

# RAPPORT

## Hvordan har hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen?

### Forfattere

Karianne Røssummoen Øyen

Hilde G. Corneliusen

Olivia Sissil Sunde

Elisabeth Mittenmeier


Geir Liavåg Strand

Marit Solheim

Siri Ytrehus

R-Nr 1/2015



<b>TITTEL</b> Hvordan har hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen?	<b>RAPPORTNR.</b> Rapport nr. 1/2015	<b>DATO</b> 1/1-2015
<b>PROSJEKTTITTEL</b> Hvordan har hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen?	<b>TILGJENGE</b>	<b>TAL SIDER</b> 189 sider
<b>FORFATTAR</b> Karianne Røssummoen Øyen, Hilde G. Corneliussen Olivia Sissil Sunde, Elisabeth Mittenmeier, Geir Liavåg Strand, Marit Solheim, Siri Ytrehus	<b>PROSJEKTLEIAR/-ANSVARLEG</b> Siri Ytrehus	
<b>OPPDRAGSGJEVAR</b> Sogn og Fjordane fylkeskommune	<b>EMNEORD</b> Hjemmetjenestene Sogn og Fjordane Samhandlingsreformen	
<b>SAMANDRAG / SUMMARY</b> <p>På oppdrag fra Sogn og Fjordane fylkeskommune, har Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Sogn og Fjordane (HiSF) og Vestlandsforskning (VF) gjennomført en undersøkelse av hjemmetjenestene rettet mot eldre i Sogn og Fjordane etter samhandlingsreformen. Hensikten har vært å framskaffe kunnskap om kompetanseutvikling og hjemmetjenestens samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale institusjoner. Rapporten baserer seg på resultater fra en intervjuundersøkelse og en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten i kommuner i Sogn og Fjordane og en intervjuundersøkelse med pårørende til eldre hjelpetrequende.</p>		
<b>PRIS</b>	<b>ISSN</b> <b>0806-1688</b>	<b>ANSVARLEG SIGNATUR</b>  
<b>ISBN</b> ISBN 978-82-466-0134-2		

## Innhold

Forord .....	3
Sammendrag .....	5
Hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen .....	5
Samhandling mellom hjemmetjenesten og sykehusene .....	9
Kommuneintern samhandling .....	12
Velferdsteknologi og IKT i hjemmetjenesten .....	14
Kompetanse i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen .....	17
Ansattes vurdering av samarbeid med familien .....	19
Samhandlingsreformen – de pårørendes perspektiv .....	21
Kapittel 1. Innledning .....	24
Kapittel 2. Metode .....	27
Delstudie 1. Samtaleintervju med ansatte i hjemmetjenesten .....	27
Delstudie 2. Spørreskjemaundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten .....	29
Kapittel 3. Hjemmetjenesten .....	35
3.1 Organisering .....	37
3.2. Arbeidssituasjon og nye oppgaver .....	38
3.3 En travlere arbeidshverdag .....	42
3.4 Prioriterte arbeidsområder i hjemmetjenesten .....	47
3.5 Reisetid og vurdering av trygghet .....	49
3.6 Sammendrag .....	51
Kapittel 4. Samhandling med sykehusene .....	56
4.1 Endring i rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten .....	57
4.1.1 Kommunenes rutiner for samarbeid med sykehusene .....	61
4.1.2 Helseforetakenes rutiner for samarbeid med kommunene .....	65
4.2 Polikliniske tjenester .....	69
4.3 Brukerreise .....	70
4.4 Sammendrag .....	72
Kapittel 5. Kommuneintern samhandling .....	77
5.1 Endringer i retningslinjer for kommuneinternt samarbeid .....	79
5.2 Tverrfaglig samarbeid og individuell plan .....	80
5.3 Samarbeid med sykehjemmene .....	83
5.4 Hjelpemidler .....	85

5.5 Samarbeid med fastleger og vaktleger.....	87
5.6 Sammendrag .....	91
Kapittel 6. IKT og velferdsteknologi i hjemmetjenesten .....	94
6.1 Kunnskap om IKT og velferdsteknologiske løsninger i bruk .....	95
6.2 Holdninger til bruk av velferdsteknologiske eller IKT-baserte løsninger i hjemmetjenesten .....	97
6.3 Opplæring.....	100
6.4 Pasient og pårørende .....	102
6.5 Elektronisk meldingsutveksling .....	103
6.6 Sammendrag .....	109
Kapittel 7. Kompetanse i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen .....	113
7.1 Videreutdanning.....	115
7.2 Kursing.....	116
7.3 Vurdering av fagkompetanse etter samhandlingsreformen.....	118
7.4 Kompetansestatus for ulike sentrale fagområder i eldreomsorgen .....	121
7.5 Samarbeid med ulike læringsnettverk .....	123
7.6 Hospitering .....	124
7.7 Bruk av ulike kunnskapskilder .....	125
7.8 Sammendrag .....	126
Kapittel 8. Ansattes vurdering av samarbeid med familien .....	129
8.1 Pårørendes bidrag og rolle .....	130
8.2 Opplæring i pårørendearbeid.....	132
8.3 Frivilliges innsats.....	133
8.4 Sammendrag .....	134
Kapittel 9. Samhandlingsreformen og pårørende.....	137
9.1 Pårørendeperspektiv på samhandlingsreformen.....	137
9.2 Metode .....	138
9.2.1 Informantutvalg.....	138
9.2.2 Forskningsspørsmål .....	139
9.3 Pårørendeerfaringer i Sogn og Fjordane .....	141
9.3.1 Åtte historier om samhandling mellom eldre, pårørende og kommunal pleie- og omsorgstjenester.....	141
9.4 Pårørende som yter mye hjelp.....	144
9.5 Pårørende som yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp .....	148
9.6 Pårørende som yter lite eller ingen hjelp.....	153

9.7 Omsorgsansvar flytter med brukeren .....	158
9.8 Tema på tvers .....	160
9.9 Samhandling – sømløs integrasjon? .....	166
9.10 Sammendrag. ....	168
Veien videre – områder for forbedringer i hjemmetjenesten .....	171
Litteratur.....	180
Appendiks.....	186

## Forord

Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Sogn og Fjordane (HiSF) og Vestlandsforskning (VF) har, på oppdrag fra Sogn og Fjordane fylkeskommune, gjennomført en undersøkelse av hjemmetjenestene i Sogn og Fjordane etter samhandlingsreformen. Hensikten har vært å framskaffe kunnskap om kompetanseutvikling og hjemmetjenestens samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale institusjoner.

Vi vil takke kommunalsjefgruppen i de kommunene i Nordfjord-regionen som var sentrale i oppstarten av prosjektet, og som har gitt viktige kommentarer til prosjektet underveis. Gruppen har bestått av Kari Krogh (kommunalsjef omsorg i Eid kommune), Jeanette Jensen (kommunalsjef helse og omsorg i Vågsøy kommune), Åse Elin Hole (kommunalsjef helse og omsorg i Selje kommune), Ragnhild Eimhjellen (helse- og omsorgssjef i Gloppen kommune), Berit Wetlesen (helse- og sosialsjef i Stryn kommune) og Ragnhild Aarflot Kalland (enhetsleder i Hornindal kommune).

Vi vil også takke prosjektets referansegruppe, som har gitt oss viktige innspill. Referansegruppen har bestått av Anne-Lene Norman (seniorrådgiver i Sogn og Fjordane fylkeskommune), Vidar Roseth (samhandlingssjef i Helse Førde HF), Ivar Petter Grøtten (forskningsleder hos Vestlandsforskning), Ragnhild Eimhjellen (helse- og omsorgssjef i Gloppen kommune), Kari Krogh (kommunalsjef i Eid kommune) og Odd Arve Rakstad (rådmann i Leikanger kommune). En takk rettes også til alle kommunene som velvillig har stilt opp og gjort det mulig å gjennomføre disse undersøkelsene, og en ekstra takk går til alle rådmenn vi har vært i kontakt med i forkant og underveis i prosjektet, og som har vist stor velvilje og positiv interesse for prosjektet. Prosjektet har bestått av tre delprosjekt. Vi vil takke til ansatte i hjemmetjenestene for deltakelse i delprosjekt én og to, og pårørende for deltakelse i delprosjekt tre.

Geir Liavåg Strand (VF) og Karianne Røssummoen Øyen (HiSF) har hatt hovedansvaret for å utarbeide intervjuguiden, for å gjennomføre de kvalitative intervjuene med ansatte i hjemmetjenestene i delprosjekt én, og for å utarbeide spørreskjema til delprosjekt to. Marit Solheim (HiSF) har deltatt i dette arbeidet, både i utvikling av prosjektet, med utarbeiding av intervjuguide, gjennomføring av intervjuer og med utarbeiding av spørreskjemaet.

Geir Liavåg Strand har bidratt med innledende analyse av det kvalitative materialet (delprosjekt én) før han sluttet i prosjektet desember 2013.

Analyse av de kvalitative intervjuene er i hovedsak utført av Karianne Røssummoen Øyen (HiSF), og hun har hatt hovedansvaret for å følge opp spørreskjemaundersøkelsen og analysen av det kvantitative materialet (delprosjekt to). Karianne Røssummoen Øyen har hatt ansvar for kapittel én, tre, fire, fem og seks. Kapittel to, del én er skrevet av Karianne Røssummoen Øyen. Kapittel to, del to er skrevet av Oliva Sissil Sunde (masterstudent ved HiSF) med bidrag fra Karianne Røssummoen Øyen (HiSF). Elisabeth Mittermeier (masterstudent ved HiSF) har hatt ansvar for og skrevet kapittel sju. Oliva Sissil Sunde har hatt ansvar for og skrevet kapittel åtte. Karianne Røssummoen Øyen har rapportert det kvalitative materialet i kapittel sju og åtte. Delstudie tre, som er rapportert i kapittel ni, er utført av Hilde G. Corneliussen (VF) med noe bidrag fra Siri Ytrehus. Hilde G. Corneliussen har skrevet kapittelet.

Siri Ytrehus (HiSF) har vært prosjektleder for prosjektet.

## Sammendrag

Denne undersøkelsen baserer seg på resultater fra samtaleintervju med og spørreskjemaundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten i kommuner i Sogn og Fjordane, og handler om status for og tilpasninger i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen. Til sammen 19 ansatte i hjemmetjenesten i fire kommuner har deltatt på samtaleintervju og 152 ansatte i hjemmetjenesten fra 23 kommuner har svart på spørreundersøkelsen. Svarprosent var 27 prosent. Det er usikkerhet knyttet til generalisering av resultatene på grunn av lav svarprosent i den kvantitative studien. Bortfallsanalysen viste imidlertid lik representasjon av ansatte etter kommunestørrelse. I tillegg har kombinasjonen av kvantitative og kvalitative data bidratt til å styrke undersøkelsens samlede validitet. Analysene viste at det kvantitative materialet pekte i samme retning som det kvalitative materialet på flere områder, samtidig som det kvantitative materialet viste større variasjon enn det som kom fram i de kvalitative intervjuene.

## Hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen

Resultatene her viser at det har skjedd betydelige endringer i hjemmetjenestene. Som forventet kan ikke alle endringene knyttets til innføring av samhandlingsreformen. Flesteparten av endringene har skjedd over tid.

Det at flere pasienter i hjemmetjenesten har blitt sykere og har mer sammensatte tilstander, er noe som har skjedd over tid og kan dermed ikke først og fremst knyttes til innføring av samhandlingsreformen. Likevel kan denne undersøkelsen peke på områder der samhandlingsreformen har påvirket hjemmetjenestene.

Våre intervjuer viste at arbeidshverdagen hadde blitt mer hektisk etter innføringen av reformen på grunn av tidligere utskrivning fra sykehus. Dette viser også tallene for utskrivning fra sykehus i fylket. Antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter har endret seg betraktelig i Sogn og Fjordane etter at reformen ble innført. Tall fra Samhandlingsbarometeret viser at det totale antallet liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er endret fra 423 liggedøgn i 2012 til 104 i 2014 (per 01.12.14). Endring i betalingsordningen gjør at kommunen reagerer og tar imot pasienter. Samtidig skal det her påpekes at det er variasjoner mellom kommunene. Noen kommuner har et økt antall liggedøgn etter at reformen ble innført (Samhandlingsbarometeret, 2014). Dette er endringer som vil påvirke



ressurssituasjonen i hjemmetjenesten. I spørreskjemaundersøkelsen har opp mot 80 prosent oppgitt at det er behov for flere ansatte (svært stor / stor / noen grad).

Flere av deltakerne i den kvalitative studien beskrev at behandlingen av eldre nå ble avsluttet av hjemmetjenesten etter at de eldre kom hjem fra sykehuset. Hjemmetjenesten hadde tatt over behandlingen som før foregikk på sykehuset. I tråd med hva som også er framhevet i mange andre sammenhenger, la også deltakerne i vår undersøkelse vekt på at de måtte forholde seg til nye fagområder, skaffe seg ny kunnskap og utføre pleie og behandling til eldre som før ble gjort på sykehuset.

Heller ikke denne utviklingen ble bare knyttet til samhandlingsreformen. Det at hjemmesykepleien stadig hadde fått eldre pasienter med mer omfattende behandlingsbehov, var en utvikling som hadde skjedd over tid. Men samhandlingsreformen hadde befestet og samtidig skjerpet denne utviklingen. Nesten tre av fire oppgav at de gjør oppgaver som før ble utført av spesialisthelsetjenesten (svært stor / stor / noen grad). Nesten 70 prosent oppgav at det nå er større fokus på å behandle eldre i kommunen framfor at de skal på sykehus. Flere høgskoleutdannede enn helsefagutdannede opplever disse endringene, noe som ikke er overraskende gitt de oppgavene som følger med mer hjemmebehandling, og de behovene som eldre med omfattende helseproblemer kan ha. Vår undersøkelse viser at endringer ikke bare oppleves som negative. Ni av ti mener oppgavene har blitt mer interessante. Nesten ni av ti mener at oppgavene har blitt mer varierte, noe som også kan bety mer utbytterik arbeidshverdag.

I og med innføring av en bestiller/utfører-modell i kommunene er det blitt et skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteutøvelse. Dette er en modell som nå er i bruk i mange kommuner. Vår kvalitative studie viste at det var økende fokus på å få vedtak på tjenestene, og at dette var blitt mer synlig etter samhandlingsreformen. Denne modellen, der bestillertjenesten er skilt fra selve tjenesteutøvelsen, har vært omdiskutert. En innvending har handlet om at skillet mellom disse to tjenesteinstansene kan bli for stort og føre til at utførertjenestens mulighet til å tilpasse tjenesten til endringer i behov, blir begrenset (Busch & Vanebo, 2011; Fermann & Næss, 2010; Rostgaard m.fl., 2011; Vetlesen, 2010). Samtidig kan nærheten, spesielt i små kommuner muligens bidra til at skillet blir mindre (Wollscheid, Eriksen og Hallvik, 2014).

I samtaleintervjuene forteller sykepleiere om mange uforutsette oppgaver. I underkant av én av tre av respondentene i spørreskjemaundersøkelsen oppgir at de raskt kan tilpasse personressurser ved endring i pasientbehov i svært stor grad eller stor grad, og nesten halvparten oppgir at de kan gjøre dette i noen grad. Bare vel én av fem oppgir at de ikke kan gjøre dette.

I tillegg oppgir over halvparten at det nå etter samhandlingsreformen er mer vekt på fleksibilitet i arbeidsoppgavene i hjemmetjenesten. Bare 15 prosent svarer at dette ikke er tilfelle. Disse svarene tyder nettopp på at de ansatte bidrar til og føler ansvar for at det som skal gjøres, blir gjort, og at de tross en svært travel arbeidshverdag opplever at de har mulighet til å få til dette. Disse resultatene kan derfor indikere at bestiller/utfører-modellen ikke er til hinder for en fleksibel tjeneste.

Imidlertid er det relativt få som oppgir at samhandlingsreformen har medført «større selvstendighet for ansatte», «større mulighet til å tilpasse til de eldres behov», «mer fokus på å gi de ansatte større handlingsrom», eller «at det er lettere å tilby tjenester til det tidspunktet brukerne trenger hjelpen». Disse noe motstridende resultatene kan bety at de ansatte strekker seg langt og er fleksible for å møte de eldres behov, samtidig som de ikke selv opplever at deres handlingsrom er forbedret i vesentlig grad i form av ressurser for å gjøre dette.

