Sykepleie i hjemmet

Arvid Birkeland og Anne Marie Flovik

Sykepleie i hjemmet

3. utgave

CAPPELEN DAMM AKADEMISK

© CAPPELEN DAMM AS, Oslo, 2018
1. utgave av denne boka ble utgitt av Akribe AS i 2011; 2. utgave ble utgitt av Cappelen Damm AS i 2014

ISBN e-bok: 978-82-02-63108-6

ISBN trykt bok: 978-82-02-53260-4
3. utgave, 1. opplag 2018

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Cappelen Damm AS er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslagsdesign: Cappelen Damm AS
Omslagsfoto: petekarici / iStock / Getty Images Plus
Repro, sats og ombrekking: Bøk Oslo AS
Trykk og innbinding: Livonia Print Sia, 2018, Latvia

www.cda.no
akademisk@cappelendamm.no

Innhold

Forord 11

1 Hjemmesykepleie – bakgrunn og rammer 13

Begrepsbruk og begrepsavklaringer 13
Bruker – tjenestemottaker – pasient 14
Hjemmesykepleie og helsehjelp 15
Hjemmehjelp 16
Den historiske utviklingen av hjemmesykepleien 16
Samhandlingsreformen og hjemmesykepleien 18
Øyeblikkelig hjelp 21
Økning i antall pasienter og ansatte 22
Yngre pasienter 24
Hjemmesykepleie til minoritetsgrupper 25
Vedtak om hjemmesykepleie og retten til helsehjelp 26
Individuell plan og koordinator 28
Kvalitet og pasientsikkerhet i hjemmesykepleien 29

2 Hjemmesykepleie som fagområde 33

Helsehjelp og omsorg 34
Kroniske, langvarige og sammensatte tilstander 37
Trivsel og velvære 37
Kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og funksjonshemming 38
Å bidra til selvstendighet og uavhengighet 39
Hverdagsmestring 40
Den praktiske utøvelsen av sykepleie i hjemmet 42
Ivaretakelse av grunnleggende behov 42
Observasjon 44
Behandling 47
Forebygging og rehabilitering 48

3 Pasientens hjem som arbeidsarena 50

Hjemmets spesielle betydning 51
Ulike hjem og ulike behov 51
De første besøkene i hjemmet 52
Tilrettelegging av arbeidsplassen 52
Å bli kjent 54
Pårørende 55
Den første tiden 55
Ulike situasjoner krever ulik kompetanse 56
Praksissituasjonen bør avgjøre kompetansebehovet 58
Arbeidstøy 59
Tilsyn 60
Ulike typer tilsyn 61
Tekniske hjelpemidler 63
Fare for teknifisering og institusjonalisering av hjemmet 64

4 Den sosiale situasjonen 66

Alenetilværelse, sosial isolasjon og ensomhet 67
Å bo alene, å være enslig 67
Sosial isolasjon 67
Ensomhet 68
Eldre som mottar hjemmesykepleie, og deres opplevelse av den sosiale situasjonen 70
Den sosiale situasjonen for yngre med kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne 71
Hjemmesykepleiens vurdering og ivaretakelse av den sosiale kontakten 72
Kontinuitet, erfaring og faglig innsikt 74
Pasientenes håndtering av det å være syk og alene 74

5 Pårørende og pasientrettigheter 78

Hvem er de pårørende? 79
Hjemmet – pårørendes arena 79
Pårørende fra andre land og kulturer 80
Ektefeller og samboere 81
Barn 82
Å være pårørende til hjemmeboende personer med demens 83
Behov for informasjon og omsorg 84
Avlastning 85
Mannlige ektefeller 85
Samhandling mellom hjemmesykepleien og pårørende 86
Mishandling og overgrep 87
Vern for eldre 88
Pasientrettigheter 89
Samtykkekompetanse 90
Vergemål og framtidsfullmakt 91
Brukerstyrt personlig assistanse 92

