformen omhandler også andre strategiske tiltak for å supplere hovedgrepene. Tiltak som utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk skal understøtte målene i reformen og samarbeidet på ulike nivåer i helsevesenet og andre sektorer.

Samhandlingsreformen sine hovedgrep medførte lovendringer (Befring 2017). Helse- og omsorgstjenesteloven ble opprettet, og førte til lovendring når det gjaldt kommunens ansvar. Lovendringen påvirket hvordan kommunen skulle styre, samt deres økonomiske rammer/- insentiver. Lovendringene endret blant annet hvordan helsetjenestene skulle organiseres, prioriteres og utvikle tjenestetilbud. Kommunen skal øke kompetansen hos blant annet sykepleierne i hjemmetjenesten. Endringene skal styrke arbeidet i sektoren, for fremtiden.

I 2023 la regjeringen frem en ny eldrereform - Bu trygt heime. Eldrereformen (Meld. St. 24, 2023) skal danne grunnlag for å møte de utfordringene vi står ovenfor i 2030. Fremtidsprognoser viser at antall eldre over 80 år dobles i forhold til i dag, og det vil derfor være flere eldre enn barn i landet. Samfunnsøkonomisk bæreevne blir svekket i tillegg til at det vil mangle folk i arbeidsfør alder. Det er derfor ikke bærekraftig å fortsette å forvalte og drifte helsetjenester slik vi gjør i dag. Samhandlingsreformen (St.Meld.47, 2012), legger vekt på Eldrereformen, og hvordan eldre i størst mulig grad kan bo i eget hjem lengst mulig. Med økning i antall eldre over 80 år, vil det mest sannsynlig bli en økning blant brukere av hjemmetjenesten og med de utfordringene som er beskrevet som følge av demografisk utvikling, vil dette påvirke hvordan omsorgstjenesten tilbys i fremtiden.

Hjemmetjenesten er en av kommunens tjenester innen helse- og omsorgssektoren. Aase (2022) belyser utfordringene i hjemmetjenesten, som har økt siste tiåret. Økning i antall syke brukere, behov for mer spesialiserte tjenester krever mer kompetanse hos helsepersonell for å ivareta pasientsikkerheten. Utfordringene øker også kravene til kommunikasjon og koordinering blant helsepersonell, både imellom primær- og spesialisthelsetjenesten og innad i kommunen.

Hjemmetjenesten må håndtere utviklingen av kortere liggetid på sykehus og forflytning av sykere brukere hjem (Aase, 2022). Utviklingen bidrar til at hjemmetjenesten må ha raskere omstillingsevne enn tidligere. Knappe økonomiske ressurser og tilgang til kompetent arbeidskraft gjør at endringene kan være ekstra utfordrende.

## 1.2 Bakgrunn

### 1.2.1 Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten består av 3 ulike nivåer og hjemmetjenesten utgjør et av de laveste tjenestenivåene i helsesystemet (Aase, 2022). Aase definerer hjemmetjenesten som et sett av helsetjenester som utføres i hjemmet. Hovedformålet med hjemmetjenester er å opprettholde god livskvalitet for brukerne og forebygge sykehusinnleggelse. Reinnleggelse på sykehus innebærer økt risiko for funksjonsfall, komplikasjoner og kan føre til utskrivelse til et høyere tjenestenivå, eksempelvis sykehjem.

Hjemmetjenesten er en ambulerende tjeneste der helsepersonell forflytter seg mellom brukernes hjem (Aase, 2022). Andel ufaglærte kan være høyere enn i andre deler av helsesystemet. Helsepersonell er ofte alene hos brukeren og håndterer problemstillinger som krever høy medisinsk kunnskap og vurderings- og beslutningsevne. Hjemmets utforming og brukerens autonomi er viktige rammebetingelser for tjenestene som skal utføres.

Økning i hjemmesykepleiers kompetanse er et viktig karakteristikum når det gjelder å håndtere sammensatte tjenester og avanserte sykdomsbilder (Aase, 2022). Kompetanse er et vidt begrep. I helsetjenesten argumenteres det for, at det ikke bare er helsepersonells kompetanse som bør inngå i begrepet. Aase har oversatt Boyatzi sin beskrivelse av kompetanse til: Kompetanse inkluderer individuelle egenskaper (egenskaper og atferd) i et dynamisk samspill med arbeidsforhold (oppgaver og roller) og organisasjonsmiljø (kultur, systemer og retningslinjer). Beskrivelsen av kompetanse passer godt i hjemmetjenesten da det er mange elementer som spiller inn i sykepleiepraksisen.

### 1.2.2 Juridisk rammeverk for kommunal helsetjeneste

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er styrende for hvordan kommunen skal organisere sine tjenester. Befring (2017) belyser i §3-2 at kommunen skal ha både

helsefremmende og forebyggende tjenester. Kommunen skal tilby fastlegeordning, helsetjenester i hjemmet, rehabiliteringstjenester og legevaktsordning. I tillegg skal kommunen ha tilstrekkelig kapasitet, til å ivareta de som til enhver tid oppholder seg i kommunen, og som har behov for helse- og omsorgstjenester. Befring trekker også frem §4-1 som sier at kommunaltjenestene skal være faglig forsvarlig, likeverdige og at kommunen skal sørge for å ha nok fagkompetanse. For å imøtekomme disse lovkravene, må kommunen organisere, prioritere og tilby tjenester, samt endre og videreutvikle tjenestetilbudet. Det er opp til hver enkelt kommune, hvordan tjenestene organiseres og hvor mye av kommunens samlede ressurser den enkelte kommune bruker til dette.

Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om for eksempel regional legevaktsordning og innkjøpsordninger av medisinsk utstyr. Dette ofte gjennom en vertskommuneavtale jamfør kommuneloven (2018, § 20-1). I vår oppgave vil hjemmesykepleien som organisasjon være en av komponentene. Vi skal se på hva forskning sier om hvordan organiseringen påvirker sykepleierspraksisen.

### 1.2.3 Sykepleier

I denne oppgaven er sykepleier og hjemmesykepleier av samme betydning, som er å yte helsehjelp til hjemmeboende (Helsepersonelloven, 1999, kap. 1, § 3). Kravet til sykepleiers kompetanse har økt og blitt mer komplekst med sykdomsutviklingen som er i samfunnet. Aase (2022) beskriver at for å ivareta pasientsikkerheten skal hjemmesykepleiere utføre faglig forsvarlige tjenester innenfor eksempelvis medikamenthåndtering, sårstell og observasjon av bruker. Faglig forsvarlighet er viktig og er forankret i både Helsepersonell loven (1999) og yrkesetiske retningslinjer (2023, §2-2). Vi omtaler dette også som sikker sykepleie i vår oppgave.

Endringene og derav økt kompetansekrav i hjemmetjenesten bidrar til at det har utviklet seg et kompetansegap mellom kravet til kompetanse og det reelle kompetansenivået til hjemmesykepleierne (Ingstad, 2019). For å imøtekomme kravet til faglig forsvarlig tjenester må kompetansegapet tettes, og sykepleier må benytte kunnskapsbasert praksis. Sykepleier baserer sine tiltak med forskningsbasert kunnskap, erfarings basert kunnskap og brukermedvirkning. Ingstad mener videre at denne kliniske kompetansen ikke er tilstrekkelig med tanke på endringene som er i hjemmetjenesten. Sykepleierne må i tillegg ha organisatorisk kompetanse, som innebærer organisering av det kliniske arbeidet og de rammene arbeidet organiseres innenfor. Eksempel på dette er å ha kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid, som kan gi brukeren helhetlige tjenester. I første møte med ny bruker er det også viktig at sykepleier har kunnskap om, og informerer bruker om rettigheter og klagerett. Dette følger av helsepersonellens opplysningsplikt (Helsepersonell loven, 1999, §10).

### 1.2.4 Bruker av hjemmetjenesten

Pasient, bruker, tjenestemottaker er synonymer på en som mottar hjemmetjenester (Aase, 2022). Vi benytter synonymet bruker i oppgaven fordi vi ikke vektlegger diagnoser, pleiebehov eller tjenesteomfang. Gruppen som mottar hjemmetjenester er sammensatt med tanke på alder, etnisitet, diagnose og sosiale forhold. Avhengig av brukerens hjelpebehov utføres hjemmetjenestene av ufaglærte assistenter, fagarbeidere eller profesjonsutøvere. Brukere som trenger hjemmetjenester, søker kommunen om ulike type tjenester, og av ulikt omfang. Kommunen kartlegger behovet ved bruk av en samtaleguide, samt innhenter relevante opplysninger fra pasienten selv, spesialisthelsetjeneste eller fastlege. Aase opplyser videre at kommunen gjør deretter en helhetsvurdering, utmåler, og tildeler vedtak på tjenester ut ifra et aktuelt lovverk og politiske føringer for den gjellende kommune. Brukeren mottar etter dette et enkeltvedtak som gir en individuell klagerett. Når vedtaket er fattet muntlig eller skriftlig, kan tjenesten igangsettes. Brukeren mottar dretter helsetjenester fra ulike personer avhengig av vaktordning og bemanningssituasjon. Pårørende har en fremtredende rolle i den uformelle omsorgen for brukeren og dennes kommunikasjon med tjenesten. I vår oppgave belyses sykepleier sitt første besøk hos en bruker, som har fått innvilget vedtak om helsetjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, kapittel 3 § 3-3). Brukeren er ny for hjemmesykepleien og førstegangsmøtet er viktig for å bli kjent og å få kunnskap om brukerens normalsituasjon, slik at hjemmetjenesten kan oppdage tidlig tegn til forverret tilstand. Brukerens behov og ønsker er viktig å kjenne til for at brukeren skal få best mulig individtilpasset tjeneste (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 2 §2-1a).

### 1.3 Human Factors perspektiv

For å forstå hjemmetjenestens arbeidspraksis bedre, har vi valgt Human Factors teorien som bakteppe. Teorien tar for seg tverrfagligheten når det gjelder å oppfatte og få forståelsen av interaksjoner mellom mennesker og andre elementer i et system (Odberg, 2020). For å sette teorien i ramme har vi valgt modellen: Systems Engineering for Patient Safety (SEIPS-modellen) til Carayon et al. (2006).

Modellen belyser hjemmesykepleiens kompleksitet med strukturer, prosesser og utfall av tjenestene som gis, samt relasjonen mellom de aktuelle personene (Aase, 2022). Dette betyr at det er ulike faktorer i arbeidssystemet (mennesker, oppgaver, teknologi og verktøy, organisasjon og miljø) og interaksjoner dem imellom, som påvirker arbeidsprosessene. Menneskene er i sentrum av arbeidssystemet. For å legge til rette for best mulig ytelse og redusere negative konsekvenser for personen er det viktig at det er balanse og gode interaksjoner mellom komponentene. Modellen gir forståelse for at selv om kompetansen og kunnskapen til sykepleieren er viktig, så er den alene ikke tilstrekkelig til å sikre faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Hele systemet må være godt tilrettelagt for å få et optimalt arbeidssystem som fungerer. Modellen viser hvordan arbeidssystemet også blir påvirket ut fra både prosessen og resultatet. Vi har i bacheloroppgaven valgt å avgrense oss til kun å se på arbeidssystemets dynamikk.

