

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Utfordringer med å sikre forsvarlig helsehjelp til hjemmeboende personer

Gunhild Sika Bryld

Spesialist i klinisk allmennsykepleie
Lørenskog kommune

Elena Henriksen

Spesialist i klinisk allmennsykepleie
Nittedal kommune

Ådel Bergland

Professor emerita
Lovisenberg diakonale høgskole

Caroline Farsjø Aure

Føresteamanusis
Lovisenberg diakonale høgskole

Eldre

Forsvarlighet

Hjemmesykepleie

Intervju

Kvalitativ studie

Sykepleien Forskning 2026;21(110169):e-110169

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.110169](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.110169)

Bakgrunn: Hjemmetjenesten er sentral for å sikre et bærekraftig tjenestetilbud i tråd med den demografiske utviklingen i Norge. Tjenestene skal være faglig forsvarlige og omsorgsfulle, og det er en målsetting at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester. Samtidig må man prioritere fordi ressursene er begrenset. Forskning viser at helsepersonell synes det er utfordrende å forvalte de begrensede ressursene. Personer som ikke etterspør helsehjelp selv, og som mangler pårørende som kan hjelpe, kan risikere å få dårligere tilgang til helsetjenester enn andre. Begrepet «svake etterspørre» (SE) er brukt om personer som ikke etterspør helsehjelp til tross for at de har behov for helsetjenester.

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske hvilke utfordringer saksbehandlere og sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer med å sikre forsvarlig helsehjelp til personer som ikke aktivt etterspør tjenester.

Metode: Studien har et kvalitativt utforskende design med semistrukturerte intervjuer med seks saksbehandlere og seks sykepleiere i hjemmetjenesten. Datamaterialet ble analysert med refleksiv tematisk analyse etter Braun og Clarke.

Resultat: Helsepersonell og SE hadde ofte motstridende oppfatninger av behovet for hjemmetjenester. Saksbehandlere og sykepleiere erfarte at SE kunne leve lenge med sykdom og funksjonsnedsettelse uten å motta hjemmetjenester. Både SE og deres pårørende kunne være tilbakeholdne med å ta imot hjemmetjenester. Tillitsskapende arbeid er sentralt for å sikre forsvarlig helsehjelp til disse personene, men flere sykepleiere pekte på at rammevilkår og lav helsefaglig kompetanse hos ansatte gjorde dette arbeidet utfordrende. Informasjon om tjenestetilbudet i kommunen var lite tilgjengelig, og digitalisering kunne ytterligere svekke SEs muligheter for reell brukermedvirkning.

Konklusjon: Det er utfordrende å nå SE med hjemmetjenester og sikre dem forsvarlig helsehjelp og likeverdig tilgang til helsetjenester. SE lever ofte lenge med sykdom og funksjonsnedsettelse, noe som vanskeliggjør forebyggende tiltak, som er viktige for å sikre en bærekraftig helsetjeneste. Det bør stilles særskilte krav om helsefaglig kompetanse hos ansatte i hjemmetjenesten for å sikre at SE får faglig forsvarlig helsehjelp.

Introduksjon

De kommunale helse- og omsorgstjenestene må prioritere fordi behovene overstiger ressursene (1). Helsedirektoratets prioriteringsveileder anbefaler prioriteringer basert på *nytte*, *ressursbruk* og *alvorlighet* (2). LEON-prinsippet innebærer tildeling på laveste forsvarlige omsorgsnivå (3), og kommunene realiserer dette ved å satse på helsehjelp i hjemmet, som utgjør en bærebjelke i et bærekraftig tjenestetilbud (1).

Kommunene har fått flere oppgaver, og fremtidige utfordringer vil være flere eldre og mangel på kompetent personell til helse- og omsorgstjenestene (1, 3). Å prioritere knappe ressurser vil derfor være viktig også i fremtiden (1, 4).

Hjemmesykepleien skal gi faglig forsvarlige tjenester og yte omsorgsfull helsehjelp. Det innebærer at tjenestene skal være i tråd med gjeldende lover, retningslinjer og faglige normer og samtidig være tilpasset brukernes individuelle behov (5, 6). Helt sentralt i faglig forsvarlige og omsorgsfulle hjemmetjenester er at tjenestemottakerne skal få hjelp til å dekke sine grunnleggende behov (7). Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon som reduserer funksjonstap og institusjonsbehov, skal i økende grad prioriteres, i tråd med nytteprinsippet (1, 8).

Mange kommuner benytter en bestiller–utfører-modell i organisering av tjenestene. Denne modellen innebærer et organisatorisk skille mellom vurdering av behov og tjenesteyting (9). Den opprinnelige hensikten med modellen var å sørge for best mulig ressursfordeling og sikre

rettighetene til personer som søkte om tjenester (10). Studier viser imidlertid at modellen er implementert i ulike versjoner og med ulike former for samhandling mellom bestiller og utfører (9, 10).