6 Samarbeid, samhandling og organisering 94
Organisering av hjemmesykepleiens personale 94
Buurtzorg – nabolagspleiemodell 95
Pasientansvarlig sykepleier 96
Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid 97
Samarbeid med fastlege 97
Hjemmehjelp – praktisk bistand 98
Hjemmehjelp organisert som selvstendig enhet eller sammen med hjemmesykepleien 99
Samarbeid og samhandling med sykehjem 100
Tilgang på plasser i sykehjem 101
Prosedyrer for søknad og innleggelse i sykehjem 102
Dagavdelinger 102
TT-ordning 103
Samhandling mellom kommunene og sykehusene 104
Kommunale akutte døgnplasser (KAD) 105
Forebyggende hjemmebesøk 106
Dokumentasjon 108
Personlig digital assistent (PDA) 109
Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) 111
Hvorfor IPLOS? 111
Innhenting og bruk av IPLOS-opplysninger i kommunene 111

7 Hud og vev 113
Generell hygiene og smittevern 113
Basale regler for smittevern 113
Tiltak ved utbrudd av smittsomme sykdommer 115
Arbeidstøy 115
Personlig hygiene 116
Vurdering av hjelpbehov og praktisk tilrettelegging av personlig hygiene 116
Kroppsvask – berøring, nærhet og avstand 116
Tannbehandling og munnstell 117
Sår og sårbehandling 118
Hovedgrupper av sår i hjemmesykepleien 119
Forebygging av sårdannelse 123
Behandling av sår 124
Sårsmerter 127

8 Legemiddelhåndtering 128
Kvalitetssikring 129
Spesielle forhold omkring legemiddelhåndtering i hjemmet 130
Organisering, rutiner og avklaring av ansvar for legemiddelhåndteringen til den enkelte pasient 130
Samarbeid med fastlegen og sykehus 131
Multidosepakkede legemidler 132
Elektroniske multidosedispensere 134

9 Ernæring 135
Risikogrupper og risikofaktorer 136
Årsaker til underernæring 138
Ernæringsstatus 139
Praktisk oppfølging og tiltak 141
Enteral og parenteral ernæring 143

10 Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi 145
Det tverrfaglige samarbeidet 149
Velferdsteknologi 150
Trygghetsskapende teknologier 151
Velværeteknologier 152
Teknologi for sosial kontakt 152
Utrednings- og behandlingsteknologier 153
Praktiske erfaringer med velferdsteknologi 154
Hvordan vil velferdsteknologi påvirke arbeidssituasjonen? 155
Hva sier lovverket? 155
Velferdsteknologi som supplement 156

11 Hjemmeboende med demenssykdom 158
En diagnostisk vurdering er nødvendig 159
Normalisering og forholdet til pårørende 161
Møtet med personer med demens 162
Innvandrere med demens 163
Sikkerhet og forsvarlighet 164
Forebygging av brann 165
Pasienter som forlater boligen sin 166

12 Psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet 167
Pasienter med psykiske lidelser som kan ha behov for hjemmesykepleie 168
Depresjon 169
Selvmord, selvmordsforsøk og selvmordsforebygging 173
Pasienter med psykose – psykotisk forvirringstilstand 175
Trusler, vold, sikkerhet 175
Å etablere en relasjon 176
Legemiddelhåndtering og -behandling 178
Injeksjoner – legemidler i depotform 179
Pasienter med rusmiddelavhengighet 180
Alkohol 181
Blandingstilstander, rus og psykisk sykdom 182
Observasjon og vurdering av rusmiddelmisbruk 183
Legemiddelassistert rehabilitering 185

13 Den siste tiden 186
Ulike ønsker og behov 188
Palliativ omsorg i hjemmet 188
Åndelige og psykologiske forhold 189
Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid 191
Forutsetninger for å kunne dø hjemme 192
Praktiske forhold, krav og tiltak 193
Smerter og angsten for dødsøyeblikket og selve døden 194
Den siste fasen og når døden er inntrådt 195
Ettersamtaler 196

