



Organisering og interaksjon i team som ivaretar døgnkontinuerlig omsorg til hjemmeboende eldre

Introduksjon

Hjemmetjenesten har en viktig rolle i den døgnkontinuerlige omsorgen for hjemmeboende eldre (1,2,3,4,5). Tjenesten skal ivareta utskrivningsklare pasienter som ikke er ferdigbehandlet og flere har kompliserte lidelser (6). Eldre pasienter som skrives ut fra sykehusene har økende risiko for feilmedisinering, noe som vil medføre reinnleggelse og skape brudd i kontinuiteten når pasienten flyttes mellom ulike tjenestenivå (7, 8).

Døgnkontinuerlig omsorg i hjemmetjenesten innebærer både omsorgs-kontinuitet og omsorgskvalitet over tid. Oppgaver som dekker de daglige grunnleggende behovene prioriteres, mens kliniske vurderinger, helsefremmende og forebyggende arbeid blir ofte nedprioritert (9,10). Organiseringen av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet

pluss etterfølgende behov for ivaretagelse i hjemmet krever kompetanse hos tjenesteyterne (17). Faglige vurderinger av økt hjelpebehov hos pasientene må vektlegges mer i hjemmetjenesten (18,19). Hensikten med denne artikkelen er å få kunnskap om hvordan interaksjonen og organiseringen foregår når hjemmetjenesten skal ivareta den døgnkontinuerlige omsorgen for hjemmeboende eldre.

Metode

Metoden er kvalitativ og består av observasjoner og uformelle samtaler (20). Feltarbeid som metode er anerkjent innen vitenskapelig metodologi og innebærer ikke-deltakende observasjon og deltakende observasjon. Å utføre feltarbeid er å bringe forskeren tett inn på menneskene i den kulturen man studerer (21). Gjennom ikke-deltakende observasjon samt deltakende observasjon blir forskeren en del av den sosiale virkeligheten som studeres, og utvikler sin forståelse og refleksivitet ved deltakelse i menneskers daglige liv (22).

Datamaterialet er analysert ved å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse av feltnotater fra observasjonene av rapportene, møtene og uformelle samtaler (23). Innholdsanalysen er åpen og vil variere ut fra forskers perspektiv som er omsorgsperspektivet (24). Som feltforsker var jeg tilstede på rapporter og på møter i hjemmetjenesten. Jeg observerte hva som skjedde mellom de ansatte når de rapporterte og kommuniserte, så på hva som hendte mellom dem, om de lyttet til hverandre, om de gav hverandre støtte, om de fikk snakke en og en og jeg var opptatt av å finne

«Tjenesten har fått mindre tid til å ivareta pasientens hverdagslige behov»

og kvalitet (11). Sykepleiere utfordrer systemet i hjemmetjenesten for å klare å ivareta pasientenes behov for sykepleie (12,13,14). Men tjenesten har fått mindre tid til å ivareta pasientens hverdagslige behov på tross av at adekvate omsorgstjenester er en menneskerettighet (15,16).

Økningen i kortere behandlingsopphold i sykehus,

FAKTA

Førsteforfatter og kontaktperson: Torill Sæterstrand
OsloMet-storby-universitetet
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



ut om de utøvde omsorg til samme pasient over tid og om de samarbeidet med andre. Studien har en del begrensninger siden datasamlingen er utført i 2012 og 2013. Samtidig har studien aktualitet også i dag, fordi nyere hjemmetjenesteforskning er kommet til i ettertid og man sammenlikner funnene med nye og aktuelle studier fra feltet.

Etiske overveielser

Det ble søkt Regional etisk komite (REK-NORD nr. 2011/2457-6) samt datatilsynet (NSD nr. 28643) om tillatelse til å gjennomføre prosjektet. Deretter ble det etablert kontakt med omsorgslederne som formidlet kontakt med lederne av hjemmetjenesten som kontakten de aktuelle lederne av teamene i hjemmetjenesten.

Som forsker tok jeg deretter kontakt med lederne i de ulike teamene for å avtale oppmøte og gav informasjon om prosjektet og samtykke-erklæringen. Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet til de ansatte i teamene. Helsinkideklarasjonen (25) er fulgt gjennom hele studien. Hensynet til informantene innebærer at etiske prinsipper reflekteres over og ivaretas gjennom hele forskningsprosessen. Anonymitetshensynet til deltakerne i studien samt pålitelighet i fremstilling av forskningsresultatene er en forpliktelse som er ivarettatt.