Forskning har vist at helsepersonell som skal tildele tjenester med utgangspunkt i prioriteringskriteriene, synes det er utfordrende å skulle forvalte velferdsstatens knappe ressurser for å sikre rettferdighet og ivareta pasientsikkerhet og verdighet hos personer som søker om tjenester (8).

Også sykepleiere i hjemmesykepleien synes det er krevende å gjøre prioriteringer for å redusere ressursbruken i møte med tjenestemottakere, og de opplever at deres profesjonelle verdier og faglige autonomi er under press i møte med endrede prioriteringsnormer (4, 11). Både saksbehandlere og sykepleiere i hjemmesykepleien kan forstås som *bakkebyråkrater* som basert på skønnsvurderinger skal forvalte knappe ressurser i møte med personer som har behov for tjenester (12–14).

I tillegg til kravet om faglig forsvarlighet skal prinsippet om individuelt tilpasset helsehjelp vektlegges ved tildeling av tjenester (2, 6, 15). Tjenestemottakere har altså rett til å medvirke i tildeling og utforming av tjenestene, men man kan også forstå det slik at de i tillegg har et ansvar for å uttrykke egne behov. Politiske dokumenter beskriver tjenestemottakere som aktive deltakere i tjenesteutformingen (3, 16).

Studier har vist at det å navigere i helsetjenesten for å skaffe seg tilgang til tjenester kan være utfordrende for mange fordi de opplever systemet som komplekst, blant annet ved at det er mange ulike instanser å forholde seg til (17, 18). Andre studier har vist at mange får omfattende hjelp fra pårørende blant annet til å skaffe oversikt over og tilgang til tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten (19, 20). Ressurssterke personer og personer med ressurssterke pårørende mottar flere og hyppigere helsetjenester enn andre (17).

Personer som ikke evner å etterspørre helsehjelp på egen hånd, og som ikke har pårørende som bistår med dette, kan dermed risikere å ha dårligere tilgang til helsetjenester enn andre. Dette gjelder ikke bare nye tjenestemottakere i hjemmetjenesten, men også de som mottar tjenester på lavt nivå, som trygghetsalarm eller praktisk bistand. Helsepersonell som tildeler hjemmetjenester på laveste nivå, hevder at det kan gi en falsk trygghet, og ved forverret tilstand kan behovet for mer omfattende hjelp forbli uoppdaget og føre til at personen ikke får forsvarlige helsetjenester (8).

Abelsen og medarbeidere (21) har brukt begrepet «svake etterspørrere» (SE) om hjemmeboende personer som har behov for helsetjenester og medisinsk oppfølging, men som av ulike grunner ikke etterspør hjelpen selv. Slike personer kan for eksempel ha kognitiv svikt eller psykisk sykdom, inkludert rusproblemer (21, 22).

Oppsummert kan vi si at det i kommunale helse- og omsorgstjenester er et grunnleggende prinsipp at helsehjelp skal være faglig forsvarlig, omsorgsfull og tilpasset den enkeltes behov. Likevel viser forskning at personer som aktivt etterspør tjenester, eller som har pårørende som

bistår dem på dette området, får mest hjelp. Dette funnet utfordrer prinsippet om lik tilgang til helsetjenester (1, 23).

I dagens situasjon, der prioriteringer stadig blir mer krevende, oppstår komplekse utfordringer for saksbehandlere og sykepleiere. De må balansere juridiske krav, ressursbegrensninger og etiske forpliktelser, samtidig som de må sikre nødvendig, forsvarlig helsehjelp til pasienter som ikke selv etterspør tjenester.

Vi har ikke identifisert studier som har utforsket utfordringene med utgangspunkt i helsepersonells møter med SE og prioriteringer som gjøres i møte med denne gruppen. Det er viktig å få kunnskap om utfordringer som saksbehandlere og sykepleiere i hjemmetjenesten møter i sin praksis, for å sikre lik tilgang til forsvarlige helsetjenester også for SE.

Hensikten med studien

Studiens hensikt var derfor å utforske hvilke utfordringer saksbehandlere og sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer med å sikre forsvarlig helsehjelp til personer som ikke aktivt etterspør tjenester.

Metode

Studien har et kvalitativt utforskende design (24). Vi gjennomførte individuelle semistrukturerte intervjuer med seks sykepleiere i hjemmesykepleien og seks saksbehandlere i fire norske kommuner i januar og februar 2023.

Rekruttering, inklusjonskriterier og utvalg

Vi rekrutterte deltakere ved å kontakte ledere for helse- og omsorgstjenesten på e-post, gjennom snøballrekruttering (24) og eget nettverk. Inklusjonskriteriene var at deltakerne på intervju tidspunktet var ansatt i stilling som sykepleier eller saksbehandler, at de hadde minimum ett års erfaring i nåværende stilling, og at de hadde en stillingsprosent på minimum 80.