Referanser 197

Forord

Denne boka er basert på flere års erfaring med og interesse for hjemmesykepleien, både fra praksis, ledelse, undervisning, forskning og helsepolitisk arbeid. Fra hjemmesykepleien ble etablert som et lovfestet tilbud i midten av 1980-årene, har den gjennomgått en formidabel vekst, både i antall ansatte og i antall pasienter. De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har først og fremst skjedd i hjemmetjenestene, og det er hjemmesykepleien som vokser. Etter vår oppfatning har det ikke vært tilsvarende vekst og utvikling i det faglige og akademiske fokuset på hjemmesykepleie, selv om vi opplever at hjemmesykepleien mer og mer tar i bruk eksisterende og ny kunnskap, slik at praksis i økende grad blir kunnskapsbasert.

Kapasiteten og kompetansen i sykehjemmene og i hjemmesykepleien er avgjørende for effektiviteten, kvaliteten og økonomien i norsk helse- og omsorgstjeneste. De mange politiske reformene som er iverksatt de siste årene, har resultert i at hjemmesykepleien har blitt et tyngdepunkt i helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgstjenestene er det største tjenesteområdet i kommunene. De har utviklet seg kontinuerlig etter andre verdenskrig og er i dag en viktig del av den moderne velferdsstaten. Helse- og omsorgstjenestene består i hovedsak av sykehjem, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, avlastningsordninger, støttekontakt og dagsenter. I tillegg kan også andre ordninger organiseres i helse- og omsorgstjenestene, for eksempel avlastning for pårørende til personer med demens, rehabiliteringsteam, oppsøkende virksomhet for hjemmeboende eldre og matombringing. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fysioterapi og fastlegeordningen er også en del av tjenesten, men organiseres ofte i egne enheter.

Kommunene har fått økt ansvar og flere oppgaver de siste årene, og det legges til grunn at den forventede økningen i behovet for en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre. Det er også grunn til å tro at antall yngre pasienter vil fortsette å øke i årene framover. I tillegg ser vi en stor økning i sykdommer knyttet til livsstil og helseatferd – sykdommer som vil vare livet ut. Sykdommer som kols (kronisk obstruktiv lungesykdom), diabetes, demenssykdommer, kreft og psykiske lidelser er i sterk vekst. Endringer i sosiale mønstre og i befolkningens forventninger og rettigheter er også forhold som vil bidra til økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester.

Mye tyder på at tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten må benyttes annerledes enn i dag. I den sammenheng er det viktig å se på behovet for ulike grupper helsepersonell, og på hvilke tiltak som kan iverksettes for å møte dette behovet. Det vil være behov for mer helsepersonell spesielt med tanke på økningen i antall pleietrengende eldre.

De fleste ønsker å bo i eget hjem og selv bestemme hvordan de skal leve livet sitt. Det gjelder også mennesker som blir syke, får nedsatt funksjonsevne eller blir svekket av alderdom. Befolkningens rettigheter og krav er økende, og hjemmesykepleien er en viktig bidragsyter for at disse skal kunne innfris. Etter vår oppfatning er en videre satsning på hjemmesykepleien i årene framover et viktig og riktig bidrag for at befolkningen skal få den helsehjelpen de har rett til og krav på. Pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, kan komme tilbake til sin hjemkommune og til eget hjem, og hjemmesykepleien kan redusere sykehusinnleggelser ved å forebygge sykdomsutvikling og bidra til at kjente helsetilstander ikke forverres.

Denne boka beskriver det særegne ved hjemmesykepleien og hjemmesykepleiens betydning i helse- og omsorgstjenesten. Den inneholder kapitler om noen av de store pasientgruppene som hjemmesykepleien har ansvar for, og om hva som utfordrer medarbeidere i hjemmesykepleien når helsehjelpen skal ytes i pasientens eget hjem.