Likeså viser vår undersøkelse også stor evne til tilpasning i form av samarbeid mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne, der oppgaveforskyvning fra sykepleierne til helsefagarbeiderne skjer i stor grad når uforutsette hendelser oppstår, til tross for at forskyvningen fører til merbelastning for helsefagarbeiderne. Det vil si at oppgaveforskyvning også skjer internt i kommunene – ikke bare fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at 26 prosent oppgir at de i stor grad eller svært stor grad gjør oppgaver som før ble gjort av andre yrkesgrupper. Slike oppgaveforskyvninger viser et avhengighetsforhold mellom profesjoner, noe som er beskrevet i mange sammenhenger.

Hughes beskriver et gjensidig avhengighetsforhold og organisasjonen som avgjørende for profesjonenes eksistens: «*No organization, no job. No other people, no work for me.*»

(Hughes, 1951). Ved oppgaveforskyvning kan det være at arbeidsoppgaver som blir oppfattet som enkle og preget av rutine, er oppgaver som profesjoner ønsker å kvitte seg med. Slike rutinemessige oppgaver sklir dermed ofte over til de som står lavere på rangstigen (Abbott,

1988). Her har vi sett i samtaleintervjuene at nye oppgaver som helsefagarbeiderne må overta, kan oppleves som krevende, og at de kan føle at de mangler kompetanse til å skulle utføre disse.

I spørreskjemaundersøkelsen svarer 68 prosent bekreftende på at oppgavene har blitt vanskeligere (svært stor / stor / noen grad), noe som kan uttrykke et behov opplæring og mer kunnskap. Likeså viser vår undersøkelse at bare i underkant av én av ti oppgir at de i svært stor grad eller stor grad kan tilpasse kompetansen til eldres behov. 40 prosent oppgir at det er mulig i noen grad, mens over halvparten mener at de ikke kan gjøre dette.

Vår kvalitative studie viste at de med kortest arbeidserfaring fra hjemmetjenesten opplevde det som ekstra utfordrende når nye oppgaver kommer på. Arbeidstakere med lang erfaring vil i større grad ha bygd opp erfaring og kompetanse til å kunne håndtere ulike uventede situasjoner på en annen måte enn det nyutdannede vil ha. Dette viser også resultater fra spørreskjemaundersøkelsen. Det er betydelig flere av de med lang erfaring fra hjemmetjenesten sammenlignet med de med kortere erfaring som evner å endre rutiner etter som de eldres behov endrer seg.

Nye oppgaver og nye krav til fagkompetanse for kommunene kan kreve nye organisasjonsformer. Hjemmetjenesten i kommunene inndeles ofte i distrikt eller soner som har spesifikke ansatte tilknyttet seg. Spørreskjemaundersøkelsen viser en tendens til større soner i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen. En årsak til dette kan være at større soner gir mulighet til å utnytte den helhetlige kompetansen på en bedre måte enn det mindre soner tillater. Likeså viser våre resultater at geografiske hensyn spiller en større rolle i organiseringen etter samhandlingsreformen. To av fire oppgaver at hjemmetjenesten nå etter samhandlingsreformen var organisert etter geografiske hensyn (i stor grad / svært stor grad / noen grad). Årsaken til det kan også være et ønske om bedre utnyttelse av fagkompetansen.

Resultatene viser at spesifikke fagteam ikke er brukt i større grad enn før etter samhandlingsreformen. Dette er et litt overraskende resultat. Samhandlingsreformen forutsetter tilstrekkelig fagkompetanse, noe som tjenesteorganiseringen kan bidra til å fremme. Det å organisere tilbudet i team der ulike fagkompetanser er representert, kan være et bidrag til å sikre at eldre får den hjelpen de skal ha.

Lange avstander kan være et problem for eldre i distriktskommuner. Tre av fem av deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen svarte at det har vært en utvikling mot mer tjenester til eldre som bor sentralt i kommunene. Det kunne være rimelig å forvente at denne utviklingen ble påskyndet av innføring av samhandlingsreformen på grunn av økt behov for kompetanse og spesialiserte tjenester til de eldre. Det var imidlertid bare 6 prosent som mente at det at eldre fikk mer hjelp dersom de bodde i sentrum av kommunen, var et resultat av at reformen ble innført. De fleste mente at dette var en utvikling som hadde skjedd over tid. Vår studie tyder på noe mer bruk av teknologiske hjelpemidler for eldre som bor i perifere strøk etter innføring av samhandlingsreformen. Vel én av tre mener det er mer bruk av dette. Bare en av fire oppgir at dette ikke er tilfelle. Få av de ansatte vurderer imidlertid reisetiden som belastende.

### **Samhandling mellom hjemmetjenesten og sykehusene**

Våre studier viser at det har skjedd endringer i samhandlingen mellom sykehusene og hjemmetjenestene etter samhandlingsreformen. For noen områder har samhandlingen blitt bedret. Blant annet beskrives det at sending av epikriser er automatisert, det er lettere å få tak i relevant sykehuspersonell og lettere å få tak i relevant informasjon. Hjemmetjenestene vurderer at melding om utskrivningsklare pasienter kommer tidligere nå enn før reformen. Dialog mellom sykehusene og hjemmetjenestene er tettere. De får dermed hjelpemidler raskere på plass, samtidig som kommunene selv har gjort grep for å endre organiseringen av mottak av pasienter.

Å få til god informasjonsutveksling kan være avgjørende for hvordan den eldre får det etter utskrivning fra sykehus. På et generelt spørsmål om hjemmetjenestens vurdering av kommunikasjon og informasjonsoverføring mellom hjemmetjenesten og sykehus, svarer 44 prosent at de er positive til denne (svært stor grad / stor grad), 45 prosent at de i noen grad vurderer denne som positiv, og bare 12 prosent at denne i liten grad eller ikke fungerer.

Til tross for positive endringer byr likevel samhandlingen mellom hjemmetjenestene og sykehusene på utfordringer. Først og fremst gav våre informanter uttrykk for at pasientene kommer for tidlig hjem etter sykehusopphold. I samtaleintervjuene peker de ansatte på at det ikke finnes «inntaksstopp» i hjemmetjenestene. De må nå ta imot de pasientene som kommer fra sykehusene uansett hvordan de vurderer ressursituasjonen i hjemmetjenesten. Dette var annerledes før samhandlingsreformen. Da hadde de mulighet til å påvirke tidspunktet for

utskrivning. 43 prosent av respondentene i spørreskjemaundersøkelsen mener at pasienter fra spesialisthelsetjenesten blir skrevet ut for tidlig.

Kommunene må fullføre behandling som ble iverksatt i spesialisthelsetjenesten. Særlig kan dette være problematisk ved hjemreise på ettermiddag og helg. Det er ikke gitt at det er mange nok på vakt eller at de har rett kompetanse. Nye medikamentordinasjoner skal følges opp av ansatte i hjemmetjenesten. Selv om rutiner for medisiner også etter hvert har bedret seg noe, pekes det fortsatt på problemer. Disse oppstår spesielt dersom pasienten bor i distrikt uten apotek. Det at pasienter har fått nye medikamenter på sin liste som ikke finnes tilgjengelig for hjemmetjenesten, fører til betydelig merarbeid for sykepleierne, både når det gjelder delegering av andre oppgaver til kollegaer, fremskaffing av det aktuelle medikamentet og kontroll av dosetter. Tiltak for å møte disse problemene har ikke blitt identifisert i våre studier.

Svar på spørsmål om mer spesifikke områder for informasjonsutveksling viser også at det fortsatt er utfordringer. 23 prosent oppgir at brukerne ikke har med seg nødvendige medisiner og resepter etter sykehusopphold, 21 prosent oppgir at de ikke får tilgang til sykepleiedokumentasjon, og 36 prosent at de ikke har tilgang til kontaktperson i helseforetaket. Det området med den mest positive tilbakemelding er tilgang til epikrise. Men også her svarer 11 prosent at de ikke har tilgang til dette etter utskrivning. Det er fortsatt en betydelig gruppe som oppgir at de ikke eller i liten grad har tilstrekkelig tid til å få på plass nødvendig teknisk utstyr ved utskrivning. Dette gjelder for én av fire. Vår undersøkelse viser at også hjelpepleiere og helsefagarbeidere er involvert i å ta imot eldre etter utskrivning fra sykehus. 10 prosent av denne gruppen oppgir at de gjør dette ofte, og 46 prosent at de gjør dette av og til. Tilsvarende tall for høgskoleutdannede er henholdsvis 37 og 48 prosent.

I samtaleintervjuene kom det fram at sykepleierne i hjemmetjenestene har en offensiv holdning til å ta direkte kontakt med sykehusene når pasienter legges inn eller skrives ut til hjemmet. I spørreskjemaundersøkelsen oppgir nesten fire av fem at de gir informasjon om den eldre ved innleggelse på sykehus. Nesten alle oppgir at de gir informasjon om medisiner ved innleggelse på sykehus. Også på dette området er helsefagarbeidere og hjelpepleiere involvert. Dette gjelder også nesten alle som har hjelpepleier eller helsefagskoleutdanning. Mange i denne gruppen er også involvert i å gi innleggingsrapport ved innleggelse på sykehus.

Mange av respondentene er involvert i å gi informasjon om meldingslister. Dette gjelder for 90 prosent av alle de som har svart på spørreskjemaundersøkelsen. Vi ser også at ansatte som er hjelpepleiere eller har helsefagutdanning også er involvert i å ta imot eldre etter utskrivning fra helseforetak. 10 prosent av denne gruppen oppgir at de gjør dette ofte, og 43 prosent at de gjør dette av og til. Ikke like mange er involvert i å gi innleggelsesrapport ved innleggelse. Dette gjelder for 59 prosent av alle respondentene (i svært stor / stor grad). Men også på dette området ser vi at hjelpepleiere og helsefagarbeidere er involvert. 67 prosent av de med hjelpepleierbakgrunn eller helsefagarbeiderbakgrunn, og 55 prosent av de med høgskoleutdanning rapporterer at de gjør dette i stor eller svært stor grad.

Våre resultater viser også at når det gjelder å sikre at nødvendig informasjon følger med ved overføring til en annen tjeneste eller institusjon, er det et betydelig forbedringspotensial. Relativt få oppgir at de bruker sjekklister ved overføringer av eldre til andre institusjoner. Våre resultater tyder også på at det heller ikke er rutine å gjennomføre risikovurderinger når den eldre må flytte. Bare 29 prosent rapporterer at de har vært involvert i dette når eldre skal overføres til sykehus. Det kan bety at det i mange kommuner ikke er etablert faste rutiner for hvilke vurderinger som må gjøres når eldre må flyttes mellom ulike tilbud. Gitt den svært store belastningen som flytting mellom tilbud kan bety for syke eldre, er det viktig at det er etablert faste rutiner for vurderinger av den Eldres helsetilstand, av hvilken belastning en overflytting kan medføre, og med påfølgende vurderinger av hvordan en trygg overføring skal skje, hva som må være oppfølging etter overføringen, samt hvilken informasjon som må videreformidles til den mottakende innsatsen.

Samtaleintervjuene viste at oppfølging av enkelte pasientgrupper, som pasienter innenfor rus- eller LAR-behandling, kunne være vanskelig for hjemmetjenesten.<sup>1</sup> Hjemmetjenesten etterlyser bedre støtte fra både spesialisthelsetjenesten og legevakten i helgene overfor personer med rusproblemer og psykiske lidelser. Årsaken er at hjemmetjenesten ofte blir stående med ansvar for disse pasientene på kveld og i helger uten å få tak i dem som til daglig har ansvar for pasientene, samtidig som hjemmetjenesten har lite tilgang til informasjon og har problemer med å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten. De ansatte opplever å bli stående helt alene med problemene som kan oppstå når de ikke får denne typen faglig støtte.

---

<sup>1</sup> Stadig flere kommuner velger å organisere det psykiske helsearbeidet sammen med rusarbeidet. Samordning av tjenestetilbudet forutsetter at både psykisk helse- og rusarbeid prioriteres. Noen kommuner har organisert deler av tjenestene i Nav-kontoret. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utføres i samarbeid med fastlegen og spesialisthelsetjenesten, og må ses i sammenheng med det øvrige tilbudet til pasienten. Noen kommuner har opprettet ulike tverrfaglige enheter eller team, som ambulante oppfølgingssteam, stabiliseringsteam eller rehabiliteringsteam (Helsedirektoratet, 2010a, 2014b).

Et område som skiller seg særlig negativt ut er hjemmetjenestens samhandling med poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Vår studie viser at det særlig er utfordringer relatert til det å få informasjon etter polikliniske besøk. Hjemmetjenesten har lite med den polikliniske tjenesten å gjøre, og får ikke rutinemessig informasjon herfra. Nesten halvparten (48 prosent) svarer at de ikke får den informasjon de trenger herfra (i liten grad / svært liten grad / ikke i det hele tatt), 39 prosent at de i noen grad får relevant informasjon herfra, og bare 13 prosent at de i svært stor grad og stor grad får relevant informasjon fra polikliniske tjenester. Intervjuene tyder på at slik praksisen er i dag, er det ofte en forutsetning for god informasjon mellom poliklinikk og hjemmetjenester at pårørende følger med og gir informasjon. Dette er et viktig område å være oppmerksom på i og med at stadig mer behandling skjer poliklinisk. Hjemmetjenestene ønsker å bli mer involvert når det gjelder oppfølging av eldre som er til poliklinisk utredning og oppfølging.

Samtaleintervjuene viste at pasientreiser kan være problematiske og svært belastende for de eldre. Informantene fra samtaleintervjuene framhevet at transporten hjem burde være forutsigbar for de eldre, slik at hjemreisen ikke blir unødig belastende og en bekymring for pasienten. Intervjuene viste at eldre kan unnlate å reise til det som hjemmesykepleien vurderer som et nødvendig legebekesøk fordi de synes reisen blir altfor belastende. I spørreskjemaet svarer én av fire at transporten er tilpasset pasientens behov, i svært stor grad og stor grad, 58 prosent at dette er tilfelle i noen grad, og 17 prosent at dette ikke er tilfelle eller bare tilfelle i liten grad.

### **Kommuneintern samhandling**

Undersøkelsen her viser at det har skjedd positive endringer i det kommuneinterne samarbeidet etter samhandlingsreformen. Formelle reguleringer for samarbeidet er etablert. Et flertall av respondentene i den kvantitative undersøkelsen mener at samarbeidet er lettere og tettere mellom sykehjem og fastleger via e-meldingssystemet. Det har skjedd positive endringer i form av avtalefestet samarbeid, klarere retningslinjer samt bruk av koordinatører.

Et flertall på over tre av fire er fornøyd med tilpassing av nødvendig teknisk utstyr for pasienter som kommer fra sykehus. Det har også før samhandlingsreformen vært oppmerksomhet på teknisk utstyr og boligtilrettelegging i kommunene, i tillegg har vi i vår

undersøkelse viste at en betydelig gruppe (2 av 3) mener dette har blitt enda bedre etter innføring av Samhandlingsreformen.

I den kvalitative studien ble hjemmetjenestens samarbeid med sykehjemmene beskrevet i positive ordelag og som et fleksibelt samarbeid. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen viser variasjoner i hvordan samarbeidet vurderes og peker på at det også er mangler området. Nesten halvparten mente det ikke hadde vært forbedringer i informasjonen til hjemmetjenesten etter korttidsopphold og rehabiliteringsopphold etter Samhandlingsreformen.

Undersøkelser basert på samtaleintervjuene her viser at sykehjemmene nå etter samhandlingsreformen bidrar med akutt plasser, avlastningsopphold og med ferdigbehandling av pasienter etter sykehusopphold. Sykehjemmet blir også brukt i forbindelse med rehabilitering. De ansatte i hjemmetjenesten gir både positive og negative vurderinger av at sykehjemmene nå har fått en annen bruk. Sykehjemmene avlaster hjemmetjenesten etter at pasientene er utskrevet fra sykehus ved at de kan komme dit før de kommer hjem. På samme tid kan det være vanskeligere for hjemmetjenesten å få avlastningsplass for eldre på sykehjemmet. God tilgang til avlastning kan være nødvendig for eldre og for pårørende, og kan bidra til å hindre sykehusinnleggelse dersom nødvendig kompetanse finnes på sykehjemmet. Dette er også påpekt av andre (Hermansen & Grødem, 2013).