De fire inkluderte kommunene anvendte bestiller–utfører-modellen ved tildeling av helse- og omsorgstjenester der saksbehandlere tildelte tjenester atskilt fra utøvende sykepleie. Innbyggertallet i kommunene varierte fra 13 500 til 130 000. Tabell 1 viser oversikt over informantene.

Tabell 1. Oversikt over informanter

Stilling	Kommune	Ansiennitet	Antall år i stilling	Utdanningsbakgrunn
Sykepleier 1	1	7 år	5 år	Sykepleier med master i avansert klinisk allmennsykepleie
Sykepleier 2	1	1,5 år	1,5 år	Sykepleier
Sykepleier 3	1	7 år	5 år	Sykepleier
Sykepleier 4	2	38 år	8 år	Sykepleier med master i avansert geriatriisk sykepleie
Sykepleier 5	2	35 år	4 år	Sykepleier med videreutdanning i folkehelsevitenskap
Sykepleier 6	2	7,5 år	7 år	Sykepleier
Saksbehandler 1	1	15 år	5 år	Sykepleier
Saksbehandler 2	3	37 år	11 år	Vernepleier med videreutdanning i helserett
Saksbehandler 3	4	29 år	1 år	Sykepleier med master i ledelse
Saksbehandler 4	2	39 år	16 år	Fysioterapeut
Saksbehandler 5	2	25 år	9 år	Sykepleier
Saksbehandler 6	2	29 år	9 år	Sykepleier med videreutdanning i helserett

Datainnsamling

Vi gjennomførte ni av intervjuene på informantenes arbeidsplasser, mens tre intervjuer ble gjennomført digitalt etter informantenes ønske. Intervjuene varte 25–50 minutter.

Vi benyttet en semistrukturert intervjuguide som var utformet med utgangspunkt i studiens hensikt og tidligere forskning. Det var fire temaer i intervjuguiden: kjennetegn ved SE, pasientmedvirkning, pårørendeinvolvering og samarbeid mellom hjemmesykepleie og tildelingskontor. Intervjuguiden ble pilottestet med en saksbehandler og en sykepleier som arbeidet i hjemmesykepleien. Disse intervjuene ble ikke inkludert i studien.

Første- og andreforfatteren deltok i de fire første intervjuene, mens de resterende ble gjennomført med kun én av forfatterne til stede. Intervjuene ble tatt opp på lyd og transkribert ordrett.

Analyse

Vi gjorde en tverrgående analyse av datamaterialet og anvendte refleksiv tematisk analyse slik den fremstilles av Braun og Clarke (25). Analyseprosessen er beskrevet i tabell 2, og et eksempel fra analyseprosessen er presentert i tabell 3.

Tabell 2. Beskrivelse av analysen

Steg 1: Bli kjent med datamaterialet	Først leste vi gjennom transkripsjonene (totalt 70 sider) for å bli kjent med innholdet. GB og EH leste hele datamaterialet, ÅB og CFA leste et utvalg av transkripsjonene.
Steg 2: Utvikle initiale koder	GB og EH kodet relevante tekstutdrag hver for seg. Alle forfatterne møttes og diskuterte kodene.
Steg 3: Lete etter temaer ved å sammenstille koder	Vi identifiserte gjentakende mønstre på tvers av intervjuene og utviklet 23 kandidattemaer (candidate themes).
Steg 4: Gå gjennom kandidattemaene kritisk	GB og EH leste gjennom transkripsjonene på nytt for å sikre at kandidattemaene fanget essensen i materialet. Flere temaer ble slått sammen, noe ble lagt til, og noe tatt bort. I denne prosessen var det flere runder med diskusjoner mellom alle de fire forfatterne.
Steg 5: Definere og navngi temaer og undertemaer	Alle forfatterne møttes, og vi videreutviklet kandidattemaene til temaer og undertemaer. Vi brukte tankekart for å synliggjøre sammenhenger mellom temaene.
Steg 6: Skrive frem resultatene	Gjennom en iterativ prosess mellom koder, kandidattemaer, undertemaer og temaer utviklet vi den analytiske teksten (revisiting themes). Vi gjorde også enkelte justeringer, slik at det gjensto to temaer og fire undertemaer. Vi har hatt regelmessige møter gjennom hele analyseprosessen der vi har diskutert funn. Vi er alle sykepleiere, og to av oss har bakgrunn fra hjemmesykepleien. Vår forforståelse har blitt tydelig utfordret i møte med dataene og diskusjoner mellom alle forfatterne. For å vise transparens har vi brukt sitater som illustrerer temaene. Studien rapporteres i henhold til COREQ (35).