Vi ønsker at boka skal bidra til at hjemmesykepleien får den oppmerksomheten og statusen den fortjener og trenger. Boka er først og fremst skrevet for studenter i bachelorutdanningen i sykepleie, men den kan også være til nytte for tilgrensende utdanninger, og for andre som arbeider i helse- og omsorgstjenestene eller har interesse for feltet.

Haugesund og Oslo, 30. mai 2018
Anne Marie Flovik og *Arvid Birkeland*

1
Hjemmesykepleie – bakgrunn og rammer

Hjemmesykepleie er et felles begrep for all sykepleie som utføres i pasientenes hjem. Hjemmesykepleie er helsehjelp og omsorg som utøves i skjæringspunktet mellom det daglige livet i hjemmet og offentlig tjenesteyting. Den utøves på pasientens arena, med utgangspunkt i pasientenes og pårørendes ønsker og behov. Hjemmesykepleien er helt avgjørende for at pasientene kan leve et best mulig liv med sin sykdom og/eller funksjonsnedsettelse, og skal sikre at de får ivaretatt sine grunnleggende behov når evnene til å gjøre det selv svikter.

Pasientene i hjemmesykepleien er i alle livsfaser og livssituasjoner, fra barn til de aller eldste med ulike sykdommer og/eller funksjonsnedsettelser.

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene. Det er hjemmesykepleien som vokser, og innsatsen konsentreres mer og mer om dem som har størst behov (1). Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver i tiden framover. Alderssammensetningen i befolkningen endres, og kompleksiteten i oppgavene vil øke. Morgendagens helse- og omsorgstjeneste skal blant annet legge til rette for at pasientene i større grad blir en ressurs i eget liv, for økt bruk av velferdsteknologi, for mer forskning og innovasjon og for helsefremmende og forebyggende aktiviteter (1).

Begrepsbruk og begrepsavklaringer

Erfaring viser at det brukes ulike begreper i omtalen og beskrivelsen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En forutsetning for at alle skal ha

en felles forståelse og oppfatning, er en felles forståelse av begrepene. Politikere, byråkrater og fagmiljøer må «snakke samme språk», slik at både pasienter, pårørende og helsepersonell vet hvilke forventninger som skal innfris, og hvilke krav som stilles.

God samhandling i helse- og omsorgstjenesten er avhengig av kunnskap, respekt, tillit og likeverdighet. Pasientene skal tilbys tjenester med god kvalitet, uavhengig av hvor de er. Helsetjenestene som utøves i kommunene beskrives ofte, både politisk og faglig, med andre ord og begrep enn helsetjenestene som gis i spesialisthelsetjenesten. Ord som eldreomsorg og pleie knyttes til sykehjem og hjemmesykepleie, selv om alle pasientene mottar helsehjelp. Vi er opptatt av at hjemmesykepleien og sykehjemmene blir omtalt på en måte som underbygger pasientrettighetene, og som viser respekt for det viktige arbeidet som de ansatte i hjemmesykepleie og sykehjem gjør.

Bruker – tjenestemottaker – pasient

Bruker, tjenestemottaker og pasient er de vanligste betegnelsene på personer som mottar hjemmesykepleie, og i praksis benyttes de ofte om hverandre. Brukerrollen assosieres ofte med en aktiv mottaker av offentlige tjenester som har rett til informasjon, innsyn, medbestemmelse, medvirkning og valgmuligheter (2). Tjenestemottaker brukes i flere offentlige dokumenter, blant annet i stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* (1), og omfatter da både brukere og pasienter. Pasient er definert i § 1-3 i lov om pasient- og brukerrettigheter (3) som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle».

Det er ikke likegyldig hvilken betegnelse som brukes. I denne boka forsøker vi konsekvent å betegne personer som mottar hjemmesykepleie, som pasienter. Vi har gjort det valget for å underbygge at pasientene i hjemmesykepleien, på grunn av sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne, ikke selv kan dekke viktige pleie- og omsorgsbehov og derfor har fått vedtak om helsehjelp.