Informantene i den kvalitative undersøkelsen gir uttrykk for at det er lettere få fastlegen i tale etter samhandlingsreformen. Fastlegene oppfattes som mer informert og engasjert. Samtidig trekkes det fram problemer med manglende fastlegedekning og vaktleger som ikke kjenner pasientene. Dette er særlig alvorlige mangler, spesielt når det kan handle om døende og svært alvorlig syke. Noen fastleger reiser på hjemmebesøk, noe det er sterkt ønske om at alle bør gjøre når det trengs. Lang transport til legekonsultasjoner er svært belastende for svært syke eldre.

Det rapporteres om utfordringer i samarbeidet med legevaktsleger. Flertallet mener det ikke har vært forbedringer i samarbeidet etter samhandlingsreformen. Legevaktsleger har ikke tilgang til samme datasystem som hjemmetjenesten. Nesten tre av fire rapporterer at vaktleger ikke kjenner pasienten (i svært stor grad / stor grad / noen grad).



Individuell plan kan være et viktig redskap for eldre med sammensatte lidelser og et redskap for å få til et samarbeid med aktuelle fagpersoner og instanser. Våre studier viste lite bruk av og erfaring med individuell plan. Opp mot halvparten av respondenten hadde ikke erfaring med individuell plan overhodet, og undersøkelsen gir ikke grunn til å anta at bruken har økt etter innføring av samhandlingsreformen.

Likeså ser vi lite systematisk bruk av tverrfaglig arbeid. Det er noen forbedringer i og med at én av fire rapporter om økt bruk av tverrfaglig samarbeid etter samhandlingsreformen, men samtidig er det så mye som over én av tre som rapporterer om ingen endringer på dette området. Resultater fra samtaleintervjuene kunne tyde på at tverrfaglig arbeid kan ha en ad hoc-karakter, og at det ikke alltid finnes faste rutiner for dette arbeidet.

### **Velferdsteknologi og IKT i hjemmetjenesten**

Mange av informantene som deltok på samtaleintervjuene, mente at de hadde begrenset kunnskap om IKT-baserte løsninger. Intervjuene viste likevel at de hadde betydelige erfaringer på flere områder. Funn fra den kvalitative studien og spørreskjemaundersøkelsen samsvarte på dette punktet. Spørreskjemaundersøkelsen viste at flesteparten (88 prosent) bruker trygghetsalarm. 24 prosent var kjent med teknologi for monitorering av helse. To av fem brukte og kjente til hjelpemidler som måler lys, fukt, røyk eller varme, og to av fem kjente til teknologi som måler medisinske eller fysiologiske data. Mindre brukte hjelpemidler var døralarm (13 prosent), varsling ved fall (7 prosent), GPS (3 prosent) og videokommunikasjon og nettbaserte løsninger (2 prosent). Bare 11 prosent mente at kommunen hadde svært stor eller stor kjennskap til mulige løsninger.

Også i spørreskjemaundersøkelsen kom det fram at de ansatte mente at de manglet kompetanse. Omtrent halvparten (51 prosent) av respondentene opplever at de hadde lite eller manglende kompetanse. Litt under halvparten (48 prosent) mener de i noen grad har kompetanse på nye teknologiske hjelpemidler. Spørreskjemaundersøkelsen viste at få hadde fått tilbud om opplæring. Bare én av fire har fått tilbud om dette.

Samtaleintervjuene viste at selv om informantene mente de manglet kompetanse, var ikke det ensbetydende med en negativ holdning til bruk av IKT. Spørreskjemaundersøkelsen viste også en positiv holdning til bruk av ulike IKT-løsninger. Nær halvparten (48 prosent) mente

at reisetiden i hjemmetjenesten i noen grad kunne bli påvirket ved bruk av teknologiske løsninger og hjelpemidler. Litt under halvparten mente at teknologiske løsninger i svært stor grad eller i stor grad kunne bidra til å bedre informasjonsflyten mellom helseforetaket og kommunen (46 prosent), og øke ansattes mulighet til å få veiledning (45 prosent). Videre mente 44 prosent at informasjonsflyten mellom ulike tjenester kunne (i svært stor grad / stor grad) bli bedret ved bruk av teknologi. En tredjedel mente at teknologiske løsninger også (i svært stor / stor grad) kunne gi ansatte økt mulighet til å delta i fagnettverk, samt øke muligheten for at tjenestene kunne bli mer individtilpasset og fleksible. Bare en av ti mente at bruk av IKT kunne føre til uheldig overvåking av de eldre. Et fåtall (6 prosent) mente at IKT-løsninger og hjelpemidler kunne føre til at jobbene innenfor helse og omsorg ble uinteressante.

De positive holdningene kommer også til uttrykk ved en positiv vurdering av nytte for pasienter og pårørende. Litt over tre av fem mente at bruk av teknologi kan føre til økt trygghet (62 prosent) og like mange at bruk kunne føre til økt mulighet til å bo lenger hjemme. Dessuten mente 53 prosent at teknologiske løsninger og hjelpemiddel kunne bidra til økt mestring, 49 prosent at teknologi kan bidra til å avlaste pårørende, samt at 46 prosent oppgav at teknologi også i svært stor eller i stor grad kan bidra til økt kompetanse hos pasienten. Få mente at IKT-løsninger ikke kunne bidra eller bidra i lite eller ingen grad.

Undersøkelsen vår viser at det er behov for større oppmerksomhet rundt brukerinvolvering når IKT-løsninger blir tatt i bruk. Bare én av fem oppgir at pasienter får tilbud om opplæring ved bruk av nye løsninger. Bare en av fem oppgir at pasienter blir involvert i avgjørelser om IKT-løsninger skal tas i bruk. Selv om 40 prosent oppgir at dette av og til skjer, må dette likevel vurderes som lave tall.

### **Vurdering av bruk av elektroniske meldinger**

På spørsmål om ulike bruksområder for elektroniske meldinger ser vi at dette er et verktøy som først og fremst brukes i kommunikasjonen med fastlegen. 59 prosent bruker meldingssystemet til å rapportere til fastlegene om endringer i pasientens tilstand, og 56 prosent sendte forespørsler til fastlegene om endringer i medisinalistene. En tredjedel får elektronisk melding fra helseforetaket om pasienter og 21 prosent bruker elektroniske meldinger i tverrfaglig sammenheng.

45 prosent av respondentene oppgir at elektroniske meldinger mellom helseforetak og kommunen er innført. 21 sier det ikke er innført, 18 prosent at dette er under utprøving, og 16 oppgir «vet ikke».

Samtaleintervjuene viste en positiv vurdering av bruk av elektroniske meldinger, særlig fordi de ansatte opplever at de sparer tid. Spørreskjemaundersøkelsen nyanserer det positive bildet noe. Bruk av elektriske meldinger ble vurdert som positiv først og fremst når det gjaldt kommunikasjon med fastlegen. 52 prosent mener at kommunikasjon med fastlegene i svært stor eller stor grad har blitt bedre, og 27 prosent at den i noen grad har blitt bedre. Det var ikke like positive vurderinger for andre områder det ble stilt spørsmål om, som «kommunikasjon med helseforetaket» (22 og 28 prosent), «lettere å arbeide tverrfaglig» (22 og 28 prosent) og «tettere samarbeid med egen leder» (11 og 22 prosent).

Vi stilte også spørsmål om vurdering av verdien av bruken av elektroniske meldinger for ulike områder. Svarene viser at elektroniske meldingsformer vurderes ulikt for ulike områder.

43 prosent oppgir at elektroniske meldingsformer fungerer tilfredsstillende (i svært stor grad / stor grad) og 17 prosent i noen grad ved «Melding om utskrivningsklar pasient (dato, pasientansvarlig lege)». Tilsvarende tall for «Melding om utskrevet pasient» var 42 og 13 prosent, for «Melding om endret utreisedato» 34 og 23 prosent, for «Melding om tidligmelding om behov for kommunale tjenester» 34 og 22 prosent, for «Melding om endret funksjonsnivå og/eller økende hjelpebehov» 28 og 27 prosent, og for «Melding om elektronisk utskrivningsrapport» 26 og 15 prosent.

En tredjedel av respondentene i spørreskjemaundersøkelsen mente at de eldre medisiner ble raskere oppdatert ved bruk av elektroniske resepter (i svært stor eller i stor grad) og i overkant av en fjerdedel at det var enklere å holde seg oppdatert på den eldre medikamentene. Likevel var det også en betydelig gruppe som mente det ikke var skjedd endringer etter innføring av elektroniske resepter: 24 prosent når det gjaldt raskere oppdatering av resepter og 30 prosent når det gjaldt å holde seg oppdatert på de eldre medisiner.

## Kompetanse i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen

Kompetansen til ansatte i hjemmetjenesten er en av de viktigste faktorene for å sikre god helsehjelp og helt avgjørende når kommunen skal ta over oppgaver som før har blitt utført av spesialisthelsetjenesten. Hjemmetjenesten vil ha behov for kompetanse innen et bredt område, både med tanke på den store variasjonen det er i pasientgrupper og behov, og med tanke på å tilrettelegge for deltakelse og aktivitet for de eldre. Det er også avgjørende for å kunne gi støtte og hjelp til, og få til et godt samarbeid med pårørende.

Vel en fjerdedel (28 prosent) av respondentene i vår spørreskjemaundersøkelse hadde gjennomført en eller flere videreutdanninger. Flere hadde tatt kortere studier som kvalifiserer til mellom 15 og 30 studiepoeng. Lindrende behandling var den videreutdanningen som flest av de høgskoleutdannende hadde gjennomført. 30 prosent hadde denne typen videreutdanning. Relativt få hadde gjennomført andre typer videreutdanning. Flere hadde tatt kortvarige kurs (time- eller dagskurs). Dette gjaldt for fire av fem ansatte. Omkring to av tre hadde deltatt på kurs om sår, forflytning og demens. Flere hadde også deltatt på langvarige kurs (over ett år). Dette gjaldt for litt over to av fem. Det kurset flest hadde deltatt på, var i demensomsorg.

De ansatte ble spurt om å gi en vurdering av hvordan fagkompetanse ble vektlagt etter at samhandlingsreformen ble innført. Informantene i den kvalitative studien mente det blir lagt mer vekt på opplæring i hjemmetjenesten. De la vekt på den viktige betydningen kollegial læring hadde, og at mye læring var bruker- og situasjonsavhengig. Dette var en form for læring som informantene ikke mente var blitt mer brukt etter reformen.

Når det gjaldt formell utdanning, som kurs og videreutdanning, mente deltakerne i den kvalitative studien at dette i økende grad ble vektlagt nå etter reformen. Svarene fra spørreskjemaundersøkelsen viser et noe mer variert bilde. Nær halvparten (45 prosent) av informantene mente at det var ingen eller i mindre grad endring i den vekten som var lagt på fagkompetansen. Vel halvparten mente at det var lagt større vekt på fagkompetanse etter samhandlingsreformen (i større grad / noen grad).

Det er også et litt overraskende resultat her at det er en betydelig andel som oppgir at det bare i noen grad er tilgang til kompetanse om spesifikke fagprosedyrer som

«medikamenthåndtering» og «sårbehandling». Manglende rett kompetanse på disse områdene kan få alvorlige følger.

Den kvalitative studien gav grunn til å framheve økt kompetansebehov for flere områder. Informantene pekte selv på områder som rusomsorg, psykiske lidelser og sårbehandling, og at de savnet faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten når det gjaldt demensomsorg. I tillegg gav intervjuene grunn til å framheve behov for kompetanse om sosiale behov, hvordan drive pårørendearbeid, rehabilitering, hjemmerehabilitering, brukermedvirkning og bruk av individuell plan. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen viste på samme måte flere områder med kompetansebehov. Så mye som 62 prosent mente det var manglende tilgang til kompetente personer med kunnskap om ulike økonomiske støtteordninger, over halvparten pekte på manglende kompetanse innenfor rusomsorgen, omkring halvparten etterlyste kompetanse innen helsefremmende og forebyggende tiltak, pårørendearbeid, samhandling med frivillige teknologiske løsninger, individuell plan og koordineringsarbeid.

Både intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen viste at ansatte hadde stor nytte av samarbeid med fagnettverk. Først og fremst var det fagnettverk for kreftomsorg de ansatte hadde erfaring med, og våre resultater tyder på relativt liten bruk av dette virkemiddelet i kompetanseøymed. Det kan være ulike grunner til dette. Manglende økonomiske ressurser og personalressurser kan være én årsak. Fagnettverksamarbeid krever også personer som har en viss kompetanse for å kunne bygge på med nye kunnskaper og ferdigheter innen det aktuelle fagfeltet. Videre trengs det personer med nødvendig motivasjon og vilje til å fungere som ressurspersoner i fagnettverket. Ledelsen må være velvillig og signalisere viktigheten av slike kompetansehevede tiltak.

Våre resultater viser også at ansatte har stor nytte av hospitering. Imidlertid var det få som hadde erfaring med dette.

På spørsmål om hvilke kunnskapskilder ansatte benytter etter samhandlingsreformen, er det få som oppgir at det har vært noe endring i bruk av ulike kunnskapskilder. Dette gjelder for både «Veiledning fra helseforetaket», «Fagbøker» «Nasjonale retningslinjer» «Forskning» og «Helsebiblioteket». Det er imidlertid størst endring i bruk av «Veiledning fra helseforetaket», og «Nasjonale retningslinjer».

## Ansattes vurdering av samarbeid med familien

Hensikten med spørsmålene som er tatt opp i dette kapittelet, både i samtaleintervju og i spørreskjemaundersøkelsen, var å kartlegge hvordan helsepersonell vurderer pårørendes bidrag, hvordan de opplever samhandling med pårørende, og hvilken opplæring helsepersonell har i pårørendearbeid. Resultatene fra både spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene peker på at tjenesten i mange tilfeller er avhengig av at pårørende bidrar, og at pårørende har en svært stor omsorgsbelastning. Våre resultater her er i tråd med tidligere forskning, som viser at pårørende har et omfattende omsorgsbidrag (Rønning, Schanke & Johansen, 2009). Funnene fra den kvalitative studien vår viser at det også er pårørende som bidrar med pleieoppgaver. Dette er viktige resultater å legge merke til.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viste at det var forskjeller ut fra utdanningsbakgrunn og stillingstype i hvordan bidraget fra pårørende ble vurdert. Det kan være flere grunner til forskjellig vurdering mellom ledere og fagansatte, og mellom de ulike utdanningsgruppene. Det kommer fram at flere ledere og de med kombinert leder- og fagstilling enn fagansatte mener at tjenesten er avhengig av pårørendes bidrag. En årsak kan være at lederne gjennom kunnskap om organisasjonen og forvaltning av ressursene har mer innsikt i forholdet mellom formell og uformell omsorg. Vi så også at det var flere med høgskoleutdanning som rapporterte at tjenesten var avhengig av pårørendes bidrag enn det var for helsepersonell med videregående utdanning. Dette resultatet er kanskje litt overraskende. Det kunne være rimelig å forvente at helsefagarbeidere i enda større grad enn høgskoleutdannede daglig samhandler med pårørende om konkrete omsorgsoppgaver, noe som skulle kunne bidra til at de i enda større grad enn andre ville bli oppmerksom på pårørendes innsats. På den andre siden kan forklaringen være at det er forskjeller ut fra utdanningsbakgrunn når det gjelder kjennskap til organiseringen av tjenestene.

Våre resultater tyder på at pårørende er en viktig samhandlingspart for hjemmetjenesten, og at dette er noe tjenesten selv er oppmerksom på. Funnene fra samtaleintervjuene tyder på at helsepersonell anerkjenner pårørendes innsats. Den kvantitative undersøkelsen gir et mer nyansert bilde av hvordan helsepersonell vurderer at tjenesten er oppmerksom på pårørendes rolle. Helsepersonell peker i intervjuene på at pårørende i stor grad bidrar med praktiske gjøremål, og i noen tilfeller er pårørendes bidrag avgjørende for at brukeren kan få bo hjemme. Informantene verdsetter også pårørendes kompetanse og ser at bedre samarbeid med pårørende kan bidra til bedre pleie i møte med brukeren.