Forkortelser: CFA = Caroline Farsjø Aure, EH = Elena Henriksen, GB = Gunhild Sika Bryld, ÅB = Ådel Bergland

Tabell 3. Utdrag fra analyseprosessen

Tekstutdrag	Kode	Kandidattema	Undertema	Tema
«Nei altså, vi har jo et ansvar overfor brukerne i kommunen, at det skal være forsvarlig hjelp. Men samtidig har vi også et ansvar overfor pengene som forvaltes i kommunen» (saksbehandler 5).	Trang økonomi Forsvarlig hjelp	De økonomiske rammene er for lite fleksible	Rammevilkår og helsefaglig kompetanse påvirker mulighetene for å sikre forsvarlig helsehjelp til svake etterspørrere	Svake etterspørreres sårbarhet forsterkes i møte med systemets rammevilkår
«Og i forhold til at hjemmesykepleien nå i stor grad har ufaglærte, så gjør det det enda mer sårbart fordi det er vanskelig å vite om de alltid ser eller har det kliniske blikket til å se de utfordringene som kanskje en fagperson har da» (sykepleier 1).	Viktig med rett kompetanse Bruk av ufaglært arbeidskraft	Helsehjelpen påvirkes av kompetansen til helsepersonellet som er til stede i øyeblikket		
«Og i forhold til informasjon så opplever jeg ofte at det er en gruppe som må ha veldig tilrettelagt informasjon» (sykepleier 1).	Krav til informasjon Pasientgruppen har behov for tilrettelagt informasjon	Informasjon må tilpasses den enkeltes behov	Mangel på informasjonsflyt er en barriere for bruker-medvirkning	

Etiske vurderinger

Forskningsprosjektet ble meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 410574). Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og signerte et skriftlig samtykke før intervjuet ble gjennomført. Dataene ble oppbevart i henhold til retningslinjer fra Sikt og Lovisenberg diakonale høgskole.

Resultater

Analysen resulterte i to temaer som beskriver utfordringer saksbehandlere og sykepleiere i hjemmesykepleien erfarte med å sikre forsvarlig helsehjelp til SE (tabell 4). Deltakerne omtales som *informanter* videre i artikkelen når erfaringene fra begge gruppene beskrives, og som *sykepleiere* og *saksbehandlere* når erfaringene er ulike.

Tabell 4. Oversikt over temaer og undertemaer

Tema	Undertema
Kolliderende perspektiver på tjenestebehov	Svake etterspørrere lever lenge med sykdom og funksjonsnedsettelse uten å motta hjemmetjenester
	Utfordringer i samarbeidet med pårørende
Svake etterspørreres sårbarhet forsterkes i møte med systemets rammevilkår	Rammevilkår og helsefaglig kompetanse påvirker mulighetene for å sikre forsvarlig helsehjelp til svake etterspørrere
	Mangel på informasjonsflyt er en barriere for brukermedvirkning

Informantene beskrev at skrøpelige eldre, ensomme personer uten nettverk, personer med kognitiv svikt, slagpasienter uten språk og personer innen rus og psykiatri kunne være SE. I tillegg beskrev informantene at personer med annen religiøs, kulturell eller språklig bakgrunn kunne være SE. Informantene beskrev de samme utfordringene med å sikre SE forsvarlig helsehjelp, men det var ulike nyanser på grunn av ulike roller i tjenestene.

Saksbehandlerne hadde utfordringer i møte med nye tjenestemottakere, mens sykepleierne i hjemmetjenesten også erfarte å ha utfordringer i møte med personer som mottok tjenester fra før.

Kolliderende perspektiver på tjenestebehov

Svake etterspørrere lever lenge med sykdom og funksjonsnedsettelse uten å motta hjemmetjenester

Saksbehandlerne beskrev at det i første omgang kunne være utfordrende å komme i kontakt med SE, spesielt aleneboende eldre uten sosialt nettverk. Denne gruppen eldre er vant til å klare seg selv, og alle informantene erfarte at de ofte ikke selv erkjente et behov for helsehjelp. Saksbehandler 4 fortalte:

«Grunnen til at noen av disse skrøpelige eldre ikke tar kontakt, vil jeg tro er at de ikke selv innser og anerkjenner at de har et hjelpebehov. At man sakte, men sikkert går der med veldig lite stimuli, ingen til å gi respons på at nå har du ikke skiftet klær, du har ikke vasket deg.»

Slik sitatet viser, erfarte informantene at noen eldre levde lenge med sykdom og funksjonsnedsettelse uten at det ble fanget opp av helsetjenesten, og at omsorgsbehovet derfor kunne bli stort før de fikk helsetjenester.

Personer med kognitive, psykiske og rusrelaterte utfordringer ble trukket frem som spesielt utfordrende å oppnå en felles forståelse med. Når tjenestemottakerens og helsepersonellens oppfatning av behovet for helsetjenester kolliderte, beskrev informantene det som utfordrende å følge opp personen på en tilfredsstillende måte for å sikre forsvarlig helsehjelp. Flere

saksbehandlere påpekte at så lenge personen er vurdert som samtykkekompetent, kan ikke helsepersonell sette i gang tiltak uten personens samtykke.