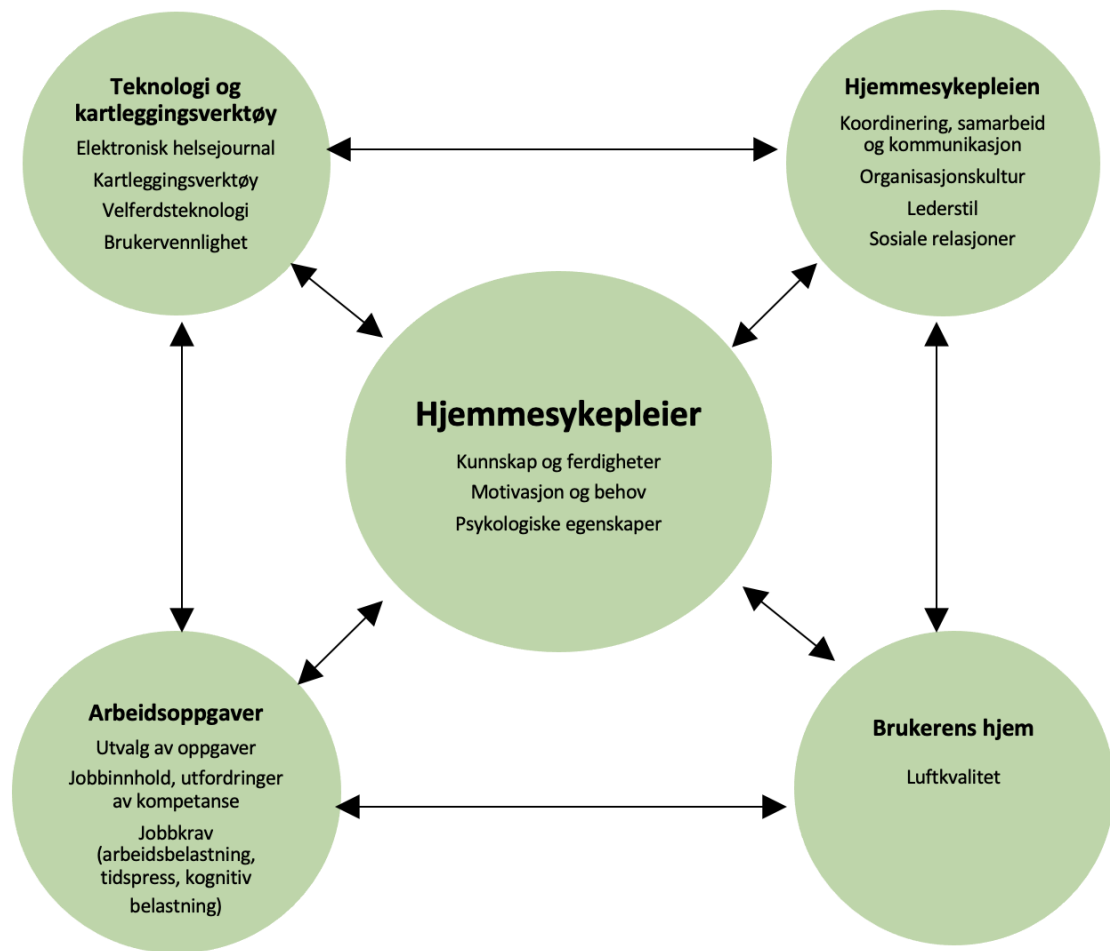


Figure 1, arbeidssystemet i hjemmetjenesten basert på Carayon et al. 2006.

## 1.4 Rasjonale og forskningsspørsmål

Prognoser anslår at eldrebølgen skal være på det høyeste nivået i 2030 (Aase,2022). I 2020 var det 28,9% av innbyggere over 80 år, som mottok hjemmetjeneste, mot 10,8% i 2016. Økt levetid er også ofte forenelig med mer komplekst sykdomsbilde, som gir flere nye brukere i hjemmetjenesten. Med økt brukernivå og samfunnsøkonomiske rammebetingelser, er det stort behov for endringer i tjenesteutøvelsen og prioriteringer i hjemmetjenesten (Tønnesen, 2021).

Forsknings- og utdanningspolitikk er viktige elementer for å styrke grunnlaget til blant annet hjemmetjenesten. Aase (2022) påpeker at det er generelt lite forskning på pasientsikkerhet i hjemmetjenesten. Årsakene til dette kan være blant annet: kompleksiteten i hjemmesykepleien, som gjør det vanskelig å forske på helheten, og etiske dilemmaer rundt forskning på brukerens hjem. Vårt utdanningsløp for å få autorisasjon som sykepleier, viser at det jobbes med å tette kompetansegapet i sektoren. For å få klinisk- og systematisk kompetanse har vi blant annet lært om teknologikunnskap, sykdomslære, refleksjonskunnskap, ledelse og systemoppbygging i helsevesenet. På bakgrunn av rasjonale, med SEIPS-modellen som ramme, ønsker vi å

se på hva som bidrar til god sykepleie, slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Dette til tross for kliniske- og strukturelle endringer i samfunnet samt lokale forhold (hvordan kommunen organiserer sine tjenester samt geografiske forhold).

Vår problemstilling er: "Hva kan bidra til sikker sykepleie ved første møte med ny bruker i hjemmetjenesten, sett i et human factors perspektiv?"

## 2 Metode

### 2.1 Metode





Vi har valgt systematisk litteraturstudie som tverrgangsmåte for vår oppgave. Thidemann (2019) definerer litteraturstudie som en systematisk fremgangsmåte som innebærer systematisk innhenting, kritisk vurdering og oppsummering av tilgjengelige skriftlige kilder. Hensikten er å gi leseren et helhetlig og oppdatert innblikk i den eksisterende kunnskapen innenfor valgt tema, samt hvordan en har ervervet denne kunnskapen. For å besvare problemstillingen har vi valgt ut artikler som har kvalitative design. Lik metode gjør det lettere å sammenligne resultatene samt vurdere overførbarheten. Intervju gir humanvitenskapelig forståelse rundt temaet, slik som sykepleierne og brukernes meninger, erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. Dette gir oss nyttig kunnskap for å forstå helheten og kompleksiteten i arbeidssystemet opp mot problemstillingen.

Vi gjorde en tematisk innholdsanalyse med en deduktiv tilnærming (Elo og Kyngås, 2008). SEIPS-modellen danner ramme for utvelgelse og analyse av våre artikler. Dette for å finne ut hva resultatene sier om hvordan de forskjellige komponentene påvirker sykepleiepraksisen i første møte med ny bruker i hjemmetjenesten.

### 2.2 Søkestrategi

Vår interesse for sykepleiepraksisen i kommunehelsetjenesten danner grunnlaget for søkestrategien. Søkeprosessen startet med usystematiske søk i Google Scholar for å se om det var forskning på temaet.

Vi utformet problemstilling og satte den inn i et PICO-skjema, for å tydeliggjøre hvilke hovedbegreper vi hadde, se tabell 1 (Thidemann, 2019).

 <b>OR</b> 	<u>Patients/population/problem</u> <b>HVEM?</b>	<u>Patients/population/problem</u> <b>HVEM?</b>	<u>Intervention/initiativ/action</u> <b>HVA?</b>	<u>Outcome</u> <b>RESULTAT/EFFEKT?</b>
	Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?
	<b>HJEMMEBOENDE PASIENT/BRUKER</b>	<b>SYKEPLEIER I HJEMMETJENESTEN</b>	<b>MOTTAK</b>	<b>HELHETLIG HELSE</b>
	 <b>AND</b> 			

Tabell 1, PICO-skjema.

Databasene vi brukte for å finne relevante artikler, var PubMed, Cinahl og SveMed+. PubMed og Cinahl er to anerkjente databaser som dekker de fleste emner innen medisin og helse, hvor andrenevnte database spesifiserer seg rundt sykepleieforskning. SveMed+ tar for seg skandinaviske artikler innen medisin og helse (NTNU, u.a). Disse databasene ble valgt basert på relevans til å besvare problemstillingen (Thidemann, 2019). Da det er mangel på forskning i kommunehelsetjenesten, valgte vi derfor 3 databaser for å øke sjansene for gode og relevante vitenskapelige artikler (Aase, 2022).

Vi anvendte PICO-skjema i prosessen med å strukturere søkeordene. Kolonner som populasjon/pasientgruppe, tiltak/intervensjon og ønsket utfall/resultat ble tatt i bruk for å systematisere søkeord (Thidemann, 2019). Databasene har egne standardiserte emneordsystemer. Emneordet beskriver innholdet i artiklene og brukes dermed som søkeord. Nøkkelord bidrar til et mer spesifikt søk i databasene, eksempelvis "hjemmesykepleie" og ikke bare generelt "sykepleie" (Thidemann 2019). Vi fant ulike søkeord med å først anvende Ordnett.no for å identifisere de engelske fagtermene. Deretter overførte vi disse engelske fagtermene i PubMed sitt emneordsystem MeSh, for å identifisere om disse kan anvendes i databasen. Vi benyttet deretter de standardiserte emneordene likt i alle databasene. Hvert søkeord fra hver kolonne i PICO-skjemaet ble søkt på med OR imellom. Deretter ble kolonnene søkt på med AND imellom. Dette for å få et presist søk.

Det systematiske søket i databasene ble gjennomført den 16.04.24. Det gav 733 treff, se tabell 2 for søkelogg. Søkeordene førte til størst antall resultater i SveMed+, hvor en stor del av artiklene ikke var fagfellevurderte. Som konsekvens av dette, ble det gjennomført en avgrensning for å identifisere fagfellevurderte artikler. Avgrensninger som "peer reviewed" ga noe færre treff, noe som bidro til å strukturere de gjenværende artiklene på en mer organisert måte.

NR	Query	PubMed	Cinahl	SveMed+
1	Search: <b>Homebound Persons</b> [MeSH Terms]	732	808	6
2	Search: <b>Community patients</b> [MeSH Terms]	6 990	1	1 028
3	Search: <b>Shut ins</b> [MeSH Terms]	723		12

4	Search: <b>Patients in home</b> [Text Word]	6 143	34 735	542
5	Search: <b>Homebound Persons</b> [Text Word]	759	951	6
6	Search: ((((((Homebound Persons[MeSH Terms]) OR (Community patients[MeSH Terms]) OR (Shut ins[MeSH Terms])) OR (Patients in home[Text Word])) OR (Homebound Persons[Text Word]))	<b>13 823</b>	<b>35 573</b>	<b>1 470</b>
7	Search: <b>Nurses, Community Health</b> [Text Word]	1 088	16 362	784
8	Search: <b>Community health nursing</b> [MeSH Terms]	20 309	31 896	847
9	Search: <b>Home Health Nursing</b> [MeSH Terms]	380	7 563	1 170
10	Search: <b>nurse, public health</b> [MeSH Terms]	560	146	4 740
11	Search: <b>Home Nursing</b> [MeSH Terms]	9 552	50 969	2 249
12	Search: <b>Nurses, Community Health</b> [MeSH Terms]	1 029	345	784
13	Search: (((((((Community health nursing[Text Word]) OR (Nurses, Community Health[Text Word])) OR (Community health nursing[MeSH Terms])) OR (Home Health Nursing[MeSH Terms])) OR (nurse, public health[MeSH Terms])) OR (Home Nursing[MeSH Terms])) OR (Nurses, Community Health[MeSH Terms]))	<b>31 219</b>	<b>100 055</b>	<b>6 023</b>
14	Search: <b>health services needs and demand</b> [MeSH Terms]	62 724	29 772	1 247
15	Search: <b>health services need</b> [MeSH Terms]	62 724	29 772	1 436
16	Search: <b>knowledge</b> [MeSH Terms]	15 105	95 766	2 593
17	Search: <b>Change Management</b> [MeSH Terms]	218	7 294	41
18	Search: <b>quality of healthcare</b> [MeSH Terms]	8 341 224	87 830	57 042
19	Search: <b>Important knowledge</b> [Text Word]	2 016	19 345	50
20	Search: <b>Outlines</b> [Text Word]	41 201	88 780	13
21	Search: (((((((health services needs and demand[MeSH Terms]) OR (health services need[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (Change Management[MeSH Terms])) OR (quality of healthcare[MeSH Terms])) OR (Important knowledge[Text Word])) OR (Outlines[Text Word]))	<b>8 412 887</b>	<b>314 157</b>	<b>59 001</b>
22	Search: <b>Delivery of Health Care, Integrated</b> [MeSH Terms]	14 625	15 527	48
23	Search: <b>delivery of health care</b> [MeSH Terms]	1 311 653	82 986	24 242
24	Search: <b>Comprehensive Health Care</b> [MeSH Terms]	344 005		6 123
25	Search: <b>Health, Holistic</b> [MeSH Terms]	8 029	2 833	297
26	Search: <b>Patient satisfaction</b> [MeSH Terms]	100 706	62 934	1 833
27	Search: <b>Health, Holistic</b> [Text Word]	23	13 243	297
28	Search: ((((((Comprehensive Health Care[MeSH Terms]) OR (Health, Holistic[MeSH Terms])) OR (Patient satisfaction[MeSH Terms])) OR (Health, Holistic[Text Word]))	<b>1 530 783</b>	<b>156 059</b>	<b>28 176</b>
29	Search: (((((((Homebound Persons[MeSH Terms]) OR (Community patients[MeSH Terms])) OR (Shut ins[MeSH Terms])) OR (Patients in home[Text Word])) OR (Homebound Persons[Text Word])) AND (((((((Community health nursing[Text Word]) OR (Home Health Nursing[Text Word])) OR (Community health nursing[MeSH Terms])) OR (Home Health Nursing[MeSH Terms])) OR (nurse, public health[MeSH Terms])) OR (Home Nursing[MeSH Terms])) OR (Nurses, Community Health[MeSH Terms])) AND (((((((health services needs and demand[MeSH Terms]) OR (health services need[MeSH Terms])) OR (knowledge[MeSH Terms])) OR (Change Management[MeSH Terms])) OR (quality	<b>255</b>	<b>101</b>	<b>377</b>



<b>of healthcare[MeSH Terms])) OR (Important knowledge[Text Word])) OR (Outlines[Text Word])) AND ((((((Comprehensive Health Care[MeSH Terms]) OR (Health, Holistic[MeSH Terms])) OR (Patient satisfaction[MeSH Terms])) OR (Health, Holistic[Text Word]))</b>			
--	--	--	--

Tabell 2, søkelogg 16.04.24.