Vi har her også sett at det er en vesentlig gruppe som mener at tiltak for å støtte pårørende blir satt i verk for sent. St.meld. 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012–2013), vektlegger at helsetjenesten må rette særlig oppmerksomhet mot å støtte og avlaste pårørende med stor omsorgsbelastning – dette fordi denne gruppen er utsatt for å få en for stor belastning. Tidligere forskning har også vist at eldre pårørende er viktige bidragsyttere, da ofte i kombinasjon med formell omsorg (McGee, Molloy, O’Hanlon, Layte & Hickey, 2008; Sigurðardóttir & Bravell, 2013). Dette vil også være en gruppe som er utsatt for en for stor omsorgsbelastning. I vår kvalitative studie beskrev helsepersonell flere tiltak for å avlaste pårørende. Flere av resultatene peker på at det er et behov for at helsetjenesten må videreutvikle og systematisere disse tiltakene for å støtte og avlaste pårørende. I den kvalitative studien beskrev enkelte av informantene at de var usikre på hvordan de kunne avlaste pårørende, og de opplevde at de ikke hadde mye å bidra med for å støtte pårørende. Resultatene fra den kvantitative studien peker på at tiltak for å støtte pårørende i noen tilfeller blir satt i verk for sent. Funn fra andre studier trekker fram at tiltak for å støtte uformelle omsorgsgivere må være individuelt tilpasset, og de krever samhandling og koordinering (Jakobsen & Homelien, 2013; Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen, 2012).

Det kommer fram i samtaleintervjuene våre at helsepersonell opplever utfordringer knyttet til samarbeidet med pårørende. En forklaring på at helsepersonell opplever utfordringer kan være at helsepersonell mangler kompetanse i samhandling med pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2011–2012). Våre resultater tyder på at det er lite opplæring i pårørendearbeid i grunnutdanningen, og at dette heller ikke blir vektlagt i videreutdanning eller kurs. Disse resultatene peker på at både utdanningsinstitusjonene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør fokusere mer på opplæring i pårørendearbeid.

Både den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen har tatt opp spørsmål om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Det kommer ikke tydelig fram i intervjuene om det er en bevisst strategi for frivilliges innsats. I den kvantitative studien peker resultatene på en liten positiv tendens når det gjelder samarbeid med frivillige organisasjoner. Resultatene viser at det er forskjeller ut fra stillingstype i hvordan endringene i bruk av frivillige organisasjoner har vært. Som det er rimelig å forvente, er det enklere for ledere eller dem med kombinert leder- og fagstilling å svare på spørsmål som omhandler organiseringen

av tjenestene. Det kan være verdt å merke seg at det er en stor del av lederne som mener at det ikke er mer bruk av frivillige organisasjoner etter 2012. Dette kan tyde på at man bør arbeide for en mer systematisk tilnærming til samarbeid med frivillige, i tråd med politiske føringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

## Samhandlingsreformen – de pårørendes perspektiv

Målet med den tredje delundersøkelsen var å få kunnskap om brukernes vurderinger av pleie- og omsorgstjenestene og deres opplevelse av kvalitet, helhet og samhandling i tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. For å få fram brukeres perspektiv har vi gjennomført dybdeintervju med åtte pårørende til eldre som har vært på sykehus og deretter har blitt utskrevet til hjem eller omsorgsbolig der de mottar pleie- og omsorgstjenester.

Fem kvinner og tre menn ble intervjuet, og de representerte pårørende til mødre, par med mor og far, ektemann og onkel.

Fellestrekk blant informantene var at alle uttalte seg positivt om den hjelpen deres eldre mottok fra kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Forskjeller handlet primært om i hvor stor grad den pårørende selv bidro med pleie og omsorg til den eldre. Tre grupper pekte seg ut, kjennetegnet av at:

- 1) pårørende yter mye hjelp ut fra konkrete behov hos den eldre
- 2) pårørende yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp
- 3) pårørende yter lite eller ingen hjelp

Blant pårørende som yter mye hjelp ut fra konkrete behov hos den eldre finner vi Kari, pårørende til sin mor som bor i samme gårdstun, og Randi, som er pårørende til sin hjemmeboende ektemann som har demens i tillegg til annen sykdom. Begge yter mye daglig pleie og omsorg og utgjør en forutsetning for at henholdsvis mor og ektemann skal kunne bo i eget hjem. Begge er bundet til hjemmet på grunn av omsorgssituasjonen, og begge savner avlastning.

Blant pårørende som yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp finner vi Jenny og Marianne, som begge er i 50-årene og pårørende til både mor og far. Begge foreldreparene får oppfølging fra kommunens pleie- og omsorg, men likevel har begge kvinnene måtte trå til ekstra i perioder. Begge to gir uttrykk for at de bevisst har valgt å hjelpe foreldrene så mye som de gjør, selv



om de vet at kommunen kunne eller burde gitt mer hjelp i enkelte situasjoner. Således fungerer begge som en avlastning for kommunen.

Blant pårørende som yter lite eller ingen hjelp, finner vi tre menn, som alle er pårørende til sine mødre. Mødrene har behov for varierende grad av hjelp, men i alle tilfeller yter kommunens pleie- og omsorgstjeneste det som er nødvendig. Et fellestrekk er at de pleie- og omsorgsbehov som deres eldre har, i liten grad har vært ekstra belastning i deres egen hverdag, slik særlig Kari og Randi erfarer, men som også Jenny og Marianne har opplevd. Disse tre mennene inntar i hovedsak «besøksrollen» overfor sine mødre, i tillegg til noe praktisk hjelp i hus og hage.

Den siste informanten er en ung kvinne som er pårørende til samboerens onkel. Hun og samboeren opplever en markant endring, fra å ha hovedansvar for å pleie onkelen da han bodde hjemme og nektet å ta imot kommunens pleie- og omsorgstjeneste, til å innta «besøksrollen» etter at onkelen har blitt flyttet til et bokollektiv.

Spørsmål om et helhetlig pasientforløp med dialog innad i kommunen og mellom pleie- og omsorgstjenestene, bruker og pårørende viser resultat på tvers av inndelingen over. Vi finner ulike praksiser og ulik grad av involvering av de pårørende fra pleie- og omsorgstjenesten. I noen tilfeller er dialogen god, noen savner dialog, mens andre påpeker at mor «klarar jo det meste selv. Hun fungerer helt greit sånn tankemessig», slik at pårørende ikke opplever et behov for dialog med kommunen omkring den eldre.

Andre tema som går på tvers av inndelingen over, er erfaring med at den eldre skrives ut for tidlig fra sykehus eller sykehjem, i betydningen at han eller hun må sendes tilbake eller få spesiell medisinsk oppfølging. Vi ser også at det i denne informantgruppen er kvinner som har de tyngre omsorgsoppgavene, mens alle de mannlige informantene tilhører gruppen som yter lite eller ingen hjelp til den eldre. På spørsmål om hva de pårørende mener utgjør et godt pasientforløp, går svarene langs to akser: én handler om organisering av pleie- og omsorgstjenester, mens den andre handler om hvordan de eldre opplever de ansatte som kommer inn i hjemmene deres, og betydningen av «noen som bryr seg».

Helhetlig pasientforløp, samhandling mellom enhetene og «sømløst» pasientforløp er viktige stikkord for samhandlingsreformen. Blant informantene varierer det hvor helhetlig og sømløst de har opplevd at pleie- og omsorgstjenesten fungerer, og vi ser noen brukere som synes å

være omfavnet av relativt sømløse og samhandlende pleie- og omsorgstjenester, mens andre brukere og deres pårørende erfarer at de må forholde seg til pleie- og omsorgstjenestene som en serie separate enheter. Et annet viktig mål med samhandlingsreformen er å yte helsetjenester nær hjemmet, og i de åtte tilfellene vi har møtt her, ser det ut til at kommunen i all hovedsak klarer å gi den pleie og omsorg som er nødvendig når de eldre flyttes fra spesialisthelsetjenesten og hjem i egen kommune.

Med hensyn til pårørende som aktør, særlig de av de pårørende som i høy grad er *ytende* aktører, viser ikke fortellingene fra de åtte informantene at det finnes et fungerende apparat som anerkjenner pårørende som en ytende aktør innen pleie- og omsorgstjenester eller som håndterer behov som oppstår hos pårørende når de inntar rollen som ytende aktør.

## Kapittel 1. Innledning

I årene som kommer, vil vi få flere eldre, og flere med langvarige og sammensatte helseproblemer. Samhandlingsreformen rettet en særskilt oppmerksomhet mot å styrke innsatsen overfor denne pasientgruppen. Målene med reformen var å skape mer helhetlige og koordinerte tjenester, der en større del av helse- og omsorgstjenestene skulle utføres i kommunene, samt at man styrket forebygging og helsefremmende tiltak spesielt i kommunene. I tillegg til de pasient- og brukerorienterte perspektivene har reformen også et overordnet samfunnsøkonomisk perspektiv. Virkemidlene i reformen er både av rettslig, økonomisk, faglig og organisatorisk karakter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Å få til god samhandling i helse- og omsorgstjenestene og mellom disse og spesialisthelsetjenesten har fått stor oppmerksomhet etter samhandlingsreformen.

Differensiering og spesialisering gir en fragmentert helsetjeneste, og samordning skal møte den enkelte Eldres behov for et helhetlig tjenestetilbud. Det er pasienter med stort behov og de som har behov for hjelp fra ulike instanser, som vil trenge koordinerte og tverrfaglige tilbud. En oppsplittet tjeneste får store negative følger for pasientene. En av samhandlingsreformens intensjoner var å legge til rette for bedre integrasjon særlig mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Samhandlingen skal møte den økende kompleksiteten i helsetjenestens tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012–2013; Helsedirektoratet, 2007).

Hjemmebaserte tjenester er et godt alternativ for mange eldregrupper og har lenge vært og vil bli en enda mer sentral tjeneste i framtiden. Hjemmetjenestetilbudet øker mest på bekostning av institusjonstilbudet, og tjenesten får ansvar for stadig flere eldre med store og sammensatte behov (Ytrehus, 2012). De fleste eldre ønsker å bo hjemme så lenge de opplever å være trygge og at de får den hjelpen de trenger. Det er derfor et stort potensiale for forbedringer i tilbudet til eldre både kvalitets- og ressursmessig, ved en enda sterkere satsing på utvikling av gode hjemmetjenester (NOU 2011:11, 2011). En god hjemmebasert omsorg for eldre kan forebygge sykehusinnleggelse, støtte og gi helt nødvendig fleksibel avlastning for pårørende og om ikke erstatte, så i hvert fall utsette sykehjemsomsorg (Meret-Hanke, 2011; M.D. Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds & Hirschman, 2011). I tillegg kan det hindre at eldre må flytte mellom ulike kommunale tilbud (Wai Kan B. A. Chiu & Robert PhD Newcomer, 2007; Meret-Hanke, 2011; M.D. Naylor m.fl., 2011). Hjemmebehandling kan være et alternativ til behandling i akuttinstitusjoner for utvalgte pasientgrupper (S. Shepperd m.fl., 2009).

I stadig økende grad har man blitt oppmerksom på hjemmetjenestens betydning for godt samarbeid når den eldre har behov for hjelp fra ulike instanser og ved overganger mellom ulike typer tjenestetilbud. Høy kvalitet i overgangsfaser regnes som spesielt viktig for sårbare pasientgrupper (Boling, 2009; E.A. Coleman, S.J. Min, A. Chomiak & A.M. Kramer, 2004 Laugaland, Aase & Barach 2012; Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad & Aase, 2014).

En god hjemmetjeneste betyr et fleksibelt og tett samarbeid mellom ulike faggrupper og med andre institusjoner, ny kompetanse, utveksling av kompetanse, nye måter å utforme og organisere tjenestetilbudet på og kompetanse til å kunne identifisere skiftende behov og handlingsrom. I tillegg kommer kompetanse til fleksibilitet og til å kunne tilpasse tjenesten til både den eldre og de pårørendes skiftende behov, og ikke minst gode transportløsninger for de eldre.

Samhandlingsreformen peker også på noen områder for utvikling av hjemmebaserte tjenester. Mer vekt på forebygging skal bidra til positive ringvirkninger som utsetting av institusjonsinnleggelse og gi den enkelte et bedre liv. IKT-løsninger skal bidra til bedre koordinerte tjenester og helhetlig behandling av pasientene i tillegg til at løsningene kan bidra til å frigjøre mer tid til pleie og omsorg. Økt satsing for å få både sikre god kompetanse og større faglig bredde skal være viktig, og kan skje ved veiledning, internopplæring og videreutdanning for de ansatte i sektoren (Helsedirektoratet, 2014). Tjenestene skal organiseres mot bruker, familie og frivillige, og det skal arbeides mot et bedre samspill med familie og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009:57) En endret pårørenderolle innebærer at pårørende skal kunne bli involvert når de ønsker det og skal bety større grad av støtte til pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Undersøkelsene som rapporteres i denne studien baserer seg på spørreskjema, samtaleintervju med ansatte i hjemmetjenesten samt samtaleintervju med pårørende til eldre hjemmeboende pasienter i kommuner i Sogn og Fjordane. Undersøkelsene har hatt som hensikt å studere hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg og utvikles i tråd med intensjoner i samhandlingsreformen og å framskaffe kunnskap om kompetanseutviklingen i hjemmetjenesten og hjemmetjenestens samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale institusjoner. Prosjektet er et samarbeid mellom Vestlandsforskning og Høgskolen

i Sogn og Fjordane (HiSF). Disse institusjonene har samarbeidet om et forprosjekt omkring samme tematikk (Kyrkjebø et al 2013).

Dette hovedprosjektet bygger videre på kunnskapen som er bygd opp gjennom forprosjektet. Hovedprosjektet består av tre delundersøkelser. Denne rapporten redegjør for resultater fra disse tre undersøkelsene. Undersøkelsene har hatt som hensikt å studere hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg og utvikles i tråd med intensjoner i samhandlingsreformen og å framskaffe kunnskap om kompetanseutviklingen i hjemmetjenesten og hjemmetjenestens samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale institusjoner.

## **Kapittel 2. Metode**

Denne rapporten baserer seg på resultater fra tre delundersøkelser: en kvalitativ studie basert på samtaleintervju med ansatte i hjemmetjenesten i fem utvalgte kommuner i Sogn og Fjordane, en breddeundersøkelse basert på en spørreskjemaundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten i alle kommunene i Sogn og Fjordane og en studie basert på samtaleintervju med pårørende for å belyse deres perspektiv på tjenestesituasjonen etter samhandlingsreformen.

I det følgende redegjøres det for metodiske tilnærminger for de to første delundersøkelsene. Kapittel 9 redegjør for det metodiske opplegget for delundersøkelse tre. Dette kapittelet omhandler også resultatene fra denne delundersøkelsen.

### **Delstudie 1. Samtaleintervju med ansatte i hjemmetjenesten**

#### **Design og metode**

Målet med studien var å etterspørre og utforske erfaringer på et område vi har lite kunnskap om i Norge. For å få fram forståelse for erfaringene til helsearbeidere som arbeider i hjemmetjenesten ble kvalitativ metode benyttet. Kvalitativ metode er godt egnet til når sosiale fenomener skal studeres. Forskeren har ved kvalitative studier mulighet til å komme nært og å gå i dybden på det utvalgte studiefeltet (Thagaard, 2009).

#### **Rekruttering og utvalg**

Utvalget er et totrinns strategisk utvalg. I første fase ble det gjort et utvalg av kommuner. Ulike hensyn ble tatt i utvelgelse av kommuner. Kommunene skulle være av varierende størrelse og i ulik avstand til lokal- og sentralsykehus. Videre ble kommuner med tilknytning til kyst eller innland prioritert fordi arbeidsbetingelsene i disse to kommunetypene kan være forskjellige med hensyn til reisevei og avstander. Kommuner med ulikheter innenfor dekning av institusjonsplasser ble også valgt.

Informantene i de utvalgte kommunene skulle være ansatt i hjemmetjenesten, enten i ambulerende stilling eller i kombinasjon av ambulerende og tilknytning til aldersboliger eller bokollektiv. Yrkesmessig ønsket vi en blanding av både fagutdannede og høyskoleutdannede av begge kjønn.