Pasienter skrives ut fra sykehus når de er definert som utskrivningsklare – det innebærer at de ikke lenger skal være i behov av spesialisthelsetjenester, men ikke nødvendigvis at de er ferdigbehandlet. Mange har dermed fortsatt behov for helsehjelp. Når de passerer nivålinjen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, kan en imidlertid ofte se at betegnelsen pasient erstattes med betegnelsen bruker. Men menneskene er de samme, og behovene er de samme. En konsekvent bruk av ordet pasient vil bidra til mer likeverdighet mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten, både hold-

ningsmessig og ressursmessig. I tillegg vil det understreke de rettighetene som framgår av pasient- og brukerrettighetsloven (3), nemlig at folk skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av hvor de befinner seg.

Hjemmesykepleie og helsehjelp

Det overordnede målet for hjemmesykepleien er at pasientene skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Pasientene kan trenge hjelp til å få tilfredsstilt sine grunnleggende behov, for eksempel å puste, å spise og å stelle seg, i tillegg til kompliserte sårstell og andre tekniske prosedyrer som respiratorbehandling, blodprøvetaking eller blodtrykksmåling, legemiddelhåndtering eller håndtering av forskjellig medisinskteknisk utstyr. Hjemmesykepleie er et felles begrep for all sykepleie som utføres i pasientenes hjem, enten den utføres av en sykepleier eller av annet helsepersonell. Å utøve helsehjelp krever kompetanse, og det stilles formelle krav til utførelsen. I § 1-3 i pasient- og brukerrettighetsloven (3) defineres helsehjelp som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell».

Det brukes ulike betegnelser både på dem som mottar hjemmesykepleie, og på den virksomheten som utøves overfor mennesker som trenger helsehjelp i egen bolig. Vi mener at det er riktig at det arbeidet helsepersonell utfører hos personer som trenger sykepleie i hjemmet, skal betegnes som hjemmesykepleie, et etablert ord som beskriver at pasientene har behov for sykepleie i eget hjem. Det innebærer ikke bare isolerte oppgaver; ordet omfatter også hvordan pasientene mestrer sitt liv til tross for en sykdom eller funksjonsnedsettelse som krever hjelp fra helsepersonell. De ansatte i hjemmesykepleien må ha en helhetlig tilnærming, med fokus på alle faktorer som påvirker pasientens helsetilstand. Det krever kunnskap om hvordan ulike sykdommer eller funksjonsnedsettelser virker inn på hverandre, og om hvilke tiltak som skal iverksettes for at pasienten skal leve et best mulig liv, og for å unngå at situasjonen forverres. Hver pasient trenger individuelt tilrettelagte tjenester. Da må de ansatte avklare pasientens og de pårørendes forventninger, og ta hensyn til hva de selv skal gjøre.

Alle helseprofesjoner har sin særegne kompetanse, og sykepleieres kompetanse er helt nødvendig i hjemmesykepleien. Sykepleiere er den gruppen helsepersonell som har spesiell kunnskap om å fremme helse og om å hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for helsesvikt, med å ivareta sine grunnleg-

gende behov – og om å bidra til en verdig livsavslutning. Sykepleierne har den totale oversikten over pasientens situasjon og er ofte de som koordinerer helsehjelpen og veileder annet personell. Sykepleie iverksettes gjennom omsorg, pleie, helsefremmende og forebyggende arbeid. I tillegg deltar sykepleiere i medisinsk behandling og i tverrfaglig samarbeid, slik at pasientene får mulighet for optimal helse, gjenvinner sin selvstendighet eller får en verdig død (4).