Utvalg

I de to kommunene var det totalt 10 team i hjemmetjenesten, men for å avgrense studien ble det gjort et

Sammendrag:

Introduksjon: Målet med studien var å beskrive organiseringen og interaksjonen mellom helsepersonellet i hjemmetjenestens team når de skal ivareta døgkontinuerlig omsorg.

Metode: Teamene ble observert under rapporter og møter. Etter observasjonene ble det gjennomført uformelle samtaler. Data ble analysert ved å anvende kvalitativ innholdsanalyse. Resultat: Tre kategorier ble utviklet under analyseprosessen: Vurdering av pasientsituasjoner, Samarbeid i og mellom teamene, og sosial støtte.

Konklusjon: Teamene fremstod som dynamiske i forhold til hvordan de kunne samarbeide for å ivareta pasientenes behov for døgkontinuerlig omsorg. Samarbeidet i og mellom teamene var viktig, men innebar noen utfordringer i det daglige arbeidet med hensyn til kontinuitet. Tid til sosial støtte er en styrke for de ansatte i teamene.

Nøkkelord: interaksjoner, hjemmetjeneste, kvalitativ metode, feltarbeid, organisering.

Abstract:

Introduction: The aim of this study was to describe the interaction and organization between health personnel of teams in home care when caring for patients.

Methods: The teams were observed during reports and meetings. After the observation, there were informal dialogues with the health personnel. Data were analyzed using qualitative content analysis.

Results: Three categories emerged for the analysis: Review of the patient situations, Cooperation in and between teams, Social support.

Conclusion: The teams acted dynamic to consider the patients situations. Cooperation in the teams and between the teams was important, but represented a challenge in the daily work when it comes to continuity. Time for social support by the teams strengthen the health personnel.

Key words: interaction, home care, qualitative methods, fieldwork, organization





utvalg på fire team (to fra hver kommune) som ble fulgt opp over en periode på fire måneder i 2012 og 2013. I tillegg til de fire teamene som ble observert

«Formålet med teamenes rapporter var å informere og drøfte pasientenes døgnkontinuerlige behov og ansattes erfaringer med å møte disse behovene»

over fire måneder ble det i en av kommunene observert ukentlige sykepleiemøter med fem teamledere, to mellomledere, nattsykepleiere og to kreftsykepleiere over en periode på to måneder. Hvert av teamene i hjemmetjenesten bestod 20 ansatte, sykepleiere helsefagarbeidere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere. Det enkelte team hadde ansvar for ca. 100 pasienter der 80% av pasientene var over 80 år.

Feltarbeidet

Observasjonene av interaksjonen i teamene ble gjennomført på vaktrommet og på møterom i hjemmetjenestens lokaler. Observasjonene fokuserte på interaksjoner under rapporter og møter. Som feltforsker fikk jeg en tilbaketrasket rolle med egen pult på teamenes vaktrom, ved siden av møtebordet der de ansatte satt under rapportene. På møtene satt jeg i bakgrunnen men deltok i den sosiale situasjonen, med en tilbaketrasket rolle der man kunne notere. Feltarbeidet pågikk i to måneder i perioden oktober-desember i 2012 i den ene kommunen, og i to måneder i perioden april-juni i 2013 i den andre kommunen. Tilstedeværelsen var ca. to dager pr. uke med til sammen 290 timer feltarbeid i totalt fire ulike team. Lederne i teamene foreslo hvilke møter man burde være observatør på, for å få kunnskaper om hva som foregikk i hjemmetjenesten. Tilstedeværelsen i teamene varierte med hensyn til ukedager, men tidspunktet varierte mellom kl. 0800 og 1530. Det ble observert på rapporter, brukermøter, sykepleiemøter, personalmøter, og krisemøter. Lokalitetene til tre av teamene var i samme bygg som kommunenes

sykehjem, mens et team lå i et tidligere industribygg sentralt plassert.

Formålet med teamenes rapporter var å informere og drøfte pasientenes døgnkontinuerlige behov og ansattes erfaringer med å møte disse behovene. Formålet med brukermøtene var å informere og drøfte arbeidssituasjonen i hjemmetjenestens team, drøfte avvikene og foreslå forbedringer samt samtale om utfordringer i arbeidshverdagen. Formålet med sykepleiemøtene var å fordele fagkompetansen mellom teamene slik at den døgnkontinuerlige driften kunne opprettholdes med kompetent sykepleiepersonell. På personalmøtene ble det informert om situasjonen i hjemmetjenesten og mulige endringer i organisasjonen.