Første kontakt med kommunene ble etablert med helse- og sosialsjefen i hver enkelt kommune for å be om tillatelse til å gjennomføre studien. Fem kommuner fikk forespørselen. En kommune reserverte seg mot å delta. Leder måtte samtykke til studien før ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene ble forespurt. Leder og informantene fikk informasjon om studien via e-post.

Til sammen 19 ansatte ble inkludert i studien, samtlige var kvinner. Én trakk seg senere fra studien. Den endelige informantgruppen ble dermed ti sykepleiere, seks hjelpepleiere og to helsefagarbeidere. Gjennomsnittsalder hos informantgruppen var 47 år; den yngste var 28 år og den eldste var 61 år. Informantgruppen hadde varierende fartstid i helsevesenet, fra et halvt år til 31 år (gjennomsnitt: 18 år). Antall år i hjemmetjenesten varierte fra et halvt år til 31 år (gjennomsnitt: 14,5 år).

### **Intervjuene**

Intervjuene var personlige intervjuer i informantenes hjemkommuner. Det ble anvendt halvstrukturerte samtaleintervju. Intervjuene ble foretatt med en intervjuguide. Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt for samtale, og temaene ble tatt opp i vilkårlig rekkefølge ettersom det ble naturlig under samtalen. Målet var å være åpen for informantenes opplevelse og forståelser. Informanter ble spurt i intervjuet om det var greit å bli kontaktet igjen for flere og utfyllende spørsmål. Informantene samtykket i dette.

### **Analyse av data**

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i sin helhet. Logg etter intervju ble skrevet ned for hånd underveis etter intervju. Transkriberingene ble gjort på bokmål og ikke dialekt.

Den praktiske siden av analysen startet ved å gå igjennom alt transkribert materiale der meningsbærende utsagn ble markert. Denne prosessen foregikk uavhengig av intervjuguiden. De meningsbærende utsagnene ble deretter notert, og tema som hørte sammen, ble samlet. Inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode (Malterud, 2008), ble prosessen med å lese intervju, notere meningsbærende enheter og katalogisering gjort i flere omganger. Av dette materialet ble det laget en matrise med hovedtema, tema og meningsbærende utsagn.

## **Etiske vurderinger**

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som ble sendt ut til aktuelle informanter sammen med en samtykkeerklæring. I informasjonsskrivet ble det redegjort for at informantene når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studien. Informasjonsskrivet redegjorde også for tema for intervjuet og opplysninger om sikkerhet rundt data. Studien var godkjent av NSD.

## **Delstudie 2. Spørreskjemaundersøkelse til ansatte i hjemmetjenesten**

Undersøkelsen er en tverrsnittsstudie, og data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema. Et elektronisk spørreskjema ble laget i QuestBack, og det ble sendt e-post til aktuelle respondenter med lenke til selve skjemaet. Spørreskjemaet ble utformet på bakgrunn av funn i delstudie 1.

## **Utvalg**

Utvalget er ansatte i hjemmetjenesten i alle kommuner i Sogn og Fjordane.

Inklusjonskriteriene for respondentene var at personen måtte være hjelpepleier, helsefagarbeider, omsorgsarbeider eller ha høgskoleutdanning, måtte være ansatt i hjemmetjenesten og måtte arbeide pasientrettet mot den eldre brukeren. Videre i rapporten blir helsefagarbeider, omsorgsarbeider og hjelpepleier omtalt som helsefagarbeider. Ansatte i kombinasjonsstilling mellom hjemmetjeneste og sykehjem/omsorgsboliger/bokollektiv ble også inkludert. Fagutdannede eller høgskoleutdannede som bare arbeidet ved sykehjem ble ekskludert fordi undersøkelsen skulle fokusere på eldre hjemmeboende.

## **Framgangsmåte**

Alle kommunene i Sogn og Fjordane ble kontaktet. Den første elektroniske kontakten gikk til rådmannen i hver enkelt kommune for å få tillatelse. 3 av 26 kommuner reservert seg mot å delta i undersøkelsen. Gjennom lederne i hjemmetjenesten fikk prosjektgruppen e-postadressen til aktuelle respondenter. Etter gjennomgang av e-postadressene viste det seg at noen var registrert med to adresser, og noen var registrert som ugyldige adresser. Der respondentene var registrert med to adresser, ble e-postadressen knyttet til arbeidssted brukt. Det ble sendt ut e-post med informasjon og en lenke til selve undersøkelsen. Totalt 555 informanter fikk tilsendt spørreskjemaet via e-post. Innsamlingsperioden var fra 11.01.14 til 01.05.14. For å øke svarprosenten tok prosjektgruppen kontakt med lederne i hjemmetjenesten for å minne om undersøkelsen, og innsamlingsperioden ble utvidet.



## **Utvikling av spørreskjema**

Prosjektgruppa utarbeidet spørreskjemaet på bakgrunn av funnene fra den kvalitative delstudien. Spørreskjemaet ble så presentert for en referansegruppe som bestod av representanter fra Helse Førde, Vestlandsforskning, Fylkeskommunen, en rådmann og en helse- og sosialsjef. Referansegruppen medvirket til utforming av og innhold i spørreskjemaet. I tillegg har ledere i kommunehelsetjenesten fra Nordfjord-regionen medvirket i flere faser av utviklingen av spørreskjema. For å styrke validiteten på spørreskjemaet har tre ansatte ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og fem ansatte fra hjemmetjenesten i et annet fylke deltatt på pilottesting av skjemaet. De gav tilbakemeldinger på om spørsmål var tydelig formulert.

Spørreskjemaet ble utviklet med instruksjer i dokumentet som skulle vise respondentene hvordan de skulle fylle ut korrekt. Det ble brukt routing som verktøy på enkelte spørsmål for å føre respondentene automatisk videre avhengig av hva de svarte på tidligere spørsmål. Sentrale begreper i spørsmålstillingen ble forklart i forkant for å tydeliggjøre spørsmålene. Det var ikke mulig å lagre i QuestBack, så respondentene måtte derfor fullføre hele spørreundersøkelsen når de først hadde startet. I spørreskjemaet var det mulig å hoppe over spørsmål man ikke ønsket å svare på.

## **Svarprosenten**

Helsepersonell fra 23 kommuner i Sogn og Fjordane har deltatt i undersøkelsen. Til sammen har 152 svart på spørreundersøkelsen, og total svarprosent er 27 prosent. Av disse er et stort flertall kvinner (97 prosent). I nettoutvalget er informanter fra både små, mellomstore og store kommuner i fylket representert. Svarprosenten er noenlunde lik i de forskjellige kommunegruppene. I antall er det flest informanter som kommer fra en liten kommune med mindre enn 3000 innbyggere. Jf. tabell 2.1.

**Tabell 2.1. Svarprosent i forhold til kommunestørrelse**

	< 3000	3000–6000	>6000	N
Skjema sendt til	228	152	175	555
Har svart	61	36	42	139
Ikke oppgitt arbeidskommune	0	0	0	13
Svarprosent	27 %	24 %	24 %	25 %

**Presentasjon av respondenter**

Gjennomsnittsalderen er 44 år. Over halvparten av respondentene er 36 år eller mer, og 14 prosent av respondentene er mellom 22 og 35 år. Fordelingen mellom helsefagarbeidere og sykepleiere/vernepleiere for alder viser at for begge yrkesgruppene er det flest respondenter som er mellom 36 og 49 år. Det er noe flere yngre sykepleiere/vernepleiere, mens det er flere eldre blant helsefagarbeiderne. Jf. tabell 2.2.

**Tabell 2.2. Alder på respondentene. Prosent**

	Alle	Helsefagarbeider	Sykepleier/ vernepleier
22–35 år	14	9	18
36–49 år	35	40	37
50–69 år	22	38	16
Ikke oppgitt	29	13	29
N	152	53	87

Respondentene har også fått spørsmål om hvor lenge de har arbeidet i hjemmetjenesten. Resultatene viser at over én av tre har mer enn fem års erfaring, og 12 prosent har arbeidet fem år eller mindre i hjemmetjenesten. Dette er noenlunde likt fordelt mellom helsefagarbeidere og sykepleiere/vernepleiere. Det er mindre enn 1 prosent av respondentene som har ett års erfaring. Over halvparten (54 prosent) har ikke oppgitt hvor lenge de har arbeidet i hjemmetjenesten. Jf. tabell 2.3.

**Tabell 2.3. Arbeidserfaring i hjemmetjenesten. Prosent**

	Alle	Helsefagarbeider	Sykepleier/ vernepleier
1–5 år	12	11	13
6–15 år	22	17	29
> 15 år	12	17	10
Ikke oppgitt	54	55	48
N	152	53	87

Denne undersøkelsen har inkludert helsepersonell med helsefagutdanning og høgskoleutdanning. Fordelingen ut fra utdanningsbakgrunn viser at vel én av tre er helsefagarbeidere. Den største andelen av respondentene er utdannet som sykepleiere eller vernepleiere (57 prosent). Av disse er det bare to stykk som er utdannet som vernepleiere. Jf. tabell 2.4.

**Tabell 2.4. Utdanningsbakgrunn. Prosent**

Helsefagarbeider	35
Sykepleier, vernepleier	57
Ikke oppgitt	8
N	152

For å kartlegge hvilken arbeidsfunksjon respondentene har overfor brukeren, ble det stilt spørsmål om de hadde fagstilling eller lederstilling. Resultatene viser at 63 prosent er ansatt i fagstilling, mens én av fem har lederstilling eller en kombinert stilling som både leder og fagansatt. Jf. tabell 2.5.

**Tabell 2.5. Arbeidsfunksjon i hjemmetjenesten. Prosent**

Fagstilling	63
Lederstilling eller kombinert leder- og fagstilling	20
Ikke oppgitt	17
N	152

Innenfor den kommunale omsorgstjenesten har hjemmetjenesten flere ansvarsområder. Ansatte i hjemmetjenesten kan derfor arbeide innenfor ulike arbeidsområder. Det kom også fram i den første delundersøkelsen at flere av deltakerne har kombinasjonsstillinger i hjemmetjenesten. Dette gjelder spesielt for små kommuner. I spørreskjemaundersøkelsen ble det derfor inkludert respondenter fra de ulike arbeidsstedene i hjemmetjenesten, og det ble kartlagt hvor i hjemmetjenesten de arbeidet. Resultatene viser at mesteparten av respondentene arbeider i den ambuleringende hjemmetjenesten (44 prosent). Dette gjelder for 36 prosent av helsefagarbeiderne og 58 prosent av sykepleierne/vernepleierne. I overkant av en

fjerdedel har en kombinert stilling hvor de arbeider både i hjemmetjenesten og på sykehjem. Det er flere helsefagarbeidere som har denne kombinasjonsstillingen (34 prosent). Jf. tabell 2.6.

**Tabell 2.6. Arbeidssted i hjemmetjenesten. Prosent**

Arbeidssted	Helsefagarbeider	Sykepleier/vernepleier	Alle
Ambulerende hjemmetjeneste	36	58	45
Samlokaliserte omsorgsboliger	15	15	14
Bokollektiv	11	4	6
Korttids- /rehabiliteringsavdeling	4	6	5
Arbeid både i hjemmetjenesten og sykehjem	34	15	28
N	53	85	139

### Frafallsanalyse

Det kan være flere årsaker til den relativt lave svarprosenten. En svakhet kan være måten undersøkelsen ble gjennomført på. Lav svarprosent kan tyde på av det er utfordringer knyttet til å distribuere gjennom e-post, da det er usikkert hvor ofte de ansatte leser e-post. Det kan også være en utfordring for respondentene at det ikke var mulig å lagre underveis i spørreskjemaet. Det kan ha ført til tidsutfordringer for respondentene hvis arbeidsgiver ikke la til rette for å utføre undersøkelsen i arbeidstiden. En annen årsak til lav svarprosent kan være at det er lite tradisjon for å delta i denne typen undersøkelser. Dette kan man se i sammenheng med at det kan være lite forståelse for hvordan resultatene fra undersøkelsen kan brukes til forbedringsarbeid på egen arbeidsplass.

Svarprosenten er noenlunde lik i de forskjellige kommunegruppene. Det kan tyde på at det ikke er skjevfordeling etter kommunestørrelse. Vi vet ikke kjønnsfordelingen i bruttoutvalget, men i vårt utvalg er det svært få menn. Kanskje kan dette bety at menn er underrepresentert. Fordelingen av høyskoleutdannede blant respondentene viser også at sykepleiere kan være overrepresentert – det er bare to vernepleiere og ingen ergoterapeuter i vårt utvalg.

Det kvalitative materialet er brukt både som grunnlag for utvikling av den kvantitative undersøkelsen og for å utdype og gi innsikt i og nærmere forståelse for resulater fra spørreskjemaundersøkelsen.

Det er usikkerhet knyttet til generalisering av resultatene på grunn av lav svarprosent i den kvantitative studien. Bortfallsanalysen viste imidlertid lik representasjon av ansatte etter kommunestørrelse. I tillegg har kombinasjonen av kvantitative og kvalitative data bidratt til å styrke undersøkelsens samlede validitet. Analysene viste at det kvantitative materialet pekte i samme retning som det kvalitative materialet på flere områder, samtidig som det kvantitative materialet viste større variasjon enn det som kom fram i de kvalitative intervjuene.

## **Analyse**

SPSS versjon 20 er brukt til statistisk analyse. På grunn av et relativt lite utvalg er enkelte svaralternativer slått sammen i grupper. Variabler med svaralternativene «Ikke i det hele tatt», «I liten grad», «I noen grad», «I stor grad» og «I svært stor grad» er gjennomgående slått sammen til tre verdier. En del omkodinger er også gjort for å få bedre oversikt. For eksempel er hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere samlet i én gruppe, mens sykepleiere, vernepleiere og ergoterapeuter er samlet i en annen. Andre variabler som er slått sammen i grupper er alder, arbeidserfaring, kommunestørrelse, langvarig/kortvarig kurs og videreutdanning. Det er brukt deskriptiv analyse for å beskrive utvalget. For å studere variasjoner ut fra bakgrunnsvariabler som utdanning, videreutdanning og år ansatt i tjenesten er det brukt univariate frekvensanalyser og bivariate analyser (krystabeller) med Pearson Chi-square-signifikant testing. Signifikansnivået på testene er satt til 0,05. I tabellene vil antall respondenter (N) variere, og grunnen til dette er at respondentene ikke har svart på alle spørsmålene. Den totale prosenten vil variere mellom 99 og 101, da det er avrundet til nærmeste hele tall i tabellene.

## **Forskningsetikk**

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og inneholder ikke sensitive eller personidentifiserende data. I invitasjonen til de aktuelle respondentene ble det lagt ved et informasjonsskriv. I skrivet ble det gjort rede for hva som var formålet med undersøkelsen, tema i spørreskjemaundersøkelsen og opplysninger om beskyttelse av data. Det kom også fram i informasjonsskrivet at samtykke ble gitt ved å delta i studien, og at informantene når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg fra studien. Det er tatt hensyn til anonymitet i rapporteringen, og data blir slettet når prosjektet er avsluttet.

### Kapittel 3. Hjemmetjenesten

Hjemmetjenestene skal ivareta pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009; Helse- og omsorgsdepartementet & Sosialdepartementet, 2004; Helse- og omsorgsdepartementet, 2003; lov om helsepersonell, 1999). Hjemmebaserte tjenester er en del av kommunens helse- og omsorgstjeneste og er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (Fermann & Næss, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014; kommunehelsetjenesteloven; Tønnesen, 2011).

Omsorgstilbudet til eldre mennesker i Norge varierer sterkt mellom ulike kommuner. En årsak til dette er at en i Norge og andre skandinaviske land har hatt og fortsatt har lagt vekt på kommunalt selvstyre og desentralisert ansvar og myndighet. Det vil si at kommunene har hatt stor frihet til å forme tjenestene etter lokale forhold (Fermann & Næss, 2010; T.I. Romøren, 1998; Tingvoll, Kassah & Kassah, 2014; Vabø, 2002). I dag tilbyr de fleste kommuner hjemmetjenester som er tilgjengelig døgnet rundt (Rostgaard m.fl., 2011:207–231).