Faglig forsvarlig helsehjelp i hjemmesykepleien krever at helsepersonell har kunnskap om hvordan sykdom og funksjonsnedsettelse virker inn på mennesket, og om situasjonens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Pasientene og deres valg skal møtes med respekt og omtanke. Kontinuitet i helsehjelp, omsorg og observasjon er sentralt for at pasientene skal oppleve at de får god hjelp. Evnen til å observere og til å iverksette de riktige tiltakene bygger på teoretisk kunnskap og klinisk erfaring. Kunnskap og erfaring gir helsepersonell mulighet til å identifisere problemer før de oppstår, eller før de utvikler seg til alvorlige problemsituasjoner. Faglig forsvarlig hjemmesykepleie fører til at pasientene får trygge og gode tjenester og ikke utsettes for unødvendige belastninger.

Anmodning om hjemmesykepleie kan komme fra pasienten selv eller fra andre som kjenner pasientens forhold, for eksempel pårørende eller fastlege. Alle som mener å ha et behov for hjemmesykepleie, kan ta kontakt med den kommunen de bor eller oppholder seg i, for å søke om hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie er gratis.

Hjemmehjelp

Innbyggere som på grunn av sykdom, nedsatt funksjonsevne, alder eller andre årsaker ikke klarer de daglige nødvendige gjøremålene selv, kan søke om praktisk bistand, ofte kalt hjemmehjelp. Det kan for eksempel dreie seg om hjelp til å bestille husholdningsvarer eller få varene levert på døra, å få levert varm middag eller kald middag for oppvarming, eller hjelp til klesvask eller rengjøring. Det stilles ikke krav om helsefaglig utdanning for å yte hjemmehjelp. Betaling for hjemmehjelp avhenger av inntektsforholdene i familien.

Den historiske utviklingen av hjemmesykepleien

Pleie av syke og hjelptrengende i eget hjem har lang tradisjon i Norge og var for mer enn hundre år siden en del av menighetspleien. Slik var det til langt utover 1900-tallet, men i 1959 ga det som da het Departementet for familie- og forbrukersaker, de første retningslinjene for drift av husmor-

vikarordninger og hjemmesykepleie (5). Med grunnlag i disse faglige kravene ga staten tilskudd til de kommunene som på frivillig grunnlag etablerte eller støttet slike ordninger.

Etableringen av hjemmesykepleie som en del av den offentlige helsetjenesten var ikke minst påvirket av endringer i familiestrukturen. Tidligere var det vanlig at barna ble boende hjemme og tok seg av foreldre og besteforeldre når disse ble syke eller hadde behov for hjelp. I 1960-årene kom det en lov om sosial omsorg (forløperen for lov om sosiale tjenester fra 1991) som fritok familien fra det økonomiske og sosiale ansvaret for sine foreldre, også hvis de ble syke.

Siden 1960-årene har familiestrukturen endret seg fra storfamilier til kjernefamilier, der foreldre og barn bor ett sted, mens besteforeldre bor et annet sted. I tillegg til økt flytting og høy yrkesdeltakelse hos begge kjønn har denne utviklingen ført til at pleie og omsorg av eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne i stadig større grad har blitt et offentlig ansvar.

Likevel viser en rekke undersøkelser fra midten av 1960-årene og fram til i dag at familien har opprettholdt en sentral omsorgsrolle for eldre og andre voksne hjelptrengende. Det har imidlertid skjedd endringer i den interne arbeidsdelingen. Oppgavene har i økende grad blitt fordelt på flere hender. Flere omsorgsgivere stiller opp for en omsorgstrengende, noe som i stor grad skyldes at stadig flere menn (sønner) også yter omsorg (6).

Hjemmesykepleien, slik den framstår i dag, ble utviklet hovedsakelig i 1970- og 1980-årene, og ordningen ble underlagt kommunalt ansvar. I stortingsdebatten om lovfestingen av denne ordningen ble det presisert at hjemmesykepleien måtte bygge på et tydelig sykepleiefaglig grunnlag (7).