På krisemøtene ble det drøftet hvordan teamene samarbeidet med psykisk helse om utfordrende situasjoner. Samtalene etter møtene og rapporten var i hovedsak med lederne i teamene, men også med det øvrige personalet i teamene foruten kreftsykepleierne, teamledere og mellomledere. Feltmetodikk handler om å utvikle virkelighetsnær forståelse og samle inn data ved å oppholde seg i et felt som studeres, men feltforskning er imidlertid kritisert fordi forskerrollen lett kan bli marginal (26). Å oppholde seg i et felt over tid kan føre til at forskeren «goes native» og blir en del av feltet. På den andre siden vil en objektiv forskerrolle verken være mulig, eller hensiktsmessig for en kvalitativ analyseprosess (27). Noen kan bli nøkkelinformanter tidlig og gi forskeren en større forståelse for hvilke essensielle meninger som eksisterer i feltet (27).

Analyse

Feltnotatene fra observasjonene i teamenes rapporter, møtene og uformelle samtaler ble analysert ved å anvende innholdsanalyse (23). Først ble det gjort en gjennomlesning av teksten og ved å være nær teksten for å finne meningen i forhold til konteksten i hjemmetjenesten. Teksten ble delt inn i meningsenheter. Deretter ble meningsenhetene gitt en kode. Den kodede meningsenheten ble sammenliknet og sortert til tre kategorier. Kategoriene ble sammenliknet med hele teksten ved en frem og tilbakegang mellom helhet og del, til konsensus ble oppnådd.

Funn

Funnene består av tre kategorier som ble analysert frem: Vurdering av pasientsituasjoner, Samarbeid i og mellom teamene, Sosial støtte.

TABELL 1: Eksempel fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Kategori
Sykepleier må skynde seg ut til en som er blitt dårlig, tar lilla akutt box. Akuttkurven til en av brukerne. Måtte bruke sin egen bil. Stresset kjennes. Hun kunne ikke være med på rapporten for det hastet. Livet stod på spill.	Skynder seg for å ivareta akutt syke fordi det haster, bruker egen bil, stress. Reiser til pasient og avbryter rapport.	Å skynde seg for å berge liv hos pasienten.	Vurdering av pasientsituasjoner.
Tilmeldt to pasienter som de ikke har tid til. Problem at sykehjemmet er så streng på å ta inn pga utskrivningsklare. 4 team blir spredt på alle pasientgruppene. De må ha flere folk på kveld. De har allerede noen de har bytta på.	Tilmeldte pasienter uten tid til. Sykehjemmet tar ikke inn pasienter nå. Team spredt på pasientgrupper. Trenger flere ansatte pga bytte på pasienter.	Press på tjenesten som følge av flere pasienter men få ansatte.	Samarbeid i og mellom teamene.
Tiden er viktig for dem. De har en gjennomgang på brukerne og prater om hvordan de har det for tiden. Det er godt samhold, og de støtter hverandre.	De samarbeider med hverandre og har godt samhold innad i teamene.	Samhold innad i teamene.	Sosial støtte.

Vurdering av pasientsituasjoner

Vurderingen av pasientsituasjoner gjennomføres ved å fortelle og drøfte muntlig med de andre i teamet, før det avgjøres hvilke tiltak som er aktuelle nå for den enkelte pasient. Når teamet er samlet på rapporter og møter skjer det en utveksling av kunnskap og erfaringer hos de som er tilstede. Dette kan karakteriseres som felles erfaringskunnskap innen hjemmetjenestevirksomhet. Hvert teammedlem har selv mulighet til å fortelle og forklare hva de har erfart ute i hjemmebesøk i praksis, og de lytter og drøfter sammen med kollegaer. Å kompensere for pasientens behov ivaretas av teammedlemmene utenfor vakt- og møterom. Å kjenne pasienten over tid, bidrar til kontinuitet mellom team, pasienter og eventuelle pårørende. Avanserte prosedyrer trenes på grunn av pasientsituasjoner, og ivaretas av kompetente sykepleierne i teamene. Vurdering av pasientsituasjoner utvikles over tid, og påvirker kvaliteten av utøvelsen.