## 2.3 Valg av litteratur og kildekritikk

Vi implementerte en strategisk lesemetode i henhold til anbefalingene fra Thidemann (2019). Utvelgelsen hadde følgende rekkefølge: skanning, skumlesing og reflekterende samt kritisk lesing. Etter fjerning av duplikater identifiserte vi totalt 724 artikler. Etter skanning, var antallet 287. Deretter skumleste vi gjennom abstractene og fikk 117 relevante gjenværende artikler.

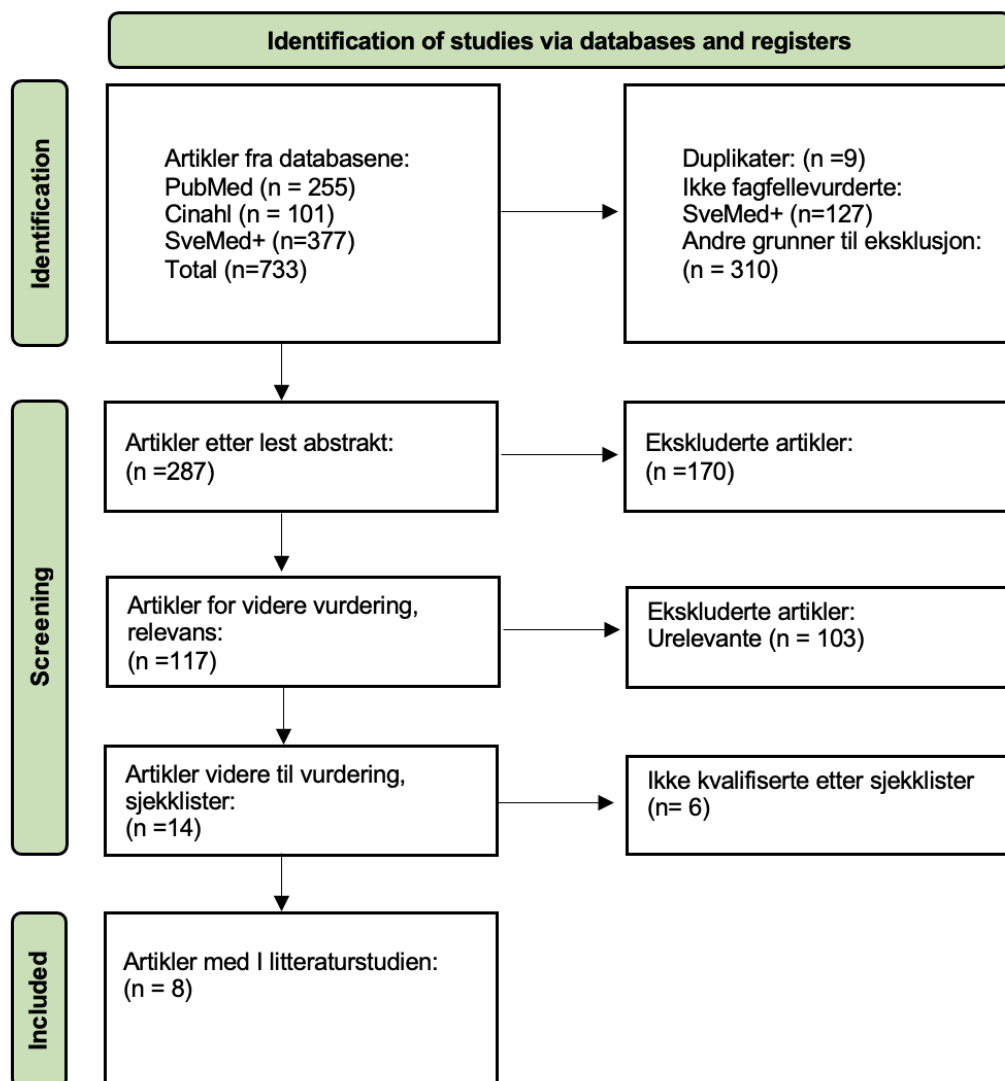


Figure 2, PRISMA- skjema.

For å sikre at artiklene som blir benyttet i denne studien er troverdige og av høy kvalitet, ble det utnevnt noen kriterier. Et av kriteriene var at artiklene skulle være fagfelleverderte og ha en IMRaD-struktur. Videre ble artikler fra eldre tidsperiode enn 2012 ekskludert, for at resultatene skulle stå i samspill med realiteten av sykepleiepraksisen i dag. Grunnen til at vi inkluderte forskningsartikler fra 2012, er at Samhandlingsreformen kom det året.

Vi inkluderte artikler uavhengig av diagnose, alder og kjønn, så lenge artikkelen omhandlet sykepleierarbeid i hjemmetjenesten. Grunnen til det, er at vi ser på sykepleiepraksisen i hjemmetjenesten i et systemperspektiv, og i det tilfelle spiller ikke diagnose, alder eller kjønn en stor rolle.

Temaet i oppgaven er hjemmetjenesten som helhet. Valgte tema gir en utfordring ved utvelgelse av artikler, da det er variasjon mellom organisering av hjemmetjenester nasjonalt og internasjonalt. I tillegg er, som nevnt, ikke hjemmetjenestene i Norge heller unisont utformet og har ulike rammebetingelser. Dette kan gjøre det vanskeligere å se om artiklenes resultater har god overføringsverdi for hele landet. Imidlertid, viser flere av artiklene overføringsverdi til problemstillingen, og kan dermed anses som hensiktsmessige for inklusjon i denne studien. Studienes relevans ble også evaluert i forhold til opprinnelseslandet studien fant plass i.

Angående karakteristika i brukerens hjem, har vi i oppgaven valgt å avgrense til de som er aktuelle i første møte med ny bruker.

De gjenværende 117 artiklene ble lest av oss begge. Vi sorterte hver for oss artiklene etter kategori: ja, nei og kanskje, med tanke på relevansen for å besvare problemstillingen. Etterpå diskuterte vi likheter og ulikheter i sorteringsvalgene. Deretter ble artiklene systematisk organisert i et Excel-ark for å oppnå en mer strukturert oversikt over resultatene, se vedlegg 1. Etter en grundig videre gjennomgang av artiklene, identifiserte vi 14 som ble valgt for videre vurdering. Deretter ble det benyttet en kritisk sjekkliste på de 14 utvalgte artiklene, for å identifisere om de var av verdi for studien og var troverdige, se vedlegg 2 (Helsebiblioteket.no). 8 vitenskapelige artikler ble inkludert for å besvare problemstillingen.

Litteraturstudien inkluderer 6 forskningsartikler som ble gjennomført i Norge, 1 i Sverige og 1 i Skottland. Fire av de inkluderte forskningsartiklene er skrevet på norsk og de resterende fire er på engelsk. Studiene har få antall informanter i tillegg til subjektive beskrivelser. Det skapte usikkerhet om resultatene var representative for hjemmesykepleien. Troverdigheten til resultatene ble styrket, da andre artikler i søket hadde fellestrekk med utvalgte artikler og vi fant forankring i faglitteratur. Vi har ikke gjort søk med andre søkeord eller sammenlignet kvantitative undersøkelser. Det er grunn til å tro at dette kunne gitt andre resultater og svar på vårt forskningsspørsmål, men siden vi ønsket å se hva som påvirker sykepleiepraksisen, så synes vi det var viktig å få frem det humanvitenskapelige perspektivet. Vi syntes at valg av teori og forskningsmetode komplementerte dette synet. Oppgaven skal belyse

sykepleieperspektivet, og vi har derfor sjekket at alle artikler er skrevet av hovedsakelig sykepleiere.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som handler om hjemmesykepleien.	Artikler fra ikke-sammenlignbare land.
Fagfellevurderte artikler.	Fagartikler, kommentarartikler, kronikker.
Publiseringsår 2012-2024.	

Tabell 3, inklusjon- og eksklusjonskriterier

## 2.4 Beskrivelse av analysen

Gjennom tematisk innholdsanalyse med en deduktiv tilnærming, analyserte og sorterte vi resultatene fra artiklene inn i matrise, se tabell 5. Vi systematiserte resultatene etter de ulike karakteristikaene, som er innenfor hver enkelt komponent i SEIPS-modellen (Carayon et al., 2006). Denne matrisen har hjulpet oss til å holde en struktur for videre analyse, gjennom en enkel og visuell måte å se likheter og ulikheter ifra resultatene.

I sammenfatningen av analysens resultat vil vi ta for oss funnene i en overordnet sammenfatning, deretter se hvordan funnene fordeler seg i arbeidssystemet. Vi ser om det blir identifisert felles karakteristika som er viktige i hver enkelt komponent for hjemmetjenesten.

## 2.5 Ethiske overveielser

Forskningsetikk defineres som verdier, regler og strukturelle ordninger som medvirker til å kontrollere vitenskapelig aktivitet. Dette innebærer blant annet frivillig deltagelse, informert samtykke og beskyttelse av personopplysninger (Thidemann, 2019). Alle 8 valgte artikler har godkjent etiske retningslinjer.

# 3 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere de 8 utvalgte artiklene vi fant basert på forskningsspørsmål og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Resultatene belyser hjemmetjenesten på generelt grunnlag og vi vil derfor i diskusjonsdelen trekke inn hvordan resultatene påvirker første møte med ny bruker.

Artikkelmatrisene gir oversikt over resultater, konklusjon og relevans for problemstillingen, ved hver artikkel. Siden artiklene har hovedfokus på sykepleier i hjemmetjenesten, har vi valgt alfabetisk rangering og ikke etter komponentene. Etter artikkelmatrisene har vi en syntetisert presentasjon av analysens resultat i form av en oversikt over hvordan de ulike komponentene er fremstilt i artiklene.

Artikkel:1	2017, Sverige
Tittel:	Nurses ' competencies in home healthcare
Forfatter:	Andersson et al.
Studiets hensikt:	Sykepleiere i hjemmetjenesten står overfor store utfordringer ettersom mer avansert pleie og behandling utføres i pasientenes hjem. Målet med denne studien har vært å utforske hvordan sykepleiere opplever sin kompetanse i ulike situasjoner i hjemmetjenesten.
Relevans for problemstilling:	Anerkjennelse fra leder gjorde at sykepleier følte mestring, forhindret at de resignerte på faglig utvikling og sluttet i jobben. Det var også viktig for sykepleiere få bruke kompetansen sin, samt få støtte til kompetanseutvikling av lederen. Dette bidrar igjen til at sykepleiere i hjemmetjenesten står sterkere i det første møte med ny bruker, med tanke på at sykdomsbildet til brukerne øker i kompleksitet.
Metode og kvalitet:	Studien har et kvalitativ, eksplorerende design med intervju som metode. 10 sykepleiere fordelt på 3 kommuner i Sverige ble intervjuet. Artikkelen har overførbarhet til norsk hjemmesykepleie.
Resultater:	Sykepleierne ønsket å utvikle sin kompetanse og utføre sine oppgaver på en god måte. Å være en dyktig sykepleier handlet om å føle seg trygg på jobben. Anerkjennelse fra leder og kollegaer styrket selvtillit, verdsettelse, gav mening og arbeidsglede.  Dele kompetanse med og lære av andre kolleger var viktig. Dette påvirket deres arbeidsglede, økte jobbtrivselen og reduserte følelsen av ensomhet i arbeidssituasjon. Begrensede muligheter til å dele kompetanse skapte usikkerhet og frustrasjon blant sykepleierne.
Konklusjon:	Kompetansen til sykepleiere i hjemmetjenesten er et komplekst tema. For å sikre at brukerne får god og trygg hjemmesykepleie, trenger sykepleierne omfattende kompetanse. Ledere kan og bør ha stor innflytelse på å anerkjenne sykepleiernes kompetanse og å oppmuntre til videreutvikling. De stedene der sykepleierne ikke føler at de har tilstrekkelig kontroll, øker risikoen for utbrenthet og turnover blant personalet.