I første omgang ble det utarbeidet midlertidige retningslinjer for oppretting og drift av hjemmesykepleievirksomhet, og ifølge disse skulle hjemmesykepleie «være et supplement og alternativ til institusjonsinnleggelse når pasientens lege finner at behandling og/eller observasjon på forsvarlig måte kan finne sted utenfor sykehus eller annen institusjon» (8). Det var ofte få ansatte, og tilbudet gjaldt stort sett på dagtid på hverdager.

I 1984 ble hjemmesykepleien en lovpålagt tjeneste, hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) (9). Sykehjemmene ble samtidig overført fra fylkeskommunene til kommunene, som nå fikk ansvaret for de samlede helse- og omsorgstjenestene, det vil si både hjemmesykepleie og sykehjem.

I 2012 ble kommunehelsetjenesteloven opphevet, da den nye lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. (helse- og omsorgstjenesteloven)

trådte i kraft (10). Helse- og omsorgstjenesteloven opphevet det tidligere juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester og regulerer hva kommunen skal tilby for å oppfylle sitt ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Samhandlingsreformen og hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien har gjennomgått store endringer de siste tiårene. Den største strukturelle endringen kom ved innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Samhandlingsreformen (11) er en retningsreform som skal vise hvilken retning helse- og omsorgstjenesten skal ha framover. Det pekes på følgende hovedområder (12):

1. Å forebygge framfor bare å reparere.
2. Tidlig innsats framfor sen innsats.
3. Å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen.
4. Å flytte tjenester nærmere der folk bor.
5. Flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre disse oppgavene.
6. Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok til å kunne gi pasientene helsehjelp i kommunen i stedet for at de blir henvist til spesialisthelsetjenesten.
7. Bedre for pasientene – sterkere brukermedvirkning.

> Samhandlingsreformen er tilgjengelig i en kortversjon fra Regjeringen.no > Forsiden > Tema > Helse og omsorg > Kommunale helse- og omsorgstjenester.

Reformen innebærer blant annet at hjemmesykepleien har fått en ny og mer omfattende rolle og dermed bidrar til bedre behandlingskapasitet i sykehusene.

Samhandlingsreformen (11) legger vekt på at det i årene framover blir store utfordringer, med flere eldre og store endringer i befolkningens sykdomsbilde. Det vil bli flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander som kols, diabetes, overvekt, demens, kreft og psykisk sykdom. Den medisinskteknologiske utviklingen fortsetter i høyt tempo, nye kostbare legemidler kommer på markedet, og befolkningens forventninger til helse- og omsorgstjenesten øker.

Samhandlingsreformen beskriver også at det er forventet at veksten i helse- og omsorgstjenesten i størst mulig grad skal løses i kommunene.

Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Kapasiteten, kompetansen og bemanningssituasjonen i hjemmesykepleien vil være helt avgjørende for om kommunene kan gi sine innbyggere lovhjemlet rett til helsehjelp og oppfylle intensjonene i samhandlingsreformen. Spesielt vil det være nødvendig å beholde og rekruttere sykepleiere, for de store endringene i kommunenes helse- og omsorgstjeneste de siste årene innebærer at hjemmesykepleien er i vekst, «mens den tradisjonelle hjemmehjelpstjenesten stagnerer og reduseres. Det er færre brukere som bare mottar praktisk bistand i form av hjemmehjelp. Denne utviklingen tilsier at det framover bør legges vekt på å tydeliggjøre hva som er innholdet i sykepleiefunksjonen og hvordan dette integreres i den helhetlige helse- og omsorgstjenesten» (11, s. 56).

En følge av samhandlingsreformen er at kommunene har fått et større ansvar for pasienter med betydelige og sammensatte behov for videre behandling, pleie og omsorg. Det er ofte utskrivningsklare pasienter fra sykehusene som skrives ut til korttidsplass eller til hjemmesykepleien. Det kan være pasienter som er i behov av avansert medisinsk utstyr, pasienter som kommer hjem i sen palliativ fase, eller pasienter som hjemmesykepleien må følge opp og koordinere behandling og oppfølging til, fordi vedkommende har behov for hjelp både hos fastlege og i sykehus.