Sykepleierne understreket hvor viktig det er å jobbe med motiverende og tillitsskapende tiltak i møte med SE som lett sier fra seg hjemmetjenester som helsepersonell vurderer at de har behov for. Sykepleierne fremhevet at de må balansere mellom å respektere personens samtykke og ikke gi opp ved første tegn til avvisning. Sykepleier 1 fortalte:

«Egentlig veldig stort ansvar, for det er kanskje ingen som ser dem på fire måneder. Kun oss. Så hvis man da ikke catcher det, så kan det få veldig katastrofale følger.»

Alle informantene beskrev at de kjente på et stort ansvar, både personlig og profesjonelt, for å identifisere personens behov for helsehjelp.

Utfordringer i samarbeidet med pårørende

Informantene understreket at pårørende i all hovedsak var en ressurs ved å etterspørre hjemmetjenester på vegne av sine ektefeller, foreldre eller andre nærstående. Men informantene hadde også erfart at en person kunne bli SE fordi pårørende ikke ønsket tjenester i hjemmet. Sykepleier 6 beskrev hvordan en pårørende motsatte seg hjelp til sin ektemann:

«Jeg tror han selv forstår at han trenger den hjelpen som vi tilbyr ham, men hans ektefelle ønsker oss ikke der.»

Informantene uttrykte frustrasjon over at det ofte måtte et fall eller en sykehusinnleggelse til før de fikk hjelpe personer hvis pårørende begrenset tilgangen til hjemmetjenester. Informantene pekte på at tidligere hjelp kunne ha forebygget alvorlige hendelser som ofte førte til et mer omfattende hjelpebehov.

Svake etterspørres sårbarhet forsterkes i møte med systemets rammevilkår

Rammevilkår og helsefaglig kompetanse påvirker mulighetene for å sikre forsvarlig helsehjelp til svake etterspørre

Å komme i posisjon til å hjelpe SE krever både fleksible tidsrammer og helsefaglig kompetanse, argumenterte informantene. Flere av sykepleierne ga uttrykk for frustrasjon fordi hjelpebehovene de identifiserte, ikke var i samsvar med tiden de hadde til rådighet. Sykepleier 3 fortalte:

«Tidsperspektivet man har da – hvis jeg har dårlig tid, så kan det jo være at jeg ikke spør mer, jeg stopper spørsmålene mine her. Fordi jeg ser selv at jeg må videre. Jeg håper at du ikke ber om noe mer nå, for jeg har egentlig ikke tid til å møte det jeg egentlig ser, eller vet, at du har behov for.»

Saksbehandlerne ga også uttrykk for at rammevilkårene i kommunen preget tildelingen av hjemmetjenester. Saksbehandler 4 sa:

«Kommunens ressurser må bli brukt riktig. Så vi skal ikke begynne for tidlig å gå hjem til folk og gjøre dem avhengig av et hjelpeapparat. Så det der er jo en balansegang. Og det er jo mye forebygging også, i det å fange dem opp tidlig.»

Informantene beskrev altså utfordringer med å balansere mellom å ivareta personens selvstendighet og å forebygge funksjonsfall ved tidlig intervensjon.

Informantene mente at nivået av helsefaglig kompetanse påvirket mulighetene for å sikre forsvarlig helsehjelp til SE. Flere av sykepleierne i hjemmetjenesten ga uttrykk for utrygghet ved å skulle delegere oppgaver til ufaglærte. Sykepleierne beskrev flere eksempler på at ufaglærte godtok at SE avviste helsehjelp, uten å forstå bakgrunnen for at helsehjelpen var tildelt, eller hvilke konsekvenser manglende helsehjelp kunne medføre.

I tillegg ga sykepleierne uttrykk for at mangelfull helsefaglig kompetanse hos ufaglærte kunne gjøre det utfordrende å fange opp endringer i personers helsetilstand eller hjelpebehov. Sykepleier 1 uttrykte det slik:

«Det er enda mer sårbart, fordi det er vanskelig å vite om de alltid ser, eller har det kliniske blikket til å se de utfordringene som kanskje en fagperson har.»

Sitatet understreker sykepleiernes budskap om at det i møte med SE stilles spesielle krav til helsepersonells kompetanse, kliniske blikk og kommunikasjonsferdigheter.

Mangel på informasjonsflyt er en barriere for brukervedvirkning

Informantene opplevde at informasjonsdeling med personer som mottok hjemmetjenester, i for liten grad var systematisert. Manglende rutiner for informasjonsdeling resulterte i at informantene informerte lite, og at informasjonen sjelden ble tilpasset behovene til SE. Informantene pekte på at enkelte får enda dårligere tilgang til informasjon fordi mye informasjon kun er tilgjengelig digitalt. Informantene hadde erfaring med at SE ofte manglet digital kompetanse og tilgang til digitale hjelpemidler. Saksbehandler 1 utdypet dette:

«Så jeg tenker jo det, at fordi vi digitaliserer alt, så gjør vi dem enda svakere enn det de egentlig er. For de klarer ikke å innhente informasjon som de egentlig er i behov av.»