Artikkel: 2	2018, Norge
Tittel:	Slik håndterer sykepleiere og brukere vond lukt i hjemmet
Forfatter:	Breievne et al.
Studiets hensikt:	Hensikten med studien er: Hvordan erfarer og håndterer sykepleierne ubehagelig lukt i hjemmet i relasjon med brukerne?
Relevans for problemstillingen:	Luktproblematikk førte til at sykepleierne fikk svekket observasjonsevne og redusert tilstedeværelse. Ved lukt ble tiden de bruke hos brukeren kortere og dette reduserte muligheten for behandling og utvikling av relasjonsbygging. Dette går utover tjenestene og omsorgen som sykepleier gir til brukeren. I først møte med ny bruker, er det viktig at sykepleier har tilstedeværelse og er observant for å kartlegge brukeren best mulig.
Metode og kvalitet:	Studien har et kvalitativ, beskrivende design med observasjon og intervju som metode. 30 sykepleiere og 11 pasienter i 3 hjemmesykepleiedistrikt ble intervjuet. Artikkelen har overførbarhetsverdi.
Resultater:	Sykepleierne manglet kunnskap om luktens fysiologi og fortolket reaksjonene, i tråd med en allmennkulturell forståelse. Sykepleiernes reaksjon, var i sterk konflikt med deres yrkesmorske forpliktelse til å ivareta sårbare brukere.  Observasjonene i hjemmet viste at fokuseringen på å distansere seg fra lukt medførte svekket observasjonsevne og redusert mental tilstedeværelse.  Brukernes erfaringer med og vurderinger av sykepleiernes handlingsstrategier varierte. Flere uttrykte imidlertid en grunnleggende redsel for at det skulle lukte vondt i huset, og ikke bare av dem personlig.
Konklusjon:	Studien gir et innblikk i hvor kompleks lukthåndtering er i hjemmet. Studien indikerer at det å styrke sykepleiernes kunnskapsgrunnlag om luktperspeksjon, etterspørre brukernes erfaring og samtale om lukterfaringer i kollegafelleskapet er viktig for å kunne utvikle fullgode hjelpetilbud til brukere med luktproblematikk.

Artikkel: 3	2016, Norge
Tittel:	Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket?
Forfatter:	Christiansen, B. og Bjørk, I. T.
Studiets hensikt:	Hensikten med studien er å utforske hva det innebærer for sykepleiere å utføre kvalitativt godt arbeid. Opplever de rammebetingelser som understøtter forventninger til egen praksis? Med to års erfaring som sykepleier er man ikke lenger nybegynner, men har et annet utgangspunkt for å vurdere kvaliteter og utfordringer i utøvelsen av yrket. - Hva innebærer det for sykepleiere å utføre godt arbeid? - Hva oppfattes som utfordringer i den sammenheng?
Relevans for problemstillingen:	Organisatoriske forhold som ledelse, tidspress, deltidskultur og ressursmangel bidro til at sykepleierne synes det var vanskelig å få oppdatert seg på ny kunnskap. I første møte med ny bruker kan tidspress, ressursmangel, mangelfull opplæring på teknisk utstyr, samt sykepleier sitt kompetansenivå påvirke sykepleiepraksisen. Dette kan bidra til redusert faglig forsvarlighet som er et lovfestet krav.
Metode og kvalitet:	Studien har et kvalitativt, beskrivende og utforskende design, basert på individuelle intervjuer med 8 sykepleiere med 2 års erfaring. 3 av dem jobber i hjemmetjenesten. Artikkelen er noe usikker med tanke på overførbarhetsverdi direkte til hjemmesykepleie, men andre artikler viser til lignende resultat samt at det var en del fellestrekk i hva informantene opplevde, uavhengig av arbeidssted, så vi tenker det er en viss overførbarhetsverdi.
Resultater:	Det innebar et personlig ansvar for å være faglig oppdatert. For en sykepleier i kommunehelsetjenesten kunne personlig, faglig oppdatering innebære å «lese seg opp» når det kom brukere med medisiner eller diagnoser hun ikke kunne så mye om.  Brukermedvirkning, samt hva som var faglig riktig var viktig for sykepleier. For noen hadde motivasjon for yrket forsterket seg. Tidspress kunne oppleves som en personlig belastning som skapte utfordringer når det gjelder å gjøre det de mente var kvalitativt godt for brukerne. De opplevde trygghet ved kollegafelleskap.
Konklusjon:	Et krav de stilte til seg selv var kontinuerlig og situasjonsavhengig oppdatering. De følte også på et ansvar med å bidra til generell fagutvikling blant kollegaer. På grunn av tidspress, motstand hos leder eller organisatoriske forhold, fikk de ikke mulighet til utvikling.

Artikkel: 4	2013, Norge
Tittel:	When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding
Forfatter:	Devik et al.
Studiets hensikt:	Når pasient og sykepleier møtes i brukerens hjem, kan ulike forventninger fra begge sider påvirke samhandlingen. Sykepleiere og andre helsepersonell må kunne lese brukeren og styre sin adferd slik at samhandlingen blir så god som mulig, til dette trengs forståelse for faktorer som kan fremme eller hemme det terapeutiske forholdet. For å øke kunnskapen om hjemmetjenesten, var målet med denne studien derfor å belyse og tolke betydningen av sykepleiernes personlige erfaringer når de møter brukere i hjemmetjenesten.
Relevans for problemstillingen:	I første møte med ny bruker er det en fordel at sykepleier er bevisst på om det er noen tidligere pasientuttrykk eller annet stress som vil påvirke det første møtet. Den første kontakten og energien som brukeren får med hjemmetjenesten vil kunne påvirke brukerens åpenhet, ærlighet, tillitt til sykepleier og trygghetsfølelse. Dette er viktig «byggesteiner» for hjemmetjenestens videre arbeid både med tanke på hva som blir informert om av bruker, og som sykepleier dokumenterer og tilrettelegger for, samt sykepleiers tilstedeværelse i forhold til hva som blir oppfattet/registrert, kartlagt for å yte det lille ekstra.
Metode og kvalitet:	Studien har et kvalitativt, beskrivende design med intervju som metode. 10 hjemmesykepleiere med 4-36 års erfaring fra Midt-Norge ble intervjuet. Artikkelen har overførbarhetsverdi.
Resultater:	Sykepleiere møter mange ulike personligheter, skjebner og eller sykehistorier i hjemmetjenesten. Disse uttrykkene gir ulik påvirkning på sykepleieren. Møter som berører sykepleieren på et dypere nivå inneholder interaksjoner som domineres av enten positive eller negative følelser som påvirker møtets kvalitet.
Konklusjon:	Tillitsfulle relasjoner basert på sykepleierens evne til å forene menneskelighet og profesjonalitet. På denne måten kan bruker oppleve tilstrekkelig støtte. Når brukerens uttrykk gjør inntrykk på sykepleieren, åpnes det et "bevissthetsrom" hvor brukeren fremstår tydeligere. Dette gjør det mulig for sykepleieren å høre og forstå brukeren på en mer bevisst måte. Det er behov for å være mer oppmerksom på hvordan den emosjonelle omsorgen forstås og påvirker måten sykepleiere utfører sin yrkesrolle på.

Artikkel: 5	2017, Norge
Tittel:	Tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger i hjemmebaserte tjenester.
Forfatter:	Halvorsrud et al.
Studiets hensikt:	Studien utforsker erfaringer mellom farmasøyter og hjemmesykepleiere, i tverrprofesjonell legemiddelgjennomgang (LMG) blant eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester.
Relevans for problemstillingen:	Ved første møte hos bruker som er skrøpelig, eldre og med polyfarmasi, kan sykepleier kontakte fastlege og farmasøyt for å avtale en gjennomgang, slik at medikamentbehandlingen blir så optimal som mulig for brukeren. Sykepleier vil også kunne føle trygghet rundt bivirkninger med mer etter samtale med tverrfaglig team.
Metode:	Studien har et kvalitativt, fenomenologisk design med hermeneutisk tilnærming og intervju som metode. 4 fokusgruppeintervjuer som bestod av 8 hjemmesykepleiere og 2 farmasøyter. Alle fra samme bydel. Ny arbeidsform med tanke på overførbarhetsverdi, men den kan utføres i alle kommuner dersom de ser nytten av å ansette en farmasøyt.
Resultater:	<p>Det ble avdekket mangelfull kvalitet i medikamentbehandling både på individ og på organisatorisk nivå. Feil i legemiddelsammensetning, feilmedisinering samt mangler i kjennskap til virkning, bivirkning og indikasjoner for medikament. Fastlegen prioriterer sjelden LMG til gamle skrøpelige med polyfarmasi. Det gis heller ikke noe kommunalt vedtak om LMG i betydning av å være direkte pasientrettet arbeid i hjemmetjenesten.</p> <p>Fokusgruppene hadde gode resultater/erfaringer med tverrfaglig team: fastlege, farmasøyt og sykepleier. Men noen leger har mostand mot samarbeidet. Samarbeidet skaper trygghet for sykepleierne.</p>
Konklusjon:	Tverrprofesjonell LMG blant mottakere av hjemmesykepleie er en nyere arbeidsform. Dette øker kvalitet i medikamentbehandling, ivaretar sårbare pasienters medbestemmelse og forhindrer mangelfull profesjonskjennskap.



Artikkel: 6	2020, Norge
Tittel:	Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services - a qualitative study
Forfatter:	Kleiven et al.
Studiets hensikt:	I studien undersøker vi hvordan helsepersonell opplevde implementeringen av en digital medisindispenser i hjemmetjenestene i fem norske kommuner.
Relevans for problemstillingen:	Sykepleiers kompetanse og trygghet på ulik teknologi kan gi sykepleier bedre kartlegging av brukeren ved første hjemmebesøk. På den måten kan brukeren få informasjon og tilvenning av tanken om ulike hjelpemidler.
Metode og kvalitet:	Studien har et kvalitativt, eksplorerende design med semistrukturerte intervju som metode. 26 hjemmesykepleiere i 5 ulike steder i Norge ble intervjuet. Artikkelen har overførbarhetsverdi.
Resultater:	Personell som tidligere hadde jobbet selvstendig, ble avhengig av teknisk support når det oppstod problemer med maskinen. Lite kunnskap om den nye ordningen/teknologien førte til motstand mot den digitale dispenseren, men etter hvert som erfaringene ble mer direkte, skiftet fokuset fra teknologi til nye omsorgsformer.
Konklusjon:	Implementering av digital teknologi i hjemmetjenester må ta hensyn til tidligere praksis på feltet, spesielt når det gjelder pasientsikkerhet. Individuelle tilpasninger til pasientenes behov for å få støtte fra helsepersonell ved implementering av digital teknologi i hjemmetjenesten.