Hjemmetjenesten har gjennomgått store endringer de siste tiårene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2005–2006; Sosialdepartementet, 1970–1971). En rekke reformer har hatt direkte eller indirekte påvirkning på den hjemmebaserte omsorgen. Fra å være et tilbud som der praktisk bistand til eldre var sentralt i tjenesten er dagens hjemmebaserte omsorg i mye større grad preget av pleie og behandling. Økt medisinsk fokus i pleien har gradvis inntatt en sentral plass, hovedsakelig for pasienter med somatisk eller psykisk sykdom (Brevik, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2005–2006). Over tid har kommunene konsentrert innsatsen mot mer ressurskrevende brukere. Eldre med omfattende pleiebehov og stor grad av sykkelighet er en av hovedgruppene som mottar hjemmesykepleie (Mørk, Sundby, Otnes, Wahlgren & Gabrielsen, 2012). Nærmere ni av ti som mottar bare hjemmesykepleie, bor i ordinære boliger (Brevik, 2010). I tillegg mottar flere svært hjelpetrengende tjenester i tilpassede omsorgsboliger (Gautun & Hermansen, 2011; Hermansen, 2011). Deriblant finner man et økende antall eldre med omfattende omsorgsbehov, noe som dermed blir et alternativ og supplement til institusjonsomsorgen.

Utviklingen av den hjemmebaserte omsorgen har medført nye krav og utfordringer for de ansatte i hjemmetjenesten, og påvirket rollen som hjemmesykepleier og sammensetningen av

faggruppene som arbeider med eldre pasienter (Fermann & Næss, 2010; Gautun & Syse, 2013; Opsahl, Solvoll & Granum, 2012).

Mange har pekt på at avstand mellom de som tildeler tjenestene, og de som utøver pleie- og omsorg, kan være uheldig. Avstanden kan påvirke handlingsrommet til de som skal utføre tjenestene (Busch & Vanebo, 2011; Kassah, Nordahl-Pedersen & Tønnesen, 2014), og bidra til konflikter mellom de som tildeler tjenestene, og de som utøver pleie og omsorg. Spesielt gjelder dette der sykepleiernes faglige handlingsrom og skjønnsutøvelse blir presset fordi bestiller har ønske om en pakkeløsning eller standard. Konflikt kan dermed oppstå mellom hensynet til brukerne og den faglige integriteten, og kravet til effektivitet (Busch & Vanebo, 2011; Fermann & Næss, 2010; Vetlesen, 2010). Andre funn viser imidlertid at helsepersonell bruker individuelle strategier for å fremme fleksibilitet og samarbeid i stedet for å utøve en strikt holdning til regelverket (Wollscheid, Eriksen & Hallvik, 2014).

Økt etterspørsel etter hjemmebaserte tjenester er også et resultat av at tjenesten nå er et tilbud for mennesker i alle aldre med behov for helsetjenester. Mange av de yngre brukerne har omfattende helseproblemer (T.I. Romøren, 2007). Behov for økt prioritering og innstramming i hjemmetjenestene har vært gjeldende fra 1970-årene og fram til i dag (NOU, 2011:11; Ytrehus, 2012). Samhandlingsstatistikken 2012–13 viser at antall pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene, har økt med 90 % fra 2011 til 2012 (Helsedirektoratet, 2014c:144). Hjemmetjenestene har opplevd større press på tjenestene og utfordringer i form av nye oppgaver etter samhandlingsreformen. Flere pasienter enn tidligere får hjelp fra hjemmetjenestene etter utskrivning fra sykehus (Moberg, 2014). Kommunal medfinansiering og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter har oppstått. Kommunene fikk sterke insentiver til å motta utskrivningsklare pasienter på et tidligere tidspunkt enn før. En konsekvens er signifikant økning i antall opphold der pasienter skrives ut til institusjon fra sykehus og signifikant reduksjon i antall brukere fra hjemmetjenesten som kommer til langtidsopphold. Dette kan tyde på en trengselseffekt for brukere fra hjemmetjenesten med behov for langtidsopphold, grunnet pasienter som kommer fra sykehus (Moberg, 2014).

En annen konsekvens er at kvaliteten på tjenestene noen steder er endret. Eldre hjemmeboende har fått et redusert tjenestetilbud grunnet økt tidspress og mer kompliserte nye oppgaver. Bemanningssituasjon, spesielt på kveldstid og i helger, og samlet kompetanse i hjemmetjenesten kan også påvirke kvaliteten på tjenestene.

Økt behov for kompetansehevende tiltak og flere ansatte ser ut til å være et behov (Gautun & Hermansen, 2011; Gautun & Syse, 2013). Videre kan organisatoriske tiltak for å gjøre hjemmetjenestene mer oversiktlige og pålitelige ha gjort tjenestene mindre følsomme for de spesielle behovene til den enkelte tjenestemottaker (Vabø M., 2012). Ledere opplever at de må prioritere. Konflikt kan oppstå mellom ledernes idealer eller faglige standarder, og det som er praktisk gjennomførbart. Ofte må ledere vurdere pasientenes behov kontra de ansattes. Funn viser at å sikre kontinuitet i omsorgen ikke synes gjennomførbart for alle pasienter (Gjevjon, Romøren, Kjøs & Hellesø, 2013).

Som gjennomgangen viser, har hjemmetjenestene vært i stadig endring over tid. utfordringer som følge av reformer, etterspørsel av nye tjenester, endrede krav til behandling, omsorg, og kompetanse har vært påpekt. I dette kapitlet belyses hjemmetjenestens vurderinger av endringer etter samhandlingsreformen. Spørsmålene er rettet mot organisering av hjemmetjenestene, definering av ansvarsområder, beskrivelser av arbeidssituasjonen og oppfatning av nye arbeidsoppgaver. Spørsmålene ble stilt for å kartlegge endringer for hjemmetjenestene som ivaretar eldre hjemmeboende spesielt i forbindelse med samhandlingsreformen.

### **3.1 Organisering**

Som vist i kapittel to har hjemmetjenestene organisert seg på ulike måter. Intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen viste at det var variasjoner mellom den ambulerende hjemmetjenesten og fast betjening i omsorgsboliger eller bokollektiv. Det forekom også andre ulike kombinasjoner i form av ambulerende hjemmetjeneste og korttids-/rehabiliteringsavdelinger eller kombinasjoner med ambulerende tjeneste og sykehjem.

Noen kommuner hadde primærkontakter. Andre kommuner brukte noe de kaller for sekundæransvar, det vil si at helsefagarbeidere hadde rollen som primærkontakt, mens sykepleiere var sekundærkontakter. Men en så også det motsatte, at sykepleierne var primærkontakter og helsefagarbeiderne sekundærkontakter.

Samhandlingsreformen vil kreve kompetanseoppbygging i kommunene. Det var derfor rimelig å regne med at de nye kompetansekravene som følger av samhandlingsreformen, ville innvirke på hvordan kommunen valgte å organisere tjenesten.



Ingen i samtaleintervjuene mente at kommunen har endret måte å organisere tjenesten på etter innføring av reformen. I spørreskjema ble det også stilt spørsmål om organisasjonsendringer: «om tjenesten i større grad er inndelt i spesielle fagteam», «om tjenesten i større grad er inndelt etter geografiske hensyn», «om tjenesten i større grad er inndelt i flere soner eller distrikt» og «om tjenesten er inndelt i færre soner eller distrikt».

Heller ikke resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viste at reformen i vesentlig grad hadde ført til endret organisasjonsformer. På spørsmål om tjenesten i større grad er inndelt i spesielle fagteam svarte 82 prosent at dette ikke har skjedd. 78 prosent hadde krysset av for at tjenesten ikke i større grad var inndelt i flere soner, og 69 prosent at tjenesten ikke var inndelt i færre soner. Derimot viste svarene at det var noen endringer for organisering ut fra geografiske hensyn. Selv om det var en liten andel, opplevde 24 prosent at det nå i svært stor, stor eller noen grad var endring etter reformen som innebar organisering ut fra geografiske hensyn. Jf. tabell 3.1.

**Tabell 3.1. Ansattes vurdering av om det har skjedd endring i organisering av hjemmetjenesten etter 2012. Prosent**

	I svært stor grad/ I stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Organisert ut i fra geografiske hensyn	24	24	53	115
Inndelt i flere soner/distrikt	16	16	69	108
Inndelt i færre soner/distrikt	11	11	78	105
Inndeling i spesielle fagteam ut fra kompetanse	3	15	82	117

### 3.2. Arbeidssituasjon og nye oppgaver

En tydelig endring som følge av samhandlingsreformen ble belyst i intervjuene. Endringen var at hjemmetjenesten merket at det var økte krav til formaliserte søknader og vedtak. Flere i samtaleintervjuene la vekt på at reformen hadde bidratt som en katalysator, og fått fart på en økt vektlegging av at tjenesten skal tildeles etter søknad og vedtak. Det skulle lages nye vedtak både når behov økte og minket. Noe følgende eksempel beskriver.

*Få det i vedtaksform, for det er den nye måten i drifte på. Slik var det ikke før. Helt klare retningslinjer. Hvem som har rett til å innvilge tjeneste ut ifra behovene sine ... Og det får de skriftlige vedtak på. Men det er ikke bare her, det er flere kommuner som driver med det. Nå har dette begynt å bli innarbeidet.*

Denne endringen førte til at ansatte ble mer observante på å identifisere pasientens behov slik at disse skulle komme fram i søknaden om tjenester. Utviklingstrekket er belyst av representanter fra samtlige yrkesgrupper i intervjuene.

Videre viste intervjuene at det ikke bare har vært endringer i samhandlingsrutinene med helseforetakene. Det har også vært store endringer i andre arbeidsoppgaver og i hjemmetjenestens arbeidshverdag. Felles for alle informantene er at de beskriver en hverdag med et svært bredt spekter av arbeidsoppgaver knyttet til ulike bruker grupper og behov. Alle informantene forteller at de tar del i mange ulike arbeidsoppgaver.

Sykepleierne mente at de nå hadde tatt over deler av den behandlingen som før foregikk på sykehuset. Spesielt sykepleierne mente at oppgaveforskyvningen fra foretaket var særlig merkbar rett etter oppstarten av reformen. Dette fikk flere konsekvenser for hjemmetjenesten. Stadig oftere kreves oppfølging av nyopererte pasienter, oppfølging av ortopediske prosedyrer etter bruddskader som observasjon av sår og fjerning av skinner, eller hjelp til stell.

I tillegg til at hjemmetjenesten hadde tatt over deler av behandlingen som sykehuset utførte, bød økende krav til spesialiserte behandlingsoppgaver i hjemmetjenesten på utfordringer, både for sykepleierne og helsefagarbeiderne. Det var først og fremst erfarne sykepleiere som la vekt på denne endringen, selv om det også var eksempel på at andre framhevet denne utviklingen. En sykepleier beskriver det slik:

*De fleste kommer fort hjem ... rett etter nyttår i 2012 fikk vi plutselig litt flere. Vi fikk hjemmedialyse og vi hadde litt sånn antibiotika hjemme. Vi har hatt det før, men det var akkurat som vi fikk litt flere utfordringer, behandling hjemme, enn hva vi har hatt tidligere. Nå har det liksom ... nå er det på normalen igjen.*

Flere la vekt på at endringer med stadig flere eldre, med flere og mer alvorlige lidelser, var en utvikling som hadde startet lenge før innføringen av samhandlingsreformen. Også før reformen ble sykepleierne stadig oftere stilt overfor brukere som ble tiltagende dårligere, noe som innebar at sykepleieren måtte vurdere, revurdere og lage nye oppfølgingsplaner, for eksempel knyttet til sårbehandling. Også spørreskjemaundersøkelsen viste at endringene i hjemmetjenestens arbeidshverdag ikke bare ble knyttet til innføring av samhandlingsreformen.

På spørsmål om respondentene knyttet endringene til samhandlingsformen eller om endringene var noe som hadde skjedd over tid, svarte 37 prosent at endringene har skjedd over tid. Vel en tredjedel (34 prosent) opplevde endringer først og fremst etter at reformen ble innført i 2012. De resterende 29 prosentene mente at det ikke hadde vært endringer i arbeidsoppgavene. Vurderingen av endringene hadde ikke statistisk signifikant sammenheng med stillingstype ( $P = 0,084$ ) eller utdanningsbakgrunn ( $P = 0,133$ ). Jf. tabell 3.2.

**Tabell 3.2. Ansatte i hjemmetjenesten sin vurdering av om det har skjedd endringer i arbeidsoppgaver. Prosent**

		Nei, endringen har skjedd over tid	Ja, endringen skjedde etter at reformen ble innført i 2012	Nei, ingen merkbare endringer	N
Alle		37	34	29	137
Stillingstype*	Fagstilling	34	35	32	92
	Lederstilling/kombinert fagstilling, lederstilling	52	36	13	31
Utdanningsbakgrunn**	Videregående	37	26	37	51
	Høyskole	37	40	24	85

\* $P = 0,084$ ; \*\* $P = 0,133$ .

I tillegg til dette generelle spørsmålet om endringer i arbeidsoppgaver knyttet til samhandlingsreformen ble det i spørreskjema stilt spørsmål om endringer på spesifikke områder. Så mye som 70 prosent svarte at arbeidsdagen i svært stor eller stor grad var blitt mer hektisk. Dessuten svarte 49 prosent i svært stor eller stor grad på spørsmål om «oppgavene var blitt mer varierte» og «arbeidsdagen var blitt mer interessant», og 32 prosent at oppgavene i svært stor eller stor grad var blitt vanskeligere. Litt over en fjerdedel, 26 prosent, mente at de i svært stor eller stor grad gjorde arbeidsoppgaver som før var blitt gjort av andre yrkesgrupper og gjorde arbeidsoppgaver som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten. Jf. tabell 3.3.

**Tabell 3.3. Ansatte i hjemmetjenesten sin vurdering av i hvilken grad de har opplevd endringer innenfor ulike arbeidsoppgaver etter samhandlingsreformen 2012. Prosent**

	I stor grad / i svært stor grad	I noen grad	Ikke i hele tatt / i liten grad	N
Arbeidsdagen har blitt mer hektisk	70	23	6	105
Oppgavene har blitt mer varierte	49	45	6	105
Arbeidsdagen har blitt mer interessant	49	38	13	105
Oppgavene har blitt mer vanskelige	32	36	32	105
Gjør arbeidsoppgaver som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten	26	47	28	105
Gjør arbeidsoppgaver som før ble gjort av andre yrkesgrupper	26	38	36	105

Det var delt syn blant respondentene i spørreskjemaundersøkelsen på om fokuset på å behandle og følge opp eldre pasienter med sammensatte lidelser var endret etter 2012. I underkant av én av tre (31 prosent) mente fokuset ikke var endret. Nær fire av ti (38 prosent), mente at fokuset var endret i noen grad. I underkant av én av tre mente at fokuset var endret i stor grad eller svært stor grad. Jf. tabell 3.4.

**Tabell 3.4. Hjemmetjenestens vurdering av i hvor stor grad de har opplevd endret fokus på å behandle og følge opp eldre brukere med sammensatte lidelser i kommunen.**

**Prosent**

I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
31	38	31	121

I spørreskjemaundersøkelsen ble det i tillegg stilt spørsmål om endringer når det gjaldt brukergruppens behov og situasjon. Også her ble det stilt spørsmål om endringen var knyttet til samhandlingsreformen eller om dette var endringene som hadde skjedd over lengre tid. Det ble stilt spørsmål om det var «flere syke», «flere mer hjelpetrengende», «flere med sammensatte problemer», «flere med psykiske lidelser», «flere med sosiale problemer», «flere ensomme» og «om flere hadde både psykiske, sosiale og medisinske problem». Jf. tabell 3.5.

Undersøkelsen ble gjennomført kort tid etter at samhandlingsreformen ble innført. Det var likevel noen som knyttet endringer som hadde skjedd, til samhandlingsreformen, selv om de som gjorde det var i mindretall. Ikke overraskende var det flest som mente at endringen var

relatert til samhandlingsreformen på områdene «flere med sammensatte helseproblemer», «flere med sykdommer» og «flere mer hjelpetrengende». På området «flere med sammensatte helseproblemer» var det også flest som mente at det hadde skjedd endringer. Bare 26 prosent rapporterte at det ikke hadde skjedd endringer.