Eldre som ikke har pårørende som kan bistå med å navigere digitalt, er ekstra utsatte for å gå glipp av viktig informasjon om tjenestetilbudet i kommunen, mente informantene.

Diskusjon

Hensikten med studien var å utforske hvilke utfordringer saksbehandlere og sykepleiere i hjemmetjenesten erfarte i arbeidet med å sikre forsvarlig helsehjelp til personer som ikke etterspør tjenester selv. Både saksbehandlere og sykepleiere i hjemmetjenesten kan forstås som *bakkebyråkrater* som skal forvalte politiske idealer og målsettinger i direkte møter med

enkelpersoner (12). Bakkebyråkratenes hverdag preges av prioriteringer og kontinuerlige skjønnsmessige vurderinger basert på helsepolitiske mål og myndighetsdirektiver (13).

Saksbehandlerne i studien vektla hvordan tildelingen av helsetjenester til SE ble påvirket av rammevilkår i kommunen. Sykepleierne på sin side erfarte at de måtte gjøre prioriteringer i det daglige i møte med SE fordi hjelpebehovene de identifiserte, ikke var i samsvar med tiden de hadde til rådighet. Dette er i tråd med tidligere studier, som viser at ressursene til kommunene ikke samsvarer med oppgavene de har fått etter oppgaveforskyvningen fra sykehus til kommune, og en aldrende befolkning med mer komplekse hjelpebehov (26, 27).

I dette landskapet kan helsepersonell oppleve at faglige idealer og profesjonelle verdier utfordres av tidspress og økonomiske begrensninger (28–30), slik studien vår også viser. Vi ser at det ofte var tilfeldig at behovene til SE ble fanget opp. I tillegg erfarte informantene at SE selv ikke alltid anså helsehjelpen som nødvendig.

For informantene var det utfordrende å balansere mellom den faglige vurderingen av hva de mente var forsvarlig helsehjelp, og verdier som autonomi og medbestemmelsesrett. Informantene pekte også på at dette hindret muligheten for tidlig intervensjon og forebygging. Oppsøkende virksomhet i form av forebyggende hjemmebesøk kan gjøre det mulig å identifisere personer med behov for helsetjenester tidligere (31).

Forebyggende besøk kan gi helsepersonell mulighet til å gi informasjon, etablere tillit og bygge relasjoner, noe denne studien peker på som spesielt viktig hos SE. Forebyggende besøk blir imidlertid ofte nedprioritert ved stramme kommunebudsjetter fordi tjenesten ikke er lovpålagt (31). En slik prioritering skaper spenninger mellom idealet om tidlig innsats og realiteten i tjenesteutøvelsen.

Studien vår indikerer at SE kan havne i en gråsonen når prioriteringer skal gjøres, fordi de ikke er hjelpetrengende nok til å bli prioritert etter alvorlighetskriteriet. De har heller ikke tilstrekkelig rehabiliteringspotensial til å kvalifisere for forebyggende tiltak som kan redusere fremtidig funksjonstap basert på nytteprinsippet (2).

Digitalisering kan gjøre det vanskeligere å få tilgang til og bruke helsetjenester

Tidligere studier har vist at det er en kompleks prosess å navigere i helsetjenesten, og man må hele tiden forholde seg til ny informasjon og ta aktive valg (18). I tillegg er digital kompetanse essensielt for å kunne tilegne seg informasjon og ta aktive valg knyttet til helsetjenester (32, 33).

Resultatene i denne studien kan indikere at systemet i dag diskriminerer SE fordi det er for komplekst for dem å navigere i systemet. En konsekvens av manglende tilgang til informasjon for SE kan bli at de ikke får lik tilgang til helsehjelp som andre, spesielt når heller ikke sosialt nettverk eller andre instanser identifiserer hjelpebehovet deres. Også andre studier har vist at

personer uten pårørende som bistår dem med å navigere i helsetjenesten, står i fare for å motta færre helsetjenester enn andre pasienter (17, 20, 34).

Når SE har redusert tilgang til helsehjelp, utfordres myndighetenes målsetting om å sikre likeverdige helsetjenester til hele befolkningen, og den nasjonale satsingen på å ivareta innbyggere med størst behov blir derfor særlig viktig for denne gruppen (1).