Samarbeid i og mellom teamene

Teamene hadde en meget sterk bevissthet på å løse oppgavene for de pasientene som teamet hadde ansvaret for. På grunn av ytre press med flere kompliserte pasientsituasjoner skjedde det en mobilisering der alle teamene samarbeider om noen pasienter. Press på organiseringen og kontinuiteten kom til uttrykk i dette samarbeidet. Teamenes virksomhet økte ved at

de «bytter» pasientene mellom teamene for å klare å yte sykepleiefaglige oppdrag til de som trenger det innenfor døgnet, fordi det var mangel på sykepleiere i hjemmetjenesten. Spesielle prosedyrer og medikamenthåndterings måtte overholdes i forhold til påbudte faglige retningslinjer. «Byttingen» av pasientene mellom teamene er med på å minske kontinuiteten. Det ble uttrykt at de opplevde det slit som når relasjoner bygges og brytes både for teamet, pasienter og pårørende. «Byttingen» medførte økt antall avvik spesielt med hensyn til medikamenthåndteringen, på grunn av liten tid og mindre kjennskap til hva pasientene var vant med, eller hva man som tjenesteyter måtte være spesielt oppmerksomme på for den enkelte pasient. Mobiliseringen i teamene på grunn av ytre press gav seg utslag i det ble inngått avtale om «integrert pasientomsorg» der hjemme-sykepleien i X team skulle komme å mate pasienten tre ganger daglig, fordi de kjente pasienten best og fordi pasienten trengte døgntilførsel tilsyn og ikke kunne klare seg alene i egen omsorgsbolig. Presset på hjemmetjenesten ble for stor i en tid da flere «byttinger» allerede var satt i system for å rekke over alle sykepleiefaglige oppdrag. Terminal omsorg var krevende og økte i timetall en periode og det ble gitt opplæring for sykepleiere Ad-hoc i avanserte prosedyrer. Sykepleiemøtene som vanligvis ble holdt en gang pr. uke, økte til to ganger i uken på grunn



av behovet for samarbeid mellom teamene slik at de sammen kunne ivareta den døgnkontinuerlige omsorgen.

Sosial støtte

Den interne kulturen er høy innad i teamet og gav seg utslag i råd, veiledning og sosial støtte. Før hjemmebesøk skjer det drøftelser i teamet om hva som skal gjøres ute i praksis. Dette er nedfelt i arbeidsplaner med angivelse av tidsintervall avhengig av hjemmebesøkets mål. De ansatte hadde muligheter for å utøve skjønn på tross av tidsangivelsene. Det som skjedde «før» og «etter» hjemmebesøkene kom frem under rapporter og samtaler på vaktrommet. Teamarbeidet bidrar til at deltakerne stadig utviklet relasjoner og forpliktet seg til felles mål for å opprettholde kontinuiteten. De støtter hverandre, reflekterer over og finner ut sammen hvordan de skal møte pasientenes døgnkontinuerlige behov. Som feltarbeider ble jeg vitne til at en som hadde fungert som støttekontakt kom gråtende inn på vaktrommet. Hun fortalte at teamets tidligere pasient, nylig hadde dødd på en institusjon. Støttekontakten hadde behov for å uttrykke sin sorg sammen med teamet som for noen år tilbake hadde ivaretatt denne pasienten sammen med henne. I lunsjen satte de seg rundt bordet på vaktrommet

og sørget over pasienten som var gått bort, de tente lys, mintes henne og hadde et minuttets stillhet. Livet på vaktrommet speiler hverdagslivet i en organisasjon der teammedlemmene opptrådte støttende overfor hverandre, og hentet styrke fra fellesskapet. I perioder med mye tidspress slet de med å få tid til fellesskap, noe som går ut over muligheten for å støtte hverandre.

Diskusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap om interaksjonen og organiseringen i hjemmetjenestens team når de skulle ivareta døgnkontinuerlig omsorg for hjemmeboende eldre. Funnene viser tre kategorier: Vurdering av pasientsituasjoner, Samarbeid i og mellom team, Sosial støtte. Vurdering av pasientsituasjoner gjøres sammen med de andre yrkesutøverne i teamene. Som yrkesutøvere lar teammedlemmene sin erfaringsbaserte kunnskap om de individuelle og praktiske pasientsituasjonene komme til uttrykk i fortellinger om situasjonene på rapporter og på møter i hjemmetjenesten. Et personorientert skjønn kan kun utvikles i praksis (28). Fortellingens plass i sykepleiefaget kan bidra til å oppjustere den praktiske kunnskapen (29). Omsorgen for den som lider er i fokus i teamene og mellom teamene (30). De ansattes samarbeid i og mellom team kan forstås som



Foto: Shutterstock

uttrykk for deres egne holdninger til hvordan man best kan yte omsorg utenfor vaktrom og møterom. Liknende funn om ansattes verdisyn fremkommer i andre studier av ferdigheter i omsorgsfulle relasjoner (19,31, 32,33,34). Teamenes ivaretagelse av utskrivningsklare pasienter, pasienter med behov for kompliserte prosedyrer og for terminal pleie bidro til at kontinuiteten i den døgnkontinuerlige omsorgen kom under stort press. Liknende funn fremkommer i andre studier og synliggjør at hjemmetjenesten som organisasjon er hardt presset, og dette medfører noen uheldige konsekvenser (8,9,10,11,16). Organisering av hjemmetjenesten kan for øvrig gå ut over sikkerhet og kvalitet (10). Pasienter og pårørende opplever at omsorgen ikke er tilfredsstillende, og at eldre ikke blir prioritert slik noen andre studier viser (35, 36,37). Organisasjonsvirkeligheten oppfattes forskjellig fra ulike stæder, og det synes som at det er behov for endringer i tjenesten (10, 32, 38). Integrasjonen med andre tjenester som det til en viss grad ble gjort forsøk på av hjemmetjenesten i denne studien, som samarbeid med sykehjem om innlagte pasienter, kan minske presset på hjemmetjenesten, men er lite utviklet og fremkommer kun i 76 av landets kommuner (6). Fellesskapet innad i hjemmetjenestens team bidro til sosial støtte, noe som

gav seg utslag i omsorg for hverandre, men når tidspresset var stort ble det lite tid til det. Andre studier av hjemmetjenestevirksomhet viser at yrkesrelatert stress forekommer i hjemmetjenesten som et utslag av for stort ansvar for de ansatte (39).

Konklusjon og praktiske implikasjoner

Studien viser at hjemmetjenestens team vurderer pasientens situasjon, samarbeider i og mellom team for å kunne ivareta døgnkontinuerlig omsorg, og samarbeidet i teamene innebærer sosial støtte til hverandre. Helsepersonell som vurderer, samarbeider og støtter hverandre i team kan styrke sin profesjonelle opptreden i individuelle pasientsituasjoner. Organiseringen av hjemmetjenesten i team med ansvar for et visst antall pasienter over tid kan bedre kontinuiteten. Ytre press øker aktiviteten i tjenesten og kan senke kontinuiteten og kvaliteten på tjenesten. Det er sårbare eldre med omfattende behov som er mottakere av hjemmetjeneste, og de ansatte forsøker å møte disse behovene. Videre forskning innen hjemmetjenestevirksomhet bør fokusere på kompleksiteten i tjenesten. Hjemmetjenesten er i utvikling og vil fortsette å spille en stor rolle i den døgnkontinuerlige omsorgen for eldre pasienter. ■