Artikkel: 7	2021, Skottland
Tittel:	Perceptions, practices and educational needs of community nurses to manage frailty
Forfatter:	Papadopoulou et al.
Studiets hensikt:	Artikkelen har som formål å identifisere og kartlegge kunnskapsluker i utdanningen av hjemmesykepleiere for å håndtere pasienter med skrøpeligheit.
Relevans for problemstillingen:	Kartlegging av skrøpeligheit ved første møte med ny bruker kan gi tidlig innsats og redusere utviklingen av skrøpeligheitsnivå. Dette kan påvirke brukernes livskvalitet og tjenestenivået som brukeren trenger fremover. Viktig å kartlegge støttespillere/pårørende samt brukernes ressurser. Sykepleier må ha kunnskap om skrøpeligheit og kartleggingsverktøy som virker i hele organisasjonen med tanke på å starte opp tverrfaglig samarbeid og sosiale samlingsplasser som dagsenter mm.
Metode og kvalitet:	Studien har et kvalitativt, eksplorerende design med intervju som metode. 17 sykepleiere med 2-20 års erfaring. Fokusgrupper og intervju med hver av gruppelederne. Artikkelen har overførbarhetsverdi til norske forhold.
Resultater:	Aldringsprosessen er uunngåelig, men skrøpeligheit kan reverseres eller i det minste bremses. Omsorgen for pasienter med skrøpeligheit involverte en rekke prosesser, inkludert vurdering, planlegging av omsorg og sikring. Noen deltakere ga eksempler på hvordan de gikk utover sine vanlige oppgaver for å tette hull i tjenestetilbudet, slik at eldre personer kunne bo hjemme.
Konklusjon:	Skrøpeligheit er en betydelig utfordring for folkehelsen, preget av sårbarheit, tap og kompleks samsykdom. Viktig med tidlig intervensjon for å forhindre funksjonstap, men praksisen forblir reaktiv og styrt av erfaring og intuisjon, snarere enn systematisk bruk av evidensbasert, skreddersydd screening og vurdering av skrøpeligheit. Ubenyttede muligheter for tidlig intervensjon skaper avhengighet, noe som ytterligere øker belastningen på en allerede presset hjemmetjeneste.

Artikkel: 8	2016, Norge
Tittel:	Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten.
Forfatter:	Tønnessen et al.
Studiets hensikt:	Hensikten med artikkelen er å utvikle kunnskap om hvilke utfordringer som oppstår i samhandlingen, og hvordan utfordringene håndteres når pasienter skrives ut fra sykehus og overføres til hjemmesykepleien, to og et halvt år etter samhandlingsreformen ble innført.
Relevans for problemstillingen:	Det er viktig med forståelse, kunnskap og vilje til å samarbeide om brukerens ve og vel ved hjemreise, uansett tilstand eller diagnose.
Metode og kvalitet:	Studien har et kvalitativt design med semistrukturerte dybdeintervjuer som metode. 7 sykepleiere fra ulike kommuner innenfor samme helseforetaksområde ble intervjuet. 4 jobbet direkte med pasientene og 3 var administrative ledere for å ta imot pasienter fra sykehus. Artikkelen har overførbarhetsverdi.
Resultater:	Samarbeidet er avhengig av at de på sykehuset kjenner til hjemmetjenesten i kommunen pasienten bor i. De ulike perspektivene kan gjøre det vanskelig å samhandle, fordi aktørene vektlegger ulike sider ved pasientens behov og situasjon.  Sykepleierne beskriver også at både leger og sykepleiere på sykehuset kan love pasienter tjenester fra hjemmesykepleien uten å etterspørre om hjemme sykepleien kan innfri dem.
Konklusjon:	Et viktig tiltak kan være å etablere en felles samhandlingsarena mellom aktørene, noe som vil være i tråd med statlige føringer. Dette vil trolig kunne fremme både kunnskapsutveksling og bidra til økt forståelse for hverandres arbeidssituasjon i samhandlingen om hvordan man ivaretar den enkelte pasient innenfor rammene som er gitt.

### 3.1 Presentasjon av matrisen

Utvalgte artikler	Hjemmesykepleier	Teknologi og kartleggingsverktøy	Organisering av hjemmetjenesten	Arbeidsoppgaver	Brukers hjem
Andersson et al., 2017	Kunnskap, Motivasjon og behov, psykologiske egenskaper		Lederstil, samarbeid og kommunikasjon	Jobbkrav (behov for oppmerksomhet)	
Breievne og Bondevik, 2018	Kunnskap, Psykologiske egenskaper		Samarbeid og kommunikasjon		Luftkvalitet
Christiansen og Bjørk, 2016	Kunnskap	Medisinsk utstyr	Lederstil, samarbeid og kommunikasjon	Jobbkrav (tidspress) Utfordringer av kompetanse	
Devik et al., 2013	Kunnskap, Psykologiske egenskaper				
Halvorsrud, Hoel og Granås, 2017	Kunnskap	Ulike informasjonsteknologier (elektronisk helsejournal)	Teamarbeid, pasient-sikkerhetskultur	Utfordringer av kompetanse	
Kleiven et al., 2020	Kunnskap og ferdigheter	Menneskelige faktorer (brukervennlighet)	Organisasjonskultur	Arbeidsbelastning og tidspress (forebyggende)	
Papadopoulou et al., 2021	Kunnskap	Andre verktøy, brukervennlighet		Jobbinnhold	
Tønnessen et al., 2016	Kunnskap og ferdigheter	Ulike informasjonsteknologier (elektronisk helsejournal)	Koordinering, samarbeid og kommunikasjon, organisasjonsstruktur og pasient-sikkerhetskultur, arbeidsplaner	Utfordring	

Tabell 4, resultater av analysen i matrise.

Alle 8 forskningsartiklene tar for seg viktigheten av sykepleierens kompetanse og kunnskap i kliniske oppgaver. Breievne et al. (2018) vektlegger også sykepleiers psykologiske egenskaper i forbindelse med mottak av ny bruker i hjemmetjenesten. Kartleggingsverktøy og kunnskap rundt medisinsk utstyr må være tilgjengelig og brukervennlig, for å gi sikker sykepleie (Papadopoulou et al., 2021 og Christiansen og Bjørk, 2016).

Hjemmesykepleier sin arbeidsbelastning, som følge av tidspresset, kan også ha en påvirkning på pasientsikkerheten (Christiansen og Bjørk, 2016). Tønnessen et al. (2016) fant at for å redusere tidspress og høy arbeidsbelastning, kreves det at ledelsen fremmer samarbeid og kommunikasjon, samt skaper en pasientsikkerhetskultur. Dersom brukeren kommer hjem fra sykehusopphold er det viktig at hjemmetjenesten har fått god

oppdatering på brukerens tjenestebehov, helseopplysninger og oppdatert legemiddelliste fra sykehuset før hjemkomst. Tønnessen et al. belyser videre det er fint om sykehuset tilstreber at brukeren kommer hjem på dagtid, da det er flest sykepleiere som kan gjøre mottak. Dette bidrar til at sykepleier er godt forberedt til møte med ny bruker, og for å ivareta sikker sykepleie.

## 3.2 Hjemmesykepleier

Alle forskningsartiklene, har et felles element som er sykepleiers kompetanse. Sykepleierne var opptatt av å få brukt kompetansen sin samt holde seg faglig oppdatert med teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Andersson et al. (2017) sine resultater viser at kompetanse er et element som kan bidra til at sykepleier føler seg tryggere i sin yrkesutførelse og mer kompetent i møte med en ny bruker, uavhengig av behandlingsbehov.

Andersson et al. (2017) belyser at sykepleierne som ikke fikk anerkjennelse fra leder genererte følelser som kjedsomhet, sinne og frustrasjon. Dette bidro til resignasjon og lite utvikling av deres faglige kompetanse. Devik et al. (2013) belyste at tillitsfulle relasjoner, basert på sykepleierens evne til å forene medmenneskelighet og profesjonalitet, er viktig egenskap i møte med brukere av hjemmetjenesten.

Breievne et al. (2018) trakk fram viktigheten av sykepleiers psykologiske egenskaper. Deres resultat viste at inntrykkene som sykepleiere får, i møte med ulike personligheter og skjebner gir ulik påvirkning. Inntrykkene avhenger ikke av den enkelte brukers arbeidsmengde. Møter som berører sykepleieren på et dypere nivå, inneholder interaksjoner som domineres av enten positive eller negative følelser. Sykepleierne mente at ved å ha god kompetanse på dette elementet, bidro det også til at de lettere kunne forstå brukeren og/eller møte brukeren på en god måte, slik at relasjonen ble ivaretatt.

Christiansen og Bjørk (2016) og Kleiven et al. (2020) belyser sykepleiers ferdigheter og kunnskap rundt bruk av kartleggingsverktøy og teknologi. Kunnskapen bidrar til bedre kartlegging av ny bruker samt gir brukeren god informasjon om ulike teknologiske hjelpemidler som kan benyttes.

## 3.3 Teknologi og kartleggingsverktøy

2 av artiklene tok for seg utfordring rundt ulike elektroniske helsejournal-system, og hvordan dette kan bidra til informasjonsmangler og misforståelser. Halvorsrud et al. (2017) tok for seg hvordan ulikt journalsystem med fastlegen kunne føre til usikkerhet i første møte: hva fastlegen har notert etter brukerens legetime og hva hjemmesykepleieren observerer i første møte, når det gjelder medisiner/medisinlister samt bivirkninger av medikamenter. Tønnessen et al. (2016) belyste utfordring rundt

ulike journalsystem på sykehus og i hjemmetjenesten. Misforståelser oppstår dersom sykehuset ikke har skrevet inn endringer hos bruker og endringer i legemiddellisten, som hjemmetjenesten skal være oppmerksom på og klargjøre før første møte hjemme hos brukeren.

Kunnskap og brukervennlighet er et annet element. Papadopoulou et al. (2021) sine resultater viste at dersom sykepleier har kunnskap om kartleggingsverktøy som skal benyttes i første møte, gir dette større sjanse for at kartleggingen utføres med større konsistent vurdering, i motsetning til fraværende kunnskap rundt verktøyene som skal brukes. Kartleggingsverktøyet i rapporten belyste viktigheten av å tidlig identifisere brukerens skrøpeligheidsnivå. Dette kan bremse brukerens utvikling og det kan gjøres tilretteleggende tiltak, noe som kan øke brukerens livskvalitet og mestring.

Kleiven et al. (2020) påpeker at elementet menneskelige faktorer være seg brukervennlighet og kunnskap i forbindelse med medisinske pumper og lignende, er viktig for at sykepleier skal føle seg trygg med utstyret.

### 3.4 Organisering av hjemmetjenesten

Artiklene som tok for seg hjemmetjenesten, identifiserer «samarbeid og kommunikasjon» som et viktig felles element. Funnene viser at sykepleiere er avhengig av godt samarbeid og god kommunikasjon med kollegaer i sektoren, for å opprettholde kontinuitet, følelse av trygghet og faglig forsvarlighet i arbeidet som sykepleierne utfører i hjemmesykepleien (Andersson et al., 2017, Breievne et al., 2018, Christiansen og Bjørk, 2016). Tønnessen et al. (2016) påpeker at ulike forståelser og perspektiver rundt brukerens behov etter hjemreise, bidrar til å vanskeliggjøre samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene, fordi informasjonsmangler kan forekomme og føre til eksempelvis feil medisinerings.

Lederstilen blir vektlagt av Andersson et al. (2017) samt Christiansen og Bjørk (2016). De identifiserer hvordan lederstil har en essensiell påvirkning på sykepleiepraksisen i hjemmetjenesten. Hvordan lederen arbeider og prioriterer, samt hvordan lederen forholder seg til sine ansatte, utgjør en forskjell i arbeidsmotivasjon og om det foreligger samstemte forventninger til arbeidsinnhold.

Organisasjonsstrukturen påvirker sykepleierens holdninger, samt tilliten sykepleier opparbeider til nye implementeringer (Kleiven et al., 2020, Tønnessen et al., 2016). Tønnessen et al. (2016) kom frem til at organisasjonsstrukturen påvirker den totale arbeidsbelastningen som sykepleier har i en hektisk hverdag.

Teamarbeid blir vektlagt i Halvorsrud et al. (2017) som et viktig element i arbeidssystemet. Resultatene viste at tverrprofesjonelt samarbeid bidrar til å øke

pasientsikkerheten, ikke bare på individ nivå, men også organisatorisk nivå. Artikkelen belyser viktigheten av å avklare konkrete roller og oppgaver i et tverrfaglig team, for at de ulike profesjonene til sammen skal danne en pasientsikker helsetjeneste. Dette skjer i form av at det er flere profesjoner med ulik kunnskap, som gir en mer helhetlig behandling av bruker, der også brukermedvirkning blir ivaretatt. Tverrfaglig samarbeid bidrar i tillegg til kompetanseoverføring, slik at sykepleier blir tryggere på grunn av økt kompetanse og en dypere forståelse av, for eksempel medisinske bivirkninger.