Resultatene kan peke mot at SE trenger mer tilrettelagte tjenester enn andre personer. De kan ha større behov for oppsøkende tjenester, for eksempel forebyggende hjemmebesøk, som kan tilby mer målrettet og tilpasset informasjon. For at man skal klare å skape tillit mellom SE og helsepersonell, er det av stor betydning at helsepersonell har kompetanse til å gjøre gode vurderinger og behersker tillitsskapende kommunikasjon.

Studiens styrker og begrensninger

En styrke ved studien er at både sykepleiere og saksbehandlere var inkludert. Det bidro til et mer helhetlig bilde av utfordringene med å sikre tilgang til forsvarlige helsetjenester. En svakhet er at erfaringene til SE og deres pårørende ikke var inkludert. Det var relativt få informanter, noe som kan anses som en svakhet, men i intervjuene erfarte vi at informantene hadde god kjennskap til feltet og tematikken og ga utfyllende beskrivelser (24).

En annen styrke ved studien er datainnsamlingsmetoden: individuelle semistrukturerte intervjuer. Det ga informantene mulighet for å reflektere åpent og sette ord på egne opplevelser og erfaringer. Det kan anses som en svakhet at lengden på intervjuene varierte (25–50 minutter).

Intervjuene som ble gjennomført digitalt, varte kortest. Det kan skyldes dårligere interaksjon digitalt. Den digitale gjennomføringen kan ha medført at informantene ikke fikk formidlet og utdypet erfaringene sine godt nok. Likevel sikret bruk av intervjuguide at alle informantene belyste tematikken fra flere perspektiver, og dermed ble resultatet et rikt datamateriale (24).

Konklusjon

Studiens hensikt var å utforske hvilke utfordringer saksbehandlere og sykepleiere i hjemmetjenesten erfarer i arbeidet med å sikre forsvarlig helsehjelp til SE. Vi fant at saksbehandlerne og sykepleierne kan forstås som bakkebyråkrater som i møte med SE må gjøre prioriteringer ved å veie opp enkeltpersoners behov for forsvarlig helsehjelp mot kommunens totale ressurser og myndighetenes krav og idealer. Saksbehandlerne var særlig opptatt av å fordele kommunens totale ressurser mest mulig rettferdig og sikre tjenester på lavest mulig omsorgsnivå.

Sykepleierne måtte daglig prioritere i møte med SE fordi behovene de avdekket, oversteg tiden de hadde til rådighet. I møte med SE trengs helsefaglig kompetanse som, gjennom god kommunikasjon og samhandling, kan balansere SEs autonomi opp mot behovet for helsehjelp. Det er viktig å være oppmerksom på at økende grad av digitalisering gjør det vanskelig for SE å orientere seg i kommunens tilbud om tjenester på egen hånd.

Gunhild Sika Bryld og Elena Henriksen har delt førsteforfatterskap.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



MANGE MANGLER PÅRØRENDE: Det kan være utfordrende for helsepersonell å komme i kontakt med såkalte svake etterspørre, spesielt aleneboende eldre uten sosialt nettverk. De er vant til å klare seg selv uten å innse at de har behov for helsehjelp. *Illustrasjonsfoto: natasaelena / Shutterstock / NTB*

1. Meld. St. 21 (2024–2025). Helse for alle: rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2025 [hentet 21. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-21-20242025/id3096827/>
2. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2025 [oppdatert 10. april 2025; hentet 12. desember 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>
3. Meld. St. 24 (2021–2022). Fellesskap og meistring: bu trygt heime [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2022 [hentet 10. desember 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/?ch=1>
4. Hellesø R, Rostad HM, Fagertun A, Førland O, Skinner MS, Sundsbø AO, et al. Prioriteringslandskapet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i et

velferdsstatsperspektiv. Tidsskr Omsorgsforsk. 2024;(2):46–64. DOI: [10.18261/tfo.10.2.5](https://doi.org/10.18261/tfo.10.2.5)