Det området som skilte seg ut ved at mange rapporterte at det hadde skjedd endringer, var «flere ensomme». De fleste, 68 prosent, mente at flere ensomme i hjemmetjenesten var en utvikling som hadde skjedd over lengre tid. Få knyttet endringen på dette området til samhandlingsreformen. Dette gjaldt for bare sju prosent. Bare i overkant av én av fire av respondentene mente at de ikke kunne se at flere eldre var ensomme.

Det var også gjort vurderinger om at det ikke hadde skjedd endringer med eldre i hjemmetjenesten. Blant annet mente i underkant av halvparten, 48 prosent, at det ikke hadde blitt flere eldre med mer psykiske problem, og 45 prosent at det ikke var flere eldre med sosiale problem. 38 prosent mente at det ikke hadde skjedd endringer i at flere eldre hadde både psykiske, sosiale og medisinske problem, og 37 prosent mente at det ikke var flere eldre hjelpetrengende. Jf. tabell 3.5.

**Tabell 3.5. Endringer hos eldre brukere i hjemmetjenesten over tid. Prosent**

	Ja, endringen har skjedd over lengre tid	Ja, først og fremst etter at reformen ble innført	Nei, ingen merkbare endringer	N
Flere er ensomme	68	7	26	133
Flere har mer sammensatte sykdomstilstander	58	15	27	133
Flere har både psykiske, sosiale og medisinske problem	56	7	38	128
Flere er sykere	53	12	36	129
Flere er mer hjelpetrengende	53	10	37	131
Flere har mer sosiale problem	51	4	45	127
Flere har mer psykiske problem	48	4	48	128

### 3.3 En travlere arbeidshverdag

Flere arbeidsoppgaver innebar en travlere arbeidshverdag for de ansatte i hjemmetjenesten.

Konsekvensen var at de måtte arbeide «raskere» enn før. Noe som igjen førte til strammere krav om prioriteringer mellom ulike oppgaver enn tidligere. Dette ble påpekt av flere.

En sykepleier beskriver tiden de har til rådighet slik:

*Så det er litt hektisk, det blir litt hektiske dager ... Og så skal du skynde deg for å hjelpe de andre så de får noen lunde dager, og så skal du være alle plasser. Sånn som i dag, en vanlig dag når du er utevakt, så tenker du 'til hvilken tid må jeg gå ut'. Da må jeg gå ut halv 9, begynner på jobb halv 8. Og da klarer jeg et stell. Et og et halvt stell. ... Sant, så du liksom planlegger dagen, og så skynder du deg.*

Økende press førte til at hjemmetjenestene fikk for dårlig tid til planlegging og til å sette seg inn i situasjonen til nye pasienter i forkant av hjemmebesøk. Dette gjaldt spesielt brukere som var kommet hjem fra avlastningstiltak eller sykehusinnleggelse. En annen side av økende tidspres som flere av informantene pekte på, var nedprioritering av tid til å ivareta brukeres psykososiale behov. En sykepleier fortalte at eldre selv sa de hadde fått mindre anledning til å diskutere sine helseproblemer med ansatte i hjemmetjenesten samt mindre anledning til å snakke om alle sine problemer da de var på sykehus. Flere påpekte manglende grunnbemanning tross økende press på hjemmetjenesten.

*Så det er ganske høyt stressnivå. De to [sykepleierne] har det i hvert fall ganske tøft. Men det går også ut over de andre. Så vi har litt lite bemanning. Vi er litt sårbare når det gjelder sykepleierdekningen. Og det skjer at vi har vakter der vi ikke har sykepleier på, og det skal ikke skje.*

Flere hevdet at en konsekvens av reformen var dårlig sykepleiedekning i kommunene i forhold til økning i arbeidsoppgaver og funksjoner der det var behov for sykepleierkompetanse.. Helsefagarbeiderne opplevde vakter der det ikke var sykepleiere til stede, som spesielt utfordrende.

*Det er noe med det, for jeg tror ikke vi har fått øke noe. Jeg tror ikke vi har fått økt noe ressurser på hjemmetjenesten i forhold til den samhandlingsreformen, da. Det kunne jo tidvis ha vært nødvendig.*

Økt arbeidspres bidro til vanskelige prioriteringer for de ansatte. Sykepleiere med kortere fartstid i hjemmetjenesten la i større grad vekt på følelsen av stort ansvar og frustrasjon over ikke å strekke til.

Både sykepleiere/vernepleiere og helsefagarbeidere beskrev at oppgaveforskyvning mellom yrkesgruppene foregår. Enkelte sykepleiere opplevde det som en ekstra stor påkjenning dersom de måtte overlate oppgaver til helsefagarbeiderne som de selv mente de burde utføre. En hjelpepleier beskriver reaksjonen på oppgaveforskyvninger slik:

*Det er jo absolutt forståelse for det, men en kan ikke alltid si at det er så populært, for alle har egentlig en liste som er stor nok.*

De beskrivelsene som informantene gav av en travlere arbeidshverdag, tydet på at de selv følte de hadde ansvaret for å tilpasse arbeidsdagen til den nye situasjonen. Flere gav også direkte uttrykk for at travelheten ble en personlig belastning, og fortalte om følelsen av dårlig samvittighet og ikke å strekke til, noe som dette sitatet illustrerer:

*Da jeg begynte i dag, var jeg veldig god. Jeg har hatt litt tid til overs, og da bruker jeg tiden til det som vi ellers forsømmer og har dårlig samvittighet for, at ikke vi strekker til og har tid til å snakke.*

Intervjuene viste imidlertid at til tross for økende arbeidspress og mange endringer, opplevde likevel hjemmetjenestene at de mestret arbeidssituasjonen og at situasjonen for de eldre var positiv.

I intervjuene kom det også fram at den faglige utviklingen som hadde vært i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen ble vurdert som positiv. En sykepleier beskrev endring av arbeidsoppgavene på denne måten:

*Må jeg tenke ... det er jo ... jeg tenker det er jo spennende at vi får anledning til å ... vi har jo av og til snakket om at 'guri meg, det er mye verre på en intensivavdeling', sant. Vi er liksom på landet og skal på en måte ta ansvar for noe sånt.*

Organisatoriske tilpasninger og endringer som følge av samhandlingsreformen ble vurdert i spørreskjemaundersøkelsen. På spørsmål om det var behov for flere ansatte i hjemmetjenesten mente 51 prosent at det i svært stor eller i stor grad var behov for flere ansatte etter innføringen av reformen. Litt over en fjerdedel (27 prosent), mente at det i noen grad var økende behov for ansatte, og 22 prosent mente det ikke var eller i liten grad var behov for

flere ansatte. Det var ikke statistisk signifikant forskjell mellom de med ulik utdanningsbakgrunn ( $P=0,672$ ), eller de med ulike stillingstyper ( $P=0,332$ ). Jf. tabell 3.6.

**Tabell 3.6. Hjemmetjenestens vurdering av behov for flere ansatte i hjemmetjenesten etter 2012, etter utdanning og stillingstype. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Alle		51	27	22	123
Utdanningsbakgrunn*	Videregående	57	24	19	42
	Høyskole	49	28	24	80
Stillingstype **	Fagstilling	49	26	25	80
	Lederstilling / kombinert leder -og fagstilling	48	39	14	29

\* $P=0,672$ ; \*\* $P=0,332$

Litt under en tredjedel (32 prosent) mente at det i svært stor grad eller stor grad var «raskere tilpassing av personalressurser i hjemmetjenesten ved endring i pasientbehov». Oppunder halvparten (46 prosent) oppgav at dette skjedde i noen grad.

Bare 9 prosent svarte at det i stor grad eller svært stor grad var «tilpassing av kompetanse når eldre sine behov endres». Derimot mente 40 prosent at dette skjer i noen grad, og så mye som 50 prosent sier at dette ikke i det hele tatt, i liten eller svært liten grad skjer. Det var ingen signifikant forskjell mellom yrkesgruppene for verken tilpassing av personalressurser ved endringer i pasientbehov eller for tilpassing av kompetanse når eldre sine behov endres. Jf. tabell 3.7.

**Tabell 3.7. Ansatte i hjemmetjenesten sin vurdering av hvor raskt de kan tilpasse seg endringer, etter utdanningsbakgrunn. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N	
Personalressurser ved endring i pasientbehov	Alle	32	46	22	138	
	Utdanningsbakgrunn*	Videregående	29	55	16	51
		Høyskole	33	42	26	86
Kompetanse når eldre sine behov endres	Alle	9	40	51	138	
	Utdanningsbakgrunn**	Videregående	10	39	52	52
		Høyskole	8	41	51	85

\* $P=0,259$ , \*\* $P=0,932$



Det området som skilte seg ut ved at flest mente det hadde vært endring etter samhandlingsreformen, var «mer fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgavene». Litt over halvparten (52 prosent), mente at de i svært stor eller i stor grad opplevde «mer fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgavene». En tredjedel mente at de opplevde dette i noen grad. Videre var det 38 prosent som i stor grad eller svært stor grad mente det var «mer fokus på effektivitet og praktisk organisering» etter 2012. Litt under en tredjedel (32 prosent) mente at dette var tilfelle i noen grad.

Når det gjaldt spørsmålet om «mer fokus på å gi større selvstendighet for ansatte i hjemmetjenesten», svarte 18 prosent at dette var tilfelle i svært stor eller stor grad, og 36 prosent i noen grad. I tillegg oppgav 16 prosent at det var «større muligheter for ansatte til å tilpasse hjelpen til den eldre sitt behov», 39 prosent svarte «i noen grad» på dette spørsmålet.

Færre opplevde «mer fokus på å gi større handlingsrom for ansatte i hjemmetjenesten», 12 prosent oppgav handlingsrommet i svært stor grad eller stor grad. Litt under tre av fem mente det ikke i hele tatt, i liten grad eller i svært liten grad var lettere «å tilby tjenester til det tidspunktet pasienten trenger det». Jf. tabell 3.8.

**Tabell 3.8. Ansatte i hjemmetjenesten sin vurdering av i hvor stor grad de opplever endringer innenfor følgende områder av tjenesten etter 2012. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Opplevelse av mer fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgavene i hjemmetjenesten	52	33	15	127
Økt fokus på effektiv tidsbruk og praktisk organisering av arbeidsdagene	38	32	30	123
Mer fokus på å gi større selvstendighet for ansatte i hjemmetjenesten	18	36	46	122
Større muligheter for ansatte til å tilpasse hjelpen til den eldre sitt behov	16	39	45	122
Mer fokus på å gi større handlingsrom for ansatte i hjemmetjenesten	12	37	51	123
Lettere å tilby tjenester til det tidspunktet brukerne trenger det	12	30	58	120

Andre endringer innenfor hjemmetjenestens arbeidshverdag ble også kartlagt, jf. tabell 3.9. Et spørsmål som ble stilt, var om hjemmetjenesten hadde «opplevd større rom for å ta opp faglige spørsmål». Hovedandelen (44 prosent), mente at det var større rom for å ta opp faglige spørsmål. Dette var uavhengig av fartstid i hjemmetjenesten ( $P = 0,529$ ). Over halvparten, 53

prosent av de med lang fartstid (<15år), og 45 prosent av de med erfaring fra 6 til 15 år, og 41 prosent av de som hadde mindre enn fem års arbeidserfaring, mente det hadde skjedd endringer på dette området.

I tillegg undersøkte vi ansatte i hjemmetjenesten sin opplevelse av «om de hadde fått større faglig handlingsrom til selv å endre rutiner når pasientens behov endrer seg». 62 prosent svarte at det er blitt økt mulighet til dette. Her var det statistisk signifikant sammenheng, mellom opplevelsen av handlingsrom og hvor lang arbeidserfaring de ansatte hadde i hjemmetjenesten (P=0,040). Hovedandelen, 89 prosent av de som hadde jobbet mer enn 15 år, opplevde større handlingsrom til endring av rutiner enn de med kortere erfaring.

Hovedandelen, 65 prosent av alle respondentene, opplevde at de hadde «fått større handlingsrom når det gjaldt å ta ting på sparket når behov oppstod». Dette var en oppfatning uavhengig av fartstid i hjemmetjenesten (P = 0,317). Hele 72 % av de som hadde arbeidet lengst i hjemmetjenesten, rapporterte at det var blitt større handlingsrom for å ta ting på sparket når behov oppstod, og henholdsvis 68 prosent for de med erfaring mellom 6 og 15 år og 65 prosent for de med 0–5 års erfaring. Jf. tabell 3.9.

**Tabell 3.9. Ansatte i hjemmetjenesten sin vurdering av om de som fagperson har fått større handlingsrom til følgende påstander, ut fra arbeidserfaring. Prosent**

		Ja	Nei	Vet ikke	N	
Ta opp faglige spørsmål	Alle	44	34	22	132	
	Arbeidserfaring*	0–5 år	41	29	29	17
		6–15 år	45	36	19	31
		>15 år	53	41	6	17
Endre rutiner etter pasienten sitt behov	Alle	62	24	14	132	
	Arbeidserfaring**	0–5 år	47	24	29	17
		6–15 år	57	30	13	30
		>15 år	89	11	0	18
Ta ting på sparket når behov oppstår	Alle	65	21	14	134	
	Arbeidserfaring***	0–5 år	65	12	24	17
		6–15 år	68	26	7	31
		>15 år	72	22	6	18

\*P= 0, 529, \*\*P=0,040, \*\*\*P=0, 317.

### 3.4 Prioriterte arbeidsområder i hjemmetjenesten

I spørreskjemaet bad vi respondentene vurdere hvordan de i tjenesten prioriterte ulike arbeidsområder. Det ble her stilt spørsmål om områder som det fra myndighetenes side har vært stor oppmerksomhet rundt – å sikre eldre nødvendig helsehjelp og å forebygge videreutvikling av helseproblemer.

De fire områdene som det ble stilt spørsmål om var «legger til rette for god ernæring», «fallforebyggende arbeid», «legger til rette for trivsel» og «stimulerer eldre til aktivitet/deltakelse». Resultatene her viser at dette er områder som flertallet mener prioriteres, samtidig som resultatene også tyder på variasjoner i prioritering og oppmerksomhet innen disse områdene.

Tre av fem (60 prosent) oppgav at de i svært stor eller stor grad «la til rette for god ernæring til eldre i hjemmetjenesten». Bare fire prosent oppgir at dette området ikke prioriteres. Litt under halvparten, 48 prosent, oppgav at de i svært stor eller stor grad «drev fallforebyggende arbeid». Det var tilsvarende tall for å «legge til rette for trivsel» og «stimulere til aktivitet og deltakelse», henholdsvis 45 prosent og 42 prosent. Når det gjaldt å «stimulere til aktivitet og deltakelse» var det et område som flest oppgav at de i liten grad eller ikke prioriterte. Dette gjaldt for så mye som én av ti (10 prosent). Likedan var det i underkant av én av ti som oppgav at de i liten grad eller ikke prioriterte «fallforebyggende arbeid» (9 prosent), og 7 prosent at de i liten, svært liten grad eller ikke i hele tatt la til rette for trivsel. Jf. tabell 3.10.

**Tabell 3.10. Ansatte sin vurdering av om de opplever at hjemmetjenesten arbeider med følgende områder i eldreomsorgen. Prosent**

	I svært stor / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Legger til rette for god ernæring	62	35	4	136
Fallforebyggende arbeid	48	43	9	137
Legger til rette for trivsel	45	48	7	137
Stimulerer eldre til aktivitet/deltakelse	42	49	10	136

Respondentene ble videre i spørreskjemaundersøkelsen bedt om å vurdere i hvilken grad de utførte vurderinger og registreringer av eldre brukeres helsetilstand med tanke på å forebygge forverring. Nær fire av fem (78 prosent), sørget i svært stor eller i stor grad for at «eldre fikk nødvendig legetilsyn». «Måling av vekt» ble utført av halvparten i svært stor eller i stor grad. «Monitorering av fysiologiske data» ble utført i svært eller i stor grad av 28 prosent og i noen grad av 54 prosent. Det var ingen statistisk signifikant forskjell yrkesgruppene for hvordan de vurderte oppfølging og registrering av helsetilstanden til de eldre. Jf. tabell 3.11.