Samhandlingsreformen har også ført til en økt pasientgjennomstrømning i kommunene, spesielt i hjemmesykepleien. Informantene i en studie fra 2015 (13) beskriver at pasientene har større pleiebehov og krever tett oppfølging. De opplever at oppgavene er blitt langt mer komplekse. Det gjelder medisinske prosedyrer, koordinering, beredskap og kvalitetssikring. Samtidig beskriver de et bedre samarbeid med sykehuset enn tidligere. Det er mer faglig utveksling gjennom nettverk, hospitering og veiledning.

Den faglige utviklingen i helse- og omsorgstjenesten skal gå mer i retning av å gi bistand som fremmer selvstendighet, aktivitet og egenmestring, i stedet for å gi kompenserende tjenester når skaden har skjedd. Innsatsen skal i større grad rettes mot å bremse en funksjonsreduksjon eller å øke funksjonsnivået. Gjennom målrettet arbeid for å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen kan behovet for varig og omfattende pleie i mange tilfeller reduseres, og behovet for institusjonsplass utsettes. Aktive tiltak i hjemmet kan være alt fra hjelp til selvhjelp fra de ansatte til intensiv rehabilitering ved hjelp av tverrfaglige team.

Kommunene skal tilby tjenester med ulik tyngde og intensitet. En frisk, eldre person med begynnende balanseproblemer kan for eksempel gjenvinne funksjonen gjennom tilrettelagt egentrening i form av fallforebyggende øvelser, mens en som nettopp er overført fra spesialisthelsetjenesten etter et hjerneslag, kan trenge intensiv rehabilitering i hjemmet ved hjelp av et tverrfaglig team for å gjenvinne funksjon og evne til å klare seg i eget hjem (14).

I 2040 vil antall personer over 80 år her i landet være fordoblet i forhold til i dag, og langt flere enn nå vil bli over 90 år (11). I dag er eldre den største pasientgruppen i hjemmesykepleien, og den demografiske utviklingen innebærer at hjemmesykepleien vil være en viktig helse- og omsorgstjeneste for eldre også i mange år framover. Men de ansatte i hjemmesykepleien vil i framtiden i tillegg få ansvaret for mange pasienter som er under 67 år med behov for langvarige og sammensatte tjenester.

Morgendagens pasienter vil utfordre hjemmesykepleien på andre måter enn dagens pasienter gjør. Mye tyder på at de vil være mindre beskjedne enn dagens pasienter, de vil stille større krav og ønske å bestemme mer selv. De kan i noe større grad forventes å ha individualistiske verdier med vekt på personlige prestasjoner, nytelse og opplevelser (15). Den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi de har bedre helse og kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner. De vil være ressurssterke fordi de har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De vil være mer aktive og stille andre krav til tjenestene fordi de er mer teknologivante og vil bestemme mer på egen hånd (1).

Behov for omsorgstjenester vil kanskje melde seg på et senere tidspunkt i livet, mange vil ha boliger med livsløpsstandard, og flere enn i dag vil ha ressurser til selv å betale for private tjenester til husarbeid og personlig stell. Samtidig kan en se for seg at framtidens eldre vil være mer kravstore, og forlange tjenester levert i eget hjem, selv når omsorgsbehovet er omfattende. Nesten uansett hvilke forutsetninger en setter, vil den kommende veksten i eldrebefolkningen bety at mer av samfunnets ressurser vil gå til helse- og omsorgstjenester (16).

Det er mye oppmerksomhet rundt hvordan helse- og omsorgstjenesten skal fungere i årene framover, og hva som skal være hjemmesykepleiens framtidige rolle. Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (17) beskriver behovet for en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunene, med fokus på tre satsningsområder: økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering. Den beskriver blant annet at pasientene i hjem-