### 3.5 Arbeidsoppgaver

Tre av artiklene viste at hvilke arbeidsoppgaver sykepleier blir satt til, påvirker deres yrkespraksis. Oppmerksomhet og annerkjennelse ble ifølge Andersson et al. (2017) en viktig rolle når det kommer til sykepleiers følelse av trygghet i jobben og jobbtrivsel. Han trekker frem hvordan annerkjennelse og oppmerksomhet fra leder styrker sykepleiers selvtillit til å kunne stå i vanskelige situasjoner i en ellers ensom og kompleks hverdag.

Tidspress ble belyst av Christiansen og Bjørk (2016) og Kleiven et al. (2020). De kom frem til hvordan tidspress påvirker sykepleiepraksisen negativt. Tidspress reduserte kvaliteten og det faglig forsvarlige arbeidet, gjennom det at det ikke finnes tid til faglig oppdatering. Sykepleiere blir oftere kastet ut i situasjoner hvor tiden og kompetansen ikke strekker til. Videre påpeker de at tidspress kunne oppleves som en personlig belastning for sykepleierne, noe som ga utfordringer når det kom til å levere kvalitetssikker omsorg til sine brukere. Kleiven et al. trekker frem hvordan implementering av teknologi kan bidra til å redusere tidspress for sykepleiere, noe som øker tjenestekvaliteten og dermed også pasientsikkerheten for brukere av hjemmetjenestene. Kartlegging av velferdsteknologi kan sees på som en fremtidig tidsbesparelse.

Standardiserte kartleggingssystem ble vektlagt av Papadopoulou et al. (2021). De fant at nøkkelen til et sikkert mottak av bruker i hjemmetjenesten, er at sykepleier prøver å forutse hva som kommer til å skje og sørger for at ting er på plass før hjemkomst. Det kommer også frem i artikkelen at sykepleier ofte må strekke seg utover sine "vanlige" arbeidsoppgaver for å tette hull i tjenestetilbudet for at brukere skal kunne bo trygt hjemme. Forskingen trekker også frem at sykepleiepraksisen har fått et mer oppgavesentrert fokus når det kommer til å yte omsorg, på bakgrunn av at befolkningen og deres sykdomskompleksitet øker. Hjemmesykepleierne får derfor ikke lenger møtt brukere slik de gjorde tidligere.

I forberedelsene til mottak av ny bruker, belyste Tønnessen et al. (2016) dersom sykehuset ikke kjenner til kommunen brukeren skal motta hjemmetjenester ifra kan det by på utfordringer rundt pasientovergangen. God informasjonsoverføring og kjennskap til hverandres kunnskap og ressurser, bidrar til økt tilrettelegging før hjemkomst.

## 3.6 Brukerens hjem

1 aktuell artikkel tok for seg brukerens hjem. Breievne et al. (2018) fant at sykepleierne hadde ulike strategier for å ikke la lukten påvirke arbeidet. De fleste av sykepleierne var tause rundt luktproblematikken. Manglende kunnskap og ordforråd rundt temaet samt respekt for brukerens autonomi og at sykepleier er gjest i deres hjem er noen av årsakene til tausheten. Taushetsstrategien hadde motsatt effekt for brukerne. Brukerne ønsket å bli tatt på alvor med sitt luktproblem og ville gjerne ha et ærlig svar fra sykepleier, slik at det ble lettere når de skulle eksempelvis være sosiale i andre settinger. Artikkelen viste at sykepleierne ønsker mer kunnskap om årsaken til lukten (fysiologisk) og hvordan de kunne snakke om dette på en god måte med brukeren. Resultatene viste at dårlig lukt i hjemmet eller av brukeren grunnet sår eller stomi, kan påvirke sykepleiepraksisen fordi sykepleier kan få svekket observasjonsevne og redusert tilstedeværelse, som kan gi et kortere møte. Dette kan gå utover relasjonsbyggingen mellom bruker og sykepleier.

## 4 Diskusjon

Karakteristikaene som belyses er viktige bidrag til sikker sykepleie og balanse i arbeidssystemet, basert på resultater, faglitteratur og egne erfaringer. Vi har delt opp diskusjonen rundt hvert av komponentene i underkapitler samt et underkapittel som omhandler interaksjonene (se figur 1).

### 4.1 Hjemmesykepleiers kompetansebredde

Hjemmetjenesten favner et bredt spekter av tjenester, noe som medfører at hjemmesykepleiere har behov for bred kompetanse i sin yrkesutøvelse. Kompetansebredden bidrar til sikker sykepleie og belyses i de ulike artiklene og lovverket (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1 d). Christiansen og Bjørk (2016) sine resultater er gjenspeilet i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (2023) som sier at det også er sykepleiers personlige ansvar om å være faglig oppdatert. Vi har erfart det artiklene påpeker når det gjelder at kommunehelsetjenesten tilrettelegger for utdanningsløp og fagdager, men i en hektisk arbeidsdag, så får sykepleier sjeldent tid til å tilegne seg forskningsbasert kunnskap. Til tross for dette ser vi, at gjennom samarbeid mellom kollegaer, kan sykepleier oppleve kompetanseutvikling. Dette er viktig i møte med nye utfordringer i sykepleiepraksisen. Ved kompetansegap, kan kompetanseoverføring bidra til å redusere noe av gapet og opprettholde faglig forsvarlige tjenester i møte med ny bruker, til tross for hjemmetjenestens økte utfordringer.

Kompetanse og sykepleiepraksis går "hånd i hånd". Ingstad (2019) påpeker at klinisk – og organisatorisk kompetanse bidrar til å gi gode helsetjenester, og kompetansemangel



er en risikofaktor som påvirker pasientovergang for eldre pasienter (>75). I tillegg bidro intervjuene i alle artiklene til forståelsen av hvordan god kompetanse påvirket hjemmesykepleierne. Det humanvitenskapelige resultatet viste at kompetansebredden gav sykepleierne trygghet i sin yrkesutøvelse. Samtidig følte sykepleierne på arbeidsplass og kompetanseforventninger i en hektisk arbeidsdag noe som førte til redusert trygghet og manglende psykisk tilstedeværelse ved for eksempel første møtet. Devik et al. (2013) belyser videre at godt første møte kan også gi brukeren en god opplevelse og trygghet rundt bruk av hjemmetjenesten. Dette gjør at brukeren lettere kan åpne opp rundt sine behov og tanker. Brukermedvirkningen er en viktig del for sykepleieren, for å kunne ivareta kunnskapsbasert arbeid, som gjenspeiles i en helhetlig dokumentasjon og kvalitet på tjenesten. Ingstad (2019) påpeker også at helhetlig dokumentasjon bidrar til god kompetanseoverføring til andre kollegaer og ivaretar sikker sykepleie. Helsedirektoratet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017) påpeker at det er organisasjonens ansvar å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem med godt utarbeidet rutine og prosedyremateriell, samt en trygghet for å melde avvik, samt behandling og lukking av avvik som en naturlig kilde til kontinuerlig forbedring. Dette kan vise at det ofte er systemfeil, og ikke hjemmesykepleiers kompetansemangel, som er kilden til at avvik skjer. Internkontrollsystemer som blant annet utvikler prosedyremateriell er viktig, men det er følelsen av trygghet vi har fått mest bevisstgjøring rundt etter praksis. Egen utøvelse av prosedyrer og samhandling med brukere ble bedre med trygghet, enn utrygghet. Kompetanse og kompetanseutvikling som kan gi økt trygghet i yrkesutførelsen, er viktig å kjenne til som nyutdannet sykepleier.

## 4.2 Teknologi og kartleggingsverktøy må være tilrettelagt for sikker hjemmesykepleie

Teknologi og ulike kartleggingsverktøy er blitt en viktig del av sykepleiers arbeidsdag. Ulike helsejournalssystemer blir belyst i både artiklene til Halvorsrud et al. (2016), Tønnessen et al., (2017) samt i boken til Aase (2022). De trekker frem ulempene med ulike systemer når det gjelder god informasjonsflyt ved pasientovergang. Informasjonen er ofte mangelfull og kommer ofte for seint. Informasjonsmangel gjør det vanskelig for hjemmetjenesten å forberede hjemkomst med blant annet hjelpemidler og medisiner. Samtidig har vi erfart fra praksis at sykepleierne på sykehus har lite tid til å skrive oppdaterte helseopplysninger som sendes til hjemmetjenesten. Hadde det vært felles journalssystem så kunne hjemmesykepleier ha fulgt med på for eksempel legejournal, medikamentliste og pleieplan. På den måten ville de kunne dannet seg et bilde av tjenestebehovet og hva som må tilrettelegges før hjemkomst. På den andre siden viser informasjon fra media at felles journalssystem er så komplekst at relevant pasientinformasjon blir vanskelig å finne for hjemmesykepleien. Uoversiktlig og mye informasjon gjør det nødvendigvis ikke enklere å forberede mottak i en hektisk hverdag, slik at faglig forsvarlighet blir ivaretatt under første møtet.

Hjemmetjenestens utfordringer rundt økning i antall eldre brukere og et mer komplekst sykdomsbilde, samt sykepleiere med ulikt kompetansenivå utfordrer helhetlig kartlegging av nye brukere. Papadopoulou et al. (2021) sine resultater belyser nytteverdien av godt

kartleggingsverktøy av skrøpelige eldre. Studien viste at sykepleier fikk økt bevissthet på feltet når de brukte kartleggingsverktøyet. Verktøyet bidro til mer konsistent vurdering. Dette bidrar til at brukerne blir godt kartlagt uavhengig av hvilken sykepleier som har første møtet. Sykepleiers observasjonskompetanse og viktigheten av kartlegging er også vektlagt i faglitteratur (Aase, 2022, Nortvedt og Grønseth, 2017). Standardiserte kartleggingsverktøy som blant annet brukes av hjemmetjenesten er: National Early Warning Score (NEWS), Activities of Daily Living (ADL) samt skrøpeligheidsindeks (Frailty Scale). På den ene siden gjør kartleggingsverktøy det enklere å se endringer og for å kunne ta viktige kliniske avgjørelser, uavhengig av hvem som utfører tjenestene. Men på den andre siden kan sykepleier bli så fokusert på kartleggingsverktøyet at andre ting som også bør observeres hos brukeren, eksempelvis bivirkning av medisiner og hjemmets utforming, blir oversett. Vi syntes ut ifra våre erfaringer at kartleggingsverktøy hjelper oss til å utføre en faglig god kartlegging. Ved bruk av kartleggingsverktøy vil ikke psykisk stress eller manglende kompetanse påvirke kvaliteten på kartleggingen. Dermed blir det enklere å møte arbeidsgivers forventninger rundt helhetlig kartlegging og pasientsikkerhetshåndtering ved første møte med bruker. For å ivareta helhetlig kartlegging av brukeren bør kartleggingsverktøy benyttes av alle de ulike nivåene som samhandler om pasientens helsetjeneste. Spesialisthelsetjeneste, fastlege og de kommunale tjenestene.

### 4.3 Hjemmetjenesten og tilrettelegging for å bo trygt hjemme

Hjemmetjenesten er en kompleks komponent, som bidrar til blant annet et helhetlig helsetjenestetilbud og sykepleiers arbeidsmotivasjon. Ingstad (2019) trekker frem at eksempelvis hjemmetjenesten består av flere enkeltpersoner, som til sammen danner et lag med et felles mål. I lys av dette viser også forskning at elementet: koordinering, samarbeid og kommunikasjon kan bidra til felles mål som økt pasientsikkerhet. Lederstilen kan også bidra til at alle jobber mot et felles mål. Andersson et al. (2017) og Christiansen og Bjørk (2016) sine resultater viser hvordan lederstilen, leders prioritering og leders anerkjennelse av de ansatte -utgjør en forskjell i sykepleiernes arbeidsmotivasjon og om det foreligger samstemte forventninger til arbeidsinnhold. Glad (2019) derimot, belyser at det er selve pasientkontakten som gir arbeidsglede. Vår erfaring er at arbeidsglede i motsetning til frustrasjon kan føre til bedre tilstedeværelse hos sykepleier og mer sikker sykepleieutførelse.