Referanser

1. Stortingsmelding nr. 47. 2008-2009. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted-til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
2. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie i hjemmet. Oslo: Cappelen, 2018.
3. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie. Bergen: Fagbokforlaget, 2016.
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet-En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. IS 2674. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
5. Abrahamsen DR, Allertsen LM, Skjøstad O. Hjemmetjenestens målgrupper og organisering. Rapport 2016/13. SSB. Statistisk sentralbyrå Norge.
6. Tønnessen S, Kaasah BL, Tingvoll WA. Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sykepleien Forskning 2016; 11(1): 14-22. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.56496. <https://sykepleien.no/forskning/2016/01/samhandling-med-spesialisthelsetjenesten>
7. Kollerup MG, Curtis T, Schantz Laursen B. Visiting nurses posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017; 1(32). doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12451>
8. Kollerup MG, Curtis T, Schantz Laursen B. Improving posthospital medication management in a Danish Municipality: A process evaluation. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27(19-20): 3603-3612. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14516>
9. Tingvoll WA, Sæterstrand TM, Mc Clusky LM. The challenge of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC Nurs*. 2016; 15: 66. doi:10.1186/s12912-016-0187-x <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121988/>
10. Kattouw CE, Wiig S. Organisering av hjemmesykepleien kan gå ut over sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning*, 2018; doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
11. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien. På rett sted til rett tid. *Sykepleien Forskning* 2015; 1(10): 14-22. doi: 10.4220/sykepleienf.2015.53343
12. Strandås M, Wachterhausen S, Bondas T. Gaming the system to care for patients: a focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Services Research* 2019; 19:121 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3950-3>
13. Sæterstrand, T.M. & Rudolfsson, G. (2019). Using a reflective attitude when meeting older chronically ill patient's care needs in home care nursing. *International Journal of Caring Sciences* 12(2): 663-673 <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/>
14. Holm, S.G., Mathisen, T.A., Sæterstrand, T.M. & Brinchmann, B.S. Allocation of home care services by municipalities in Norway: a document analysis. *BMC Health Serv Res* 17, 673 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2623-3> <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2623-3>
15. Fjørtoft A-K, Oksholm T, Førland O, Delmar C, Alvsvåg H. Balancing contradictory requirements in homecare nursing – A discourse analysis. *Nursing Open*. 2020;00:1-9. <https://doi.org/10.1002/nop.2.473>
16. Baer B, Bhusan A, Taleb HA et.al. The Right to Health for older people. *The Gerontologist* 2016; 2 (56): 206-217. doi:<https://doi.org/10.1093/geront/gnw039>
17. Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research* 2016, 36(1), 27-37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>

18. Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018–2019) / Offentliggjort 20.11.2018. Vedtatt 7 mars 2019 i Stortinget. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/Tilgjengelighet-og-kvalitet-i-eldreomsorgen/>
19. Husebø B, Erdal A, Kjellstadli C, Bøe JB. Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre. Bergen: Sefas; 2017
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 2016. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health/ Lippincott. Williams & Wilkins.
21. Wadel C, Wadel CC. Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten. 2007. Oslo: Høyskoleforlaget.
22. Carolan M. Reflexivity: a personal journey during data collection. *Nurse Res* 2003;10:7–14.
23. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis. *Nurse Education Today* 2017; 56: 29–34.
24. Eriksson K. The alleviation of suffering-The idea of caring. 1992. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: 119–123
25. World Medical Association Declaration of Helsinki, Ethical Principles for medical research involving human subjects. 2008. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
26. Repstad P. Mellom nærhet og distanse. 2007. Oslo: Universitetsforlaget.
27. Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. 2014. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
28. Alvsvåg H, Bergland A, Førland O. Nødvendige omveier. 2013. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
29. Kirkevold, M. Vitenskap for praksis. 1998. Oslo: Gyldendal.
30. Eriksson K. The suffering human being. 2006. Chicago, USA: Nordic Studies Press.
31. Øresland S, Mättä S, Norberg A et al. Home based nursing. An endless story. *Nursing Ethics*, 2011;18: 408–417
32. Milne HA, Mc William CL. Considering nursing resource as 'caring time'. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 23: 810–819
33. Wällivaara BM, Sävenstedt S, Axelsson K. Caring Relationship in Home-Based Nursing Care-Registered Nurses Experiences. *Open Nurs J*. 2013; 7: 89–95. doi: 10.2174/187443620130516003
34. Hafskjold L, Sundling V, Eide H. Nursing staffs responses to thematic content of patients expressed worries: observing communication in home care visits. *BMC Health Services Research*, 2018; 18(1): 597
35. Vik K, Eide A. Older adults that receive home-based services, on the verge of passivity, the perspective of service providers. *Journal of Older People Nursing* 2012; 2(8):123–130. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00305.x
36. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Søderholm O. Older home-living patients perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk sygeplejeforskning* 2011;3:219–34.
37. Vabø M. Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. Rapport 2007; 22/07. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. http://www.ungdata.no/asset/3159/1/3159_1.pdf
38. Vabø M. Norwegian Home Care in Transition—Heading for Accountability, Off-Loading Responsibilities. *Health & Social Care in the Community*, 2012;20, 283–291. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x>
39. Kirchoff J. Yrkesrelatert stress i hjemmetjenesten. *Sykepleien forskning*, 2011; 1(6): 144–150. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0100 <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/yrkesrelatert-stress-i-hjemmebaserte-tjenester>



Foto: Shutterstock