5. Norsk Sykepleierforbund. Faglig forsvarlighet [internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2022 [hentet 26. juni 2025]. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-11/Faglig_forsvarlighet_2022.pdf
6. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [hentet 23. mars 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
7. Tønnessen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie. Sykepleien Forsk. 2012;7(3):280–5. DOI: [10.4220/sykepleienf.2012.0134](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0134)
8. Pedersen AKB, Skinner MS, Sogstad M. Needs assessment in long-term care: expression of national principles for priority setting in service allocation. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):530. DOI: [10.1186/s12913-024-10889-1](https://doi.org/10.1186/s12913-024-10889-1)
9. Øydgard GW. Sammen i omsorgens ressursdilemma? Betydning av samarbeidsrelasjoner i bestiller–utfører-modeller. I: Mot bedre samarbeid? Betragtninger fra studier av norske velferdstjenester. Oslo: Universitetsforlaget; 2022. s. 138–55. DOI: [10.18261/9788215045030-2022-09](https://doi.org/10.18261/9788215045030-2022-09)
10. Brenne BA, Hedlund M, Ingstad K. Nurses' professional discretion in the purchaser-provider split in home care in Norway. J Adv Nurs. 2024;80(2):612–27. DOI: [10.1111/jan.15828](https://doi.org/10.1111/jan.15828)
11. Hertzberg CK, Heggstad AKT, Magelssen M. Blurred lines: ethical challenges related to autonomy in home-based care. Nurs Ethics. 2024;31(6):1156–71. DOI: [10.1177/09697330231215951](https://doi.org/10.1177/09697330231215951)
12. Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service. 3. utg. New York, NY: Russell Sage Foundation; 2010.
13. Vabø M. Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk. I: Velferdens organisering. Oslo: Universitetsforlaget; 2014. s. 29–46.
14. Hansen A. Managing the psychosocial needs of older home-dwelling persons with dementia – from the perspective of health care professionals [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2019.
15. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 1. april 2015 [oppdatert 8. mai 2025; hentet 24. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
16. Hauan M, Kvigne K, Alteren J. Fremtidens helse- og omsorgstjenester fra et hverdagsmestringsperspektiv: en begrepsanalyse av hverdagsmestring i politiske dokumenter. Klin Sykepleje. 2021;35(4):289–303. DOI: [10.18261/issn.1903-2285-2021-04-03](https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-04-03)

17. Heggstad AKT, Førde R. Is allocation of nursing home placement in Norway just? Scand J Caring Sci. 2020;34(4):871–9. DOI: [10.1111/scs.12792](https://doi.org/10.1111/scs.12792)
18. Kumlin M, Berg GV, Kvigne K, Hellesø R. Elderly patients with complex health problems in the care trajectory: a qualitative case study. BMC Health Serv Res. 2020;20:1–10. DOI: [10.1186/s12913-020-05437-6](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05437-6)
19. Tønnessen S, Solvoll BA, Brinchmann BS. Ethical challenges related to next of kin-nursing staffs' perspective. Nurs Ethics. 2016;23(7):804–14.
20. Syse A, Artamonova A, Thomas M, Veenstra M. Do characteristics of family members influence older persons' transition to long-term healthcare services? BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1–13. DOI: [10.1186/s12913-022-07745-5](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07745-5)
21. Abelsen B, Evenstad Ø, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland H, et al. Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: statusrapport III [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2021 [hentet 26. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d6a2b553763d42d7a9e9d98b1b786630/pht-statusrapport-januar-2020.pdf>
22. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 23. februar 2024; hentet 23. mars 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
23. Øversveen E, Rydland HT, Øversveen E. Sosial ulikhet i helse: en samfunnsvitenskapelig innføring. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11 utg. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
25. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. London: SAGE Publications Ltd; 2021.
26. Førland O, Skutle O, Alvsvåg H, Hjelle KM. Ambisjoner og realiteter i kommunenes prioriteringer av helse- og omsorgstjenester – en casestudie fra tre norske kommuner. Tidsskr Velferdsforsk. 2021;(4):19–34. DOI: [10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02](https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-04-02)
27. Gautun H, Syse A. Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. Nord J Soc Res. 2017;8(1):1–17. DOI: [10.7577/njsr.2204](https://doi.org/10.7577/njsr.2204)
28. Hauan M, Kvigne K, Alteren J. Nurse manager's responsibilities in creating supportive working conditions post implementation of everyday coping: a hermeneutic research study of district nurses' experiences. Nurs Res Pract. 2024;2024(1):1089785. DOI: [10.1155/2024/1089785](https://doi.org/10.1155/2024/1089785)
29. Sundsbø AO. Vi er ingen selskapsdamer: førstelinjeansattes legitimering av nedprioritering av omsorg i hjemmetjenestene. Tidsskr Omsorgsforsk. 2024;(2):156–75. DOI:

30. Haukelien H. Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten. Norsk Antropol Tidsskr. 2021;32(3–4):179–95. DOI: [10.18261/issn.1504-2898-2021-03-04-06](#)
31. Bogsti WB, Sveen S, Sogstad MKR, Norbye B. Forebyggende hjemmebesøk: legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg? Sykepleien. 2020;108(80324):e-80324. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2020.80324](#)
32. Midtgård TM, Sand K, Thun S. Digital ekskludering i Norge. I: Rolstadås A, Krokan A, Dahle Øien GE, Rolfsen M, Sand G, Syse H, et al., red. Den digitale hverdagen. Trondheim: Norges Tekniske Vitenskapsakademi; 2021. s. 241–50.
33. Palumbo R, Nicola C, Adinolfi P. Addressing health literacy in the digital domain: insights from a literature review. Kybernetes. 2022;51(13):82–97. DOI: [10.1108/K-07-2021-0547](#)
34. Kröger T, Puthenparambil JM, Van Aerschot L. Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. Int J Care Caring. 2019;3(4):485–500. DOI: [10.1332/239788219X15641291564296](#)
35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](#)