Faglitteratur belyser også at lederstilens påvirkning på ansattes holdninger og handlinger er knyttet til pasientsikkerhet. Transformasjonsledelse er et eksempel på en lederstil som støtter, motiverer og anerkjenner sine ansatte og som viser positiv påvirkning sykepleiepraksisen (Aase, 2022 og Ingstad, 2019). Resultatene viste at sykepleier ble tryggere i sin yrkesutøvelse ved å få anerkjennelse fra leder og det motsatte ved manglende støtte (Andersson, 2017). Dette kan påvirke første møte, i form av at en trygg og tilfreds sykepleier har bedre forutsetning for å være imøtekommende og ivareta brukermedvirkning samt faglig kompetent, enn en utrygg og frustrert sykepleier. Vi har erfart at frustrasjon, på grunn av leder, kan påvirke profesjonaliteten ved yrkesutøvelsen i møte med ny bruker. Dette viser at det er en fordel for pasientsikkerheten i første møtet, at leder vet hva som gir arbeidsglede og trygghet, fordi det kan bidra til utøvelsen av sikker sykepleie.

Resultatene viser at sykepleiere er avhengig av godt samarbeid og god kommunikasjon, for å opprettholde kontinuitet i helsetilbudet, ha følelse av trygghet og gi sikker sykepleie (Andersson et al., 2017, Christiansen og Bjørk, 2016, Tønnessen et al., 2016). Ingstad (2019) belyser at kontinuitet i kommunikasjon mellom nivåene fører til god samhandling. Dette kan innebære at hjemmesykepleier får oppdatert og relevant informasjon fra samarbeidspartnere før første møte. Resultatene viser at tjenesten blir mer helhetlig når det er samarbeid innad og mellom tjenestenivåene (Tønnessen et al., 2016). En utfordring ved samhandling mellom tjenestenivåene er at spesialisthelsetjenesten har et mer medisinsk perspektiv, og legger derfor vekt på diagnoser og medisinerer, mens kommunehelsetjenesten har et mer kontekstuellt perspektiv på brukerens behov, mer konkret brukerens evne til å fungere i eget hjem (Tønnessen, et al., 2016, Ingstad, 2019). Etter praksis ved ulike nivåer, kan vi også si oss enig i hva forskning og litteratur påpeker når det gjelder sykepleiernes ulike perspektiver på brukerens behov. Dette kan påvirke det første møte med ny bruker, på den måten at det ikke foreligger nok informasjon til å eventuelt planlegge og tilrettelegge. Dette kan medføre at mottaket blir upresist i forhold til vedtaket som brukeren har fått tildelt. Dette vil igjen påvirke pasientsikkerheten, dersom brukerens tjenestenivå ikke blir oppdaget og endret av hjemmesykepleier.

#### 4.4 Karakteristika rundt arbeidsoppgaver

Det er flere ulike karakteristikk som bidrar til sykepleiers kvalitet på utførelse av arbeidsoppgaver i hjemmetjenesten. Resultatene vektlegger hvordan anerkjennelse fra leder, påvirker sykepleiepraksisen (Andersson et al., 2017, Christiansen og Bjørk, 2016). Dette bidro til at psykisk stress ble redusert. Lavt psykisk stressnivå, gjorde at sykepleierne var tryggere i oppgavene sine. Studiene viser også at psykisk stress økte ved tidspress eller høy arbeidsbelastning, som en følge av ressursknapphet. Høy arbeidsbelastning førte til psykisk stress da de ble satt til oppgaver utenfor sin profesjonalitet og de ikke følte seg kvalifisert for oppgaven. Resultatene viste at sykepleiere som hadde høyt stressnivå, hadde reduserte evne til å lytte og ivareta brukerne. Det vil si at psykisk stress kan påvirke sykepleiepraksisens faglige forsvarlighet. Vi ser det er en fordel i første møte med ny bruker, at sykepleier har lavt psykisk stressnivå, fordi det kan bidra til bedre tilstedeværelse hos sykepleier. Dette kan igjen føre til at bruker føler seg sett og ikke som en byrde. Positiv erfaring fra praksis er at lavt stressnivå hos sykepleier bidro til at det var lettere å sette brukeren i fokus og det fremmet brukermedvirkning bedre, enn når eksempelvis tidspresset er i fokus. Eksempelvis erfarte vi at brukere var mer åpne og ærlige om sitt tjenestebehov da de ikke følte seg som en byrde. Åpenhet og ærlighet fra brukerne gjør det enklere for sykepleier å dokumentere viktig informasjon og tilrettelegge faglig forsvarlige tjenester.

Jobbinnhold, utfordringer og utnyttelse av kompetanse blir belyst av både resultatene og pensumlitteratur (Ingstad, 2019, Tønnessen et al., 2016, Papadopoulou et al., 2021). De påpeker at nøkkelen til en sikker pasientovergang er at man vet hva som skal skje og kan tilrettelegge for det. Dette krever god ansvarsforflytning for omsorgen og behandling mellom helsepersonell. Ansvarsforflytning har høy risiko for feiltolkning, overseelse og

tap av informasjon. En annen utfordring er også de ulike perspektivene som sykepleiere på sykehus og kommune har rundt brukerens behov. Ulike perspektiv og manglende kunnskap om hverandres kompetanse kan føre til at det blir vanskeligere å tilrettelegge for det som skal skje ved hjemkomst. Vi har i samsvar med forskning erfart at sykepleiere i de ulike nivåene har ulikt fokus rundt bruker. Gjennom praksis har vi også sett at fokus på samarbeid og kommunikasjon mellom aktørene i sektoren gir økt kontinuitet i brukerens tjenestetilbud og da også mer sikker sykepleie ved første møte.

#### 4.5 Brukerens hjem og hjemmesykepleiers arbeidsområde

Vårt systematiske søk gav lite funn på forskning rundt brukerens hjem. Breievne et al. (2018) viser til at luftkvalitet påvirker både sykepleier og bruker samt relasjonsbyggingen. Devik et al. (2013) viser også sykepleiers måte å håndtere utfordringer rundt brukerens miljø. Resultatene viser at en berørt sykepleier får redusert tilstedeværelse og observasjonsevne i forbindelse med kartlegging av ny bruker. Vi har erfart at ved ekstrem lukt eller andre forhold i hjemmet, som påvirket sykepleier på det personlige plan, førte det til mindre tilstedeværelse og kortere tidsbruk hos bruker. Slike kombinasjoner kan påvirke den helhetlige kartleggingen av ny bruker. For å ivareta god kartlegging, er det viktig å være ekstra bevisst egne holdninger og væremåte i slike utfordrerne situasjoner, slik at profesjonaliteten og brukerens respekt blir ivaretatt i første møtet.

Breievne et al. (2018) sine resultater viste at sykepleierne etterspurte kompetanse på å håndtere lukt og hva det kom av, slik at det ble lettere å håndtere og snakke om. Kompetanse som er objektiv kan vi få gjennom forskning, mens kompetanseoverføring mellom kollegaer på temaet blir mer subjektivt og personlig. For å få en objektiv kompetanse, som kan gi mer sikker sykepleie, så trenger vi mer forskning på det fysiske arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten.

#### 4.6 Arbeidssystemets kompleksitet og interaksjoner

SEIPS-modellen som ramme gir en struktur for å belyse hjemmetjenestens kompleksitet (Carayon et al., 2006). For at det skal bli sikker sykepleie i første møte med ny bruker i hjemmetjenesten belyser modellen at det må være balanse mellom komponentene, fordi sykepleierkompetansen alene ikke er tilstrekkelig for å gi sikker sykepleie. Men balansen kan være en utfordring for en slik kompleks organisasjon, siden ulike profesjoner, ulikt brukerfokus samt informasjonsmangel kan bidra til ubalanse og redusert sikker sykepleie (Tønnessen et al. 2016). Vi har erfart at endringer i organisasjonsstrukturen, være seg endring av politisk styre, lederbytte eller endringer i personalgruppen, også kan påvirke balansen. Et eksempel kan være nytt politisk kommunestyre gir endringer i de økonomiske rammene til hjemmetjenesten, som kan gi økt tidspress eller endring i lederstruktur som igjen kan påvirke arbeidsmiljøet og sykepleiers trygghet.

Et annet utfordrerne moment i hjemmetjenesten er det fysiske arbeidsmiljøet. Hjemmesykepleier er på besøk hos bruker og autonomi står sterkt i utførelsen av sykepleie på grunn av dette. Dette kan utfordre sykepleiers fleksibilitet rundt arbeidsutførelse. Eksempelvis vente med medisiner dersom bruker ikke ønsker å ta de på det tidspunktet eller ivareta personvernet og privatlivet til bruker dersom hen har besøk eller bruker ikke ønsker at bilen til hjemmetjenesten skal synes. En annen utfordring rundt sykepleiers fleksibilitet og planlegging av første møte med ny bruker er ved utskrivelse fra sykehus. Resultatene viste at informasjonsmangel kan forekomme på PLO-melding (Tønnessen et al., 2016). Det er derfor viktig at sykehuset i tillegg ringer hjemmesykepleier for å fortelle når bruker ankommer hjemmet sitt slik at sikker sykepleie blir ivaretatt. Resultatene samt erfaring viser at dette ikke blir gjort til enhver tid og kan være ekstra utfordrende på kveldstid og helg med færre sykepleiere på vakt. Media har også belyst at kommunikasjonssvikt som dette kan gi fatale følger for sårbare brukere som ikke blir tatt imot ved hjemkomst.

## 4.7 Styrker/svakheter med oppgaven

Ved å benytte SEIPS-modellen som ramme i analysen, gav det oppgaven en styrke fordi den bidro til å belyse interaksjonen mellom komponentene i arbeidssystemet, som er i første møte med ny bruker (Carayon et al., 2006). Dersom vi hadde valgt ut artikler med en induktiv tilnærming, kunne vi endt opp med å besvare forskningsspørsmålet med færre komponenter. Dette kunne gitt en annen retning i oppgaven.

En utfordring med artikler på engelsk, er at det kan oppstå tolkningsfeil og misforståelser under oversettelsesprosessen. Dette gjør at vi kan ha mistet noen poenger i forståelsen av artiklenes resultater. Hjemmetjenestens oppbygning i andre land, kan påvirke resultatene på eksempelvis sykepleiers opplevelse rundt strukturelle rammer eller samarbeidsforhold. Dersom vi ikke kjenner til disse forskjellene, så blir det vanskelig å se om det kan være overførbart til forskningsspørsmålet.

En svakhet ved oppgaven er at det er lite resultater rundt de fysiske omgivelsene. Men det kan også bety at det ikke er så mye forskning på feltet og at det er et område for videre forskning. Forskning på feltet gir økt forståelse for dynamikken i arbeidssystemet i hjemmetjenesten. Flere resultater rundt komponenten kunne gitt annerledes svar i oppgaven.

Styrker ved modellen er at det er fokus på systemdesign (hjemmetjenesten) og interaksjon mellom karakteristikaene. Svakheten er at modellen ikke gir et konkret svar på et spesifikt forbedringsområde i hjemmetjenesten, men gir mer en strukturell oversikt.

## 4.8 Konklusjon

Demografiske endringer med flere eldre og færre i arbeidsfør alder. Tidligere utskrivelser som følge av kortere liggetid på sykehus, samt mer komplekst sykdomsbilde, er faktorer som vil påvirke arbeidssystemet i hjemmetjenesten og sikker sykepleie i første møte med ny bruker. Resultatene vi fant viser at sikkerheten på sykepleien blir påvirket av sykepleiers psykiske stressnivå, brukerens historie, informasjonsmengde om brukeren, kartleggingsverktøy og mulighet for kompetanseoverføring fra kollegaer ved behov. Det kreves at sykepleier har klinisk- og organisatorisk kompetanse, slik at hjemmesykepleier vet hva som skal kartlegges ved første møte. Dette for å forstå hvilke informasjon om brukeren som er viktig å vite om og dokumentere, slik at endringer blir sikrere for videre kartlegging og oppfølging.

Det er også viktig at sykepleier har kunnskap om eksempelvis hvem en kan kontakte for kompetanseoverføring eller ha kunnskap om hvordan kommunehelsetjenestene er organisert, slik at bruker kan få bedre tilrettelegging. Godt arbeidsmiljø, anerkjennelse fra leder og kollegaer gir sykepleier selvtillit og trygghet i tillegg til arbeidsglede. Dette kan bidra til at sykepleier føler seg trygg og gir kvalitativt god sykepleie.

Ved at hjemmesykepleier ser nytten av teknologiske hjelpemidler og tidlig kartlegger brukers behov for velferdsteknologi, kan det gi tidsbesparelser i fremtiden. Disse byggesteinene er viktig for at hjemmesykepleier skal være trygg og stå stødig i utfordringer som oppstår i første møte med ny bruker.

Funnene fra denne litteraturstudien tyder på at helhetlig kartlegging, sykepleiers trygghetsfølelse og arbeidsmotivasjon i samsvar med godt utviklet hjemmetjeneste, lederskap og arbeidsmiljø -uavhengig av kommunens strukturelle rammer, bidrar til god balanse i hjemmetjenesten og dermed også i utøvelsen av sikker sykepleie i første møte med ny bruker.

## 4.9 Implikasjoner

Implikasjon for praksis viser gjennom resultatene at hjemmesykepleiere med bred klinisk- og organisatorisk kompetanse og som har godt arbeidsmiljø og godt lederskap, får trygghet som igjen bidrar til å gi sikker sykepleie. Hvilke struktur og tjenestetilbud som er best for den enkelte kommune, må kommunen vurdere ut fra den enkelte kommunes rammer, men like viktig som å utvikle tjenestene i takt med endringene, må kompetanseutviklingen til hjemmesykepleierne også ivaretas.

Implikasjon for utdanningsinstitusjoner og videre forskning bør fremover ha mer fokus på hjemmetjenestens utfordringer. Utdanningen må fortsette med god balanse mellom teori og praksis, slik at studentene får bred kunnskap rundt klinisk observasjon, organisatorisk oppbygging, praktiske ferdigheter og teknologiforståelse innenfor alle nivåer. Godt kompetansegrunnlag kan bidra til trygghet ved å jobbe i hjemmesykepleien som nyutdannet. Vi håper at det i fremtiden blir mer attraktivt å forske på hjemmetjenester, til tross for kompleksiteten. Dette vil kunne brukes til å videreutvikle en hjemmetjeneste med bruk av kunnskapsbasert praksis og bedre liv for den enkelte bruker.

## Referanser

- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.
- Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson, M. & Johansson, L.-L. (2017). Nurses' competencies in home healthcare: an interview study. *BMC Nursing*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0264-9>
- Ask, K. & Søråa R. A. (2021). *Digitalisering -Samfunnsendringer, brukerperspektiv og kritisk tenkning*. Fagbokforlaget.
- Befring, A. K. (2017). *Helse og omsorgsrett*. Cappelen Damm Akademiske.
- Breivne, G., Heggen, K. M. & Bondevik, H. (2018). How nurses and service users deal with malodour in the home (Slik håndterer sykepleiere og brukere vond lukt i hjemmet). *Sykepleien Forskning*, 13(e-65987), 1-20. <https://doi.org/DOI:10.4220/Sykepleienf.2018.65987>
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M & Brennan, P. F (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*, 15 Suppl 1 (Suppl 1). <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Christiansen, B. & Bjørk, I. T. (2016). Good work – or good enough? How do nurses perceive ideals and realities in the profession? (Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket?). *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1), 64-76. <https://dx.doi.org/10.7557/14.3774>
- Devik, S., A., Enmarker, I. & Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions – nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 8, 21880. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21880>
- Elo, S. & Kyngås, H. (2008). The qualitative content analysis process. *JAN Leading Global Nursing Resarch*, April, s. 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Glad, T. (2019). Arbeidsglede i hjemmesykepleien. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr.2-2019*, 15. Årgang. [Dx.doi.org/10.7557/14.4997](https://dx.doi.org/10.7557/14.4997)
- Halvorsrud, L., Hoel, K. A. & Granås, A. G. (2017). Interdisciplinary systematic medication reviews in homecare services; a challenge? (Tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger i hjemmebaserte tjenester). *Geriatrisk Sykepleie*, 9(2), 8-15. [https://sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_2017\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017_2.pdf)
- Helsebiblioteket. (17.09.2021). Kap. 4.1 Sjekklistor. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://lovdata.no/static/ROO/is-2017.2620.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [Helsepersonelloven - hpl §16 - Lovdata Pro](https://lovdata.no/Helsepersonelloven-hpl-%26-16)

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [Helse- og omsorgstjenesteloven - hol - Lovdata Pro](#)
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie* (1. utg.). Gyldendal.
- Kleiven, H. H., Ljunggren, B. & Solbjør, M. (2020). Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services – a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05191-9>
- Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner.* (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>
- Meld. St. 24. (2023). *Fellesskap og meistring – bu trygt heime.* Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 24 \(2022–2023\) - regjeringen.no](#)
- Norsk sykepleierforbund (mai 2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* [Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere \(nsf.no\)](#)
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1*, (5. Utg. s. 17 - 40). Gyldendal Akademiske.
- NTNU (u.a) *STEG: Litteratursøk for bacheloroppgaven.* Blackboard. [Innhold \(blackboard.com\)](#)
- Odberg, K. R. (2020). *A Human factors approach to medication administration in nursing homes.* (PhD thesis UiS, no. 470). Universitetet i Stavanger.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* Lov-1999-07-02-63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettigheter>
- Papadopoulou, C., Barrie, J., Andrew, M., Martin, J., Birt, A., Duffy, F. J. R. & Hendry, A. (2021). Perceptions, practices and educational needs of community nurses to manage frailty. *British Journal of Community Nursing*, 26(3), 136-142. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.3.136>
- St. Meld. 47. (2012). *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet. [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) \(naku.no\)](#)
- Thidemann, I-J., & Thidemann, M.U. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter, den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. utg.). Universitetsforlaget
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Interaction with the specialist – seen from the home nurse's perspective (Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten). *Sykepleien Forskning*, 11(1), 16-24. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2016.56496>
- Tønnessen, S. (2021). Prioriteringer i sykepleie. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. Utg., s 191-225). Gyldendal







71	Malik	2023	Kvalitativ intervjustudie		X						1		Indisk: Diskusjon vedr. jobbtilfredshet.
72	Masvie	2013	Psykiatrisk sykepleier									1	
73	Mathiesen	2013	Sykehus									1	
74	Mc. Donald	2021	Retrospektiv studie		X							1	
75	McGraw	2018	Semistrukturert studie /kvalitativ	x		x	x					1	
76	McWilliam	2014	Kovariansanalyse	x								1	Canada: Bruk av diskusjonsveiledningen forbedret relasjon pas.-spl. Gav gjensidig avhengighet, noe som bidro positivt til å fremme klienters helse som en ressurs for dagligliv.
77	Meyer	2017	Kvalitativ studie	x	x			x				1	Norsk, ernæringsstatus, kartlegging og oppfølging
78	Mitchell	2023	Kvantitativ studie		X	X	X					1	
79	Nause	2017 i 2015	Sekundær analyse av en offentlig undersøkelse utført	x	x			x				1	Japan, samarbeid med lege og dø hjemme.
80	Nonogaki	2019	Tverrsnitt studie	x	x	x	x					1	Japan: dokumentasjon og informasjonsflyt ansikt til ansikt er viktig. Gir bedre info. og god dokumentasjon er et tegn på trivsel og gir lavere turnover.
81	Nordsveen	2015	Kvalitativ intervjustudie		X	X						1	Brukes i diskusjonsdelen vedr. dokumentasjon i overgangen sykehus-hjem for å ivareta pas. ønsker mm. Omhandler palliative pas.
82	Olsen	2017	Tverrsnitt stude deskriptiv statistikk (kvantitativ)	x								1	Norsk, holdning til pas.sikkerhet i hjt. Skottland: Kartlegging av skrøplighet i mottak som reduserer utviklingen. Diskusjonsdelen: Anders Grimsmo og ulike kommuner som bruker hans modell.
83	Papadopoulou	2021	Kvalitativ intervjustudie				X					1	
84	Payne	2022	Statistikk? Fagartikkel?	X	X	X						1	
85	Persson	2015	Kvalitativ studie ?		X			X				1	Diskusjonsdel ifht et punkt som kan være viktig å dokumentere. Artikkelen går på helsekompetansen til pas. og spl sin rolle i å gi helsekomp.
86	Pouliot	2017	prospektive kohortstudien	x				x				1	USA, Palliativ behandling i hjemmet
87	Radhakrishnan	2014	Gikk gjennom retningslinjer og diskuterte	x				x	x			1	Tilpasning av retningslinjer for hjertesvikt til hjemmehelsetjenesten
88	Reeve	2023	fagartikkel?	X					X			1	
89	Rogenes	2013	Fagartikkel									1	
90	Røing	2014	Kvalitativ innholdsanalyse av åpne intervjuer	x				x	x			1	Svensk: Utbredelse av telefonhelsetjeneste
91	Roos	2022	Tverrsnitt studie	X	X			X	X	X		1	
92	Rostad	2023	deduktiv studie	x	x							1	langtidspleie, diskusjonsdel
93	Ruder	2013	Kvalitativ studie						X			1	åndelig omsorg. Diskusjon mtp helhetlig omsorg i oppgavene.
94	Rusdal	2013	Kvalitativ studie		X	X	X					1	Norsk: Belyser utfordring med pas. overgang mellom avdelinger i samme kommune. Sammenlignes med overgang på ulike nivåer sykehus-hjem.
95	Rutteeede	2021	Fagartikkel?				X					1	Norsk: Ønske om hjelp og få tidelt hjt. Diskusjonsdel. Hva hvis vi oppdager i mottak at de skulle hatt mer hjelp?
96	Saevareid	2012	tverrsnittsundersøkelse	x	x			x				1	
97	Sagbakken	2012	ikke relevant									1	
98	Schaepe	2017	Utforskende kvalitativ studie	x				x				1	Tysk, Relasjon pas-spl m/ respiratorpas. Trygghet
99	Seim	2014	fagartikkel									1	
100	Sheehan	2018	Fagartikkel?									1	
101	Skott	2017	Serie på flere deler, ser kun 1 del. Ivaretakelse av tannhelse hos tannlegen	x					x			1	
102	Soderberg	2015	Kvalitativ studie		X				X			1	
103	Søvde	2019	Kvalitativ studie	x								1	
104	Stevens	2021	Kvalitativ intervjustudie	X				X	X			1	
105	Storjord	2017	Kvalitativ, dybdeintervjuer og intervjuguide	x				x	x			1	Veiledning av pårørende til hjem. m demens.
106	Sue	2016	ikke imrad	x	x							1	
107	Taylor	2021	Kvalitativ studie	x					X			1	Lik Malik fra 2023
108	Thunborg	2012	Kvalitative fokusgruppeintervjuer	x					x			1	var for fysioterapeuter
109	Todhunter	2018	Kronikk		x							1	
110	Tønnessen	2016	kvalitativ studie, nok antall med 7 spl som ble intervjuet?	x	x	x						1	Norsk: Samhandling mellom sykehus - hjt. Evaluering etter samha.reform.
111	Ugur	2014	Rapport									1	Finsk: til diskusjonsdel: dokumentasjon av brukerens perspektiv på ressurser, meningsfull
112	Vilstrup	2017	Kvalitativ studie, 7 pas. fra København ble intervjuet - er det nok til å si noe om "alle"?	x			x					1	Dansk: Pas.opplevelse m lpad og spl. Spl sin effektivitet ved mottak. Diskusjonsdel opp mot Kleiven. Pas. syntes ikke det var dumt med tekno. Teknokultur i hverdagen hjelper på innstilling.
113	Wallerstedt	2012	deskriptive og statistiske metoder	x	x				x			1	Svensk:palliativ omsorg uansett årsak og alder hjemme
114	Weinstein	2013	Utdanning?									1	
115	XXX	xxx	Ble stettet fra Endnote og søpplekassen før vi skrev inn i dette skjemaet									1	
116	Zarci	2014	ikke IMRAD	x			x	x				1	

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]



## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

### Kommentar:

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

### Kommentar:

## Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**