**Tabell 3.11. Hjemmetjenestens vurdering av oppfølging og registrering av helsetilstand hos eldre for å forebygge forverring. Prosent**

			I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i liten grad	N
Sikre legetilsyn	Alle		78	20	2	133
	Utdanningsbakgrunn*	Videregående	77	23	0	47
		Høyskole	79	18	4	85
Måling av vekt	Alle		50	39	11	133
	Utdanningsbakgrunn**	Videregående	56	31	13	48
		Høyskole	56	46	10	84
Monitorering – fysiologiske data	Alle		28	54	18	126
	Utdanningsbakgrunn***	Videregående	34	50	16	44
		Høyskole	25	56	20	81

\* P= 0,335, \*\*P=0,347, \*\*\* P=0,524

### 3.5 Reisetid og vurdering av trygghet

Ansatte i hjemmetjenesten jobber ofte alene og kan ha lang reisevei, særlig i fylker som Sogn og Fjordane med spredt bosetting. Hjemmetjenestens vurdering av om pasienter som bor nær sentrum av kommunen, får mer hjelp etter reformen ble dermed spurt om.

Så mye som over tre av fem svarte at det har vært en utvikling mot at eldre får mer tjenester dersom de som bor sentralt i kommunene. Det kan være rimelig å anta at denne type utvikling vil være påvirket av samhandlingsreformen, fordi flere eldre har omfattende hjelpebehov, noe som kan kreve at tilbud sentraliseres for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det var imidlertid bare 6 prosent som mente at eldre fikk mer hjelp dersom de bodde i sentrum av kommunen som et resultat av at reformen ble innført. Så mye som i overkant av seks av ti (62 prosent), mente at det at eldre får mer hjelp dersom de bor nær sentrum av kommunen, er en utvikling som har skjedd over tid. En tredjedel (33 prosent), mente at det ikke hadde skjedd noen endring i tilbudet til de eldre, selv om de bodde nær sentrum av kommunen. Det var ingen signifikante forskjeller i disse vurderingene verken når det gjaldt utdanningsbakgrunn (P= 0,058) eller stillingstype (P=0,819). Jf. tabell 3.12.

**Tabell 3.12. Ansatte i hjemmetjenesten sin vurdering av om eldre får mer hjelp dersom de bor nær sentrum av kommunen. Prosent**

		Ja, endringen har skjedd over tid	Ja, endringen har skjedd etter reformen	Ingen merkbare endringer	N
Alle		62	6	33	120
Utdanningsbakgrunn*	Videregående	49	8	44	45
	Høyskole	70	5	24	74
Stillingstype *	Fagstilling	61	5	34	79
	Lederstilling/kombinert leder- og fagstilling	64	7	29	28

\* P= 0,058; \*\*P=0,819

Spørsmål om hjemmetjenestens vurderinger av «pasienttryggheten» og «mer bruk av teknologiske hjelpemidler» ble stilt med tanke på geografiske avstander og spredt bebyggelse. Ikke overraskende svarte flesteparten av respondentene (77 prosent) at de vurderer i svært stor grad eller i stor grad pasienttryggheten når brukeren bor langt fra hjemmetjenestebasen. Det var imidlertid fem prosent her som oppgav at vurderinger ikke eller i svært liten eller liten grad ble gjort. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom yrkesgruppene (P=0,216). Jf. tabell 3.13.

Vurderinger av bruk av teknologiske hjelpemidler for eldre som bodde langt fra basen, var ikke inne i bildet for like mange. I overkant av en tredjedel (36 prosent) mente de vurderte bruk av teknologiske hjelpemidler i stor grad eller svært stor grad, og 38 prosent gjorde slike vurderinger i noen grad. Så mye som én av fire mente de ikke i det hele tatt eller i liten grad vurderte bruk av teknologiske hjelpemidler. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom yrkesgruppene (P=0,313). Jf. tabell 3.13.

**Tabell 3.13. Vurderinger hjemmetjenesten utfører når brukeren bor langt fra basen. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i liten grad	N	
Vurderer pasienttryggheten	Alle	77	18	5	129	
	Utdanningsbakgrunn*	Videregående	68	23	9	44
		Høyskole	81	16	4	84
Vurderer mer bruk av teknologiske hjelpemidler	Alle	36	38	26	129	
	Utdanningsbakgrunn**	Videregående	40	42	18	45
		Høyskole	34	36	30	83

\*P=0,216; \*\*P=0,313

Videre ble spørsmål om reising knyttet til arbeid stilt til hjemmetjenesten. Forholdvis mange opplevde ikke reisetiden som en belastning, og de var trygge når de var ute og kjørte. Hele 73 prosent vurderte at de i svært liten grad eller i liten grad var utrygge, og 72 prosent mente at reisetiden i svært liten eller liten grad var en belastning. Bare 8 prosent oppgav at reisetiden var belastende, og at de var utrygge når de var ute og kjørte. Jf. tabell 3.14.

**Tabell 3.14. Vurdering av opplevelser knyttet til hverdagen i hjemmetjenesten. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I svært liten grad / i liten grad	N
Reisetiden er belastende	8	20	72	123
Er utrygg når en er ute og kjører	8	20	73	120

### 3.6 Sammendrag

Resultatene her viser at det har skjedd betydelige endringer i hjemmetjenestene. Som forventet kan ikke alle endringene knyttets til innføring av samhandlingsreformen.

Flesteparten av endringene har skjedd over tid.

Det at flere pasienter i hjemmetjenesten har blitt sykere og har mer sammensatte tilstander, er noe som har skjedd over tid og kan dermed ikke først og fremst knyttes til innføring av samhandlingsreformen. Likevel kan denne undersøkelsen peke på områder der samhandlingsreformen har påvirket hjemmetjenestene.

Våre intervjuer viste at arbeidshverdagen hadde blitt mer hektisk etter innføringen av reformen på grunn av tidligere utskrivning fra sykehus. Dette viser også tallene for utskrivning fra sykehus i fylket. Antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter har endret seg betraktelig i Sogn og Fjordane etter at reformen ble innført. Tall fra Samhandlingsbarometeret viser at det totale antallet liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er endret fra 423 liggedøgn i 2012 til 104 i 2014 (per 01.12.14). Endring i betalingsordningen gjør at kommunen reagerer og tar imot pasienter. Samtidig skal det her påpekes at det er variasjoner mellom kommunene. Noen kommuner har et økt antall liggedøgn etter at reformen ble innført (Samhandlingsbarometeret, 2014). Dette er endringer som vil påvirke ressursituasjonen i hjemmetjenesten. I spørreskjemaundersøkelsen har opp mot 80 prosent oppgitt at det er behov for flere ansatte (svært stor / stor / noen grad).

Flere av deltakerne i den kvalitative studien beskrev at behandlingen av eldre nå ble avsluttet av hjemmetjenesten etter at de eldre kom hjem fra sykehuset. Hjemmetjenesten hadde tatt over behandlingen som før foregikk på sykehuset. I tråd med hva som også er framhevet i mange andre sammenhenger, la også deltakerne i vår undersøkelse vekt på at de måtte forholde seg til nye fagområder, skaffe seg ny kunnskap og utføre pleie og behandling til eldre som før ble gjort på sykehuset.

Heller ikke denne utviklingen ble bare knyttet til samhandlingsreformen. Det at hjemmesykepleien stadig hadde fått eldre pasienter med mer omfattende behandlingsbehov, var en utvikling som hadde skjedd over tid. Men samhandlingsreformen hadde befestet og samtidig skjerpet denne utviklingen. Nesten tre av fire oppgav at de gjør oppgaver som før ble utført av spesialisthelsetjenesten (svært stor / stor / noen grad). Nesten 70 prosent oppgav at det nå er større fokus på å behandle eldre i kommunen framfor at de skal på sykehus. Flere høgskoleutdannede enn helsefagutdannede opplever disse endringene, noe som ikke er overraskende gitt de oppgavene som følger med mer hjemmebehandling, og de behovene som eldre med omfattende helseproblemer kan ha. Vår undersøkelse viser at endringer ikke bare oppleves som negative. Ni av ti mener oppgavene har blitt mer interessante. Nesten ni av ti mener at oppgavene har blitt mer varierte, noe som også kan bety mer utbytterik arbeidshverdag.

I og med innføring av en bestiller/utfører-modell i kommunene er det blitt et skille mellom myndighetsutøvelse og tjenesteutøvelse. Dette er en modell som nå er i bruk i mange kommuner. Vår kvalitative studie viste at det var økende fokus på å få vedtak på tjenestene, og at dette var blitt mer synlig etter samhandlingsreformen. Denne modellen, der bestillertjenesten er skilt fra selve tjenesteutøvelsen, har vært omdiskutert. En innvending har handlet om at skillet mellom disse to tjenesteinstansene kan bli for stort og føre til at utførertjenestens mulighet til å tilpasse tjenesten til endringer i behov, blir begrenset (Busch & Vanebo, 2011; Fermann & Næss, 2010; Rostgaard m.fl., 2011; Vetlesen, 2010). Samtidig kan nærheten mellom tjenesteinstansene, spesielt i små kommuner bidra til at skillet blir mindre (Wollscheid, Eriksen og Hallvik, 2014).

I samtaleintervjuene forteller sykepleierne om mange uforutsette oppgaver. I underkant av én av tre av respondentene i spørreskjemaundersøkelsen oppgir at de raskt kan tilpasse personressurser ved endring i pasientbehov i svært stor grad eller stor grad,

og nesten halvparten oppgir at de kan gjøre dette i noen grad. Bare vel én av fem oppgir at de ikke kan gjøre dette.

I tillegg oppgir over halvparten at det nå etter samhandlingsreformen er mer vekt på fleksibilitet i arbeidsoppgavene i hjemmetjenesten. Bare 15 prosent svarer at dette ikke er tilfelle. Disse svarene tyder nettopp på at de ansatte bidrar til og føler ansvar for at det som skal gjøres, blir gjort, og at de tross en svært travel arbeidshverdag opplever at de har mulighet til å få til dette. Disse resultatene kan derfor indikere at bestiller/utfører-modellen ikke er til hinder for en fleksibel tjeneste.

Imidlertid er det relativt få som oppgir at samhandlingsreformen har medført «større selvstendighet for ansatte», «større mulighet til å tilpasse til de eldres behov», «mer fokus på å gi de ansatte større handlingsrom», eller «at det er lettere å tilby tjenester til det tidspunktet brukerne trenger hjelpen». Disse noe motstridende resultatene kan bety at de ansatte strekker seg langt og er fleksible for å møte de eldres behov, samtidig som de ikke selv opplever at deres handlingsrom er forbedret i vesentlig grad i form av ressurser for å gjøre dette.

Likeså viser vår undersøkelse også stor evne til tilpasning i form av samarbeid mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne, der oppgaveforskyvning fra sykepleierne til helsefagarbeiderne skjer i stor grad når uforutsette hendelser oppstår, til tross for at forskyvningen fører til merbelastning for helsefagarbeiderne. Det vil si at oppgaveforskyvning også skjer internt i kommunene – ikke bare fra spesialisthelsetjenesten til hjemmetjenesten.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at 26 prosent oppgir at de i stor grad eller svært stor grad gjør oppgaver som før ble gjort av andre yrkesgrupper. Slike oppgaveforskyvninger viser et avhengighetsforhold mellom profesjoner, noe som er beskrevet i mange sammenhenger. Hughes beskriver et gjensidig avhengighetsforhold og organisasjonen som avgjørende for profesjonenes eksistens: «*No organization, no job. No other people, no work for me.*» (Hughes, 1951). Ved oppgaveforskyvning kan det være at arbeidsoppgaver som blir oppfattet som enkle og preget av rutine, er oppgaver som profesjoner ønsker å kvitte seg med. Slike rutinemessige oppgaver sklir dermed ofte over til de som står lavere på rangstigen (Abbott, 1988). Her har vi sett i samtaleintervjuene at nye oppgaver som helsefagarbeiderne må overta, kan oppleves som krevende, og at de kan føle at de mangler kompetanse til å skulle utføre disse.



I spørreskjemaundersøkelsen svarer 68 prosent bekreftende på at oppgavene har blitt vanskeligere (svært stor / stor / noen grad), noe som kan uttrykke et behov opplæring og mer kunnskap. Likeså viser vår undersøkelse at bare i underkant av én av ti oppgir at de i svært stor grad eller stor grad kan tilpasse kompetansen til Eldres behov. 40 prosent oppgir at det er mulig i noen grad, mens over halvparten mener at de ikke kan gjøre dette.

Vår kvalitative studie viste at de med kortest arbeidserfaring fra hjemmetjenesten opplevde det som ekstra utfordrende når nye oppgaver kommer på. Arbeidstakere med lang erfaring vil i større grad ha bygd opp erfaring og kompetanse til å kunne håndtere ulike uventede situasjoner på en annen måte enn det nyutdannede vil ha. Dette viser også resultater fra spørreskjemaundersøkelsen. Det er betydelig flere av de med lang erfaring fra hjemmetjenesten sammenlignet med de med kortere erfaring som evner å endre rutiner etter som de Eldres behov endrer seg.

Nye oppgaver og nye krav til fagkompetanse for kommunene kan kreve nye organisasjonsformer. Hjemmetjenesten i kommunene inndeles ofte i distrikt eller soner som har spesifikke ansatte tilknyttet seg. Spørreskjemaundersøkelsen viser en tendens til større soner i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen. En årsak til dette kan være at større soner gir mulighet til å utnytte den helhetlige kompetansen på en bedre måte enn det mindre soner tillater. Likeså viser våre resultater at geografiske hensyn spiller en større rolle i organiseringen etter samhandlingsreformen. To av fire oppgaver at hjemmetjenesten nå etter samhandlingsreformen var organisert etter geografiske hensyn (i stor grad / svært stor grad / noen grad). Årsaken til det kan også være et ønske om bedre utnyttelse av fagkompetansen.

Resultatene viser at spesifikke fagteam ikke er brukt i større grad enn før etter samhandlingsreformen. Dette er et litt overraskende resultat. Samhandlingsreformen forutsetter tilstrekkelig fagkompetanse, noe som tjenesteorganiseringen kan bidra til å fremme. Det å organisere tilbudet i team der ulike fagkompetanser er representert, kan være et bidrag til å sikre at eldre får den hjelpen de skal ha.

Lange avstander kan være et problem for eldre i distriktskommuner. Tre av fem av deltakerne i spørreskjemaundersøkelsen svarte at det har vært en utvikling mot mer tjenester til eldre som bor sentralt i kommunene. Det kunne være rimelig å forvente at denne utviklingen ble påskyndet av innføring av samhandlingsreformen på grunn av økt behov for kompetanse og

spesialiserte tjenester til de eldre. Det var imidlertid bare 6 prosent som mente at det at eldre fikk mer hjelp dersom de bodde i sentrum av kommunen, var et resultat av at reformen ble innført. De fleste mente at dette var en utvikling som hadde skjedd over tid.

Vår studie tyder på noe mer bruk av teknologiske hjelpemidler for eldre som bor i perifere strøk etter innføring av samhandlingsreformen. Vel én av tre mener det er mer bruk av dette. Bare en av fire oppgir at dette ikke er tilfelle. Få av de ansatte vurderer imidlertid reisetiden som belastende.

## Kapittel 4. Samhandling med sykehusene

Allerede før reformen ble innført bød samhandling mellom sykehusene og kommunene på utfordringer både når det gjaldt faglige, verdimessige og administrasjonsmessige dimensjoner (Aase, K, Laugaland, Dyrstad & Storm, 2013; Laugaland, Aase & Barach, 2012; M.P. Toles, Abbot, Hirschman & Naylor, 2012). Samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten har vært preget av ineffektiv kommunikasjon og mangel på helhetstenking.

Overflyttingsfasene av eldre skrøpelige, ansees som risikofylt og kan føre til uheldige hendelser (Laugaland et al., 2012; Rusdal & Aase, 2013). Eldre har ofte sammensatte problemer og kan ha behov for oppfølging av ulike behandlingstilstander. Overganger fra et omsorgssystem til et annet er derfor assosiert med uønskede hendelser som svikt i kommunikasjon og dokumentasjon. Faktorer som trekkes frem i forskningen som sviktende, er ufullstendige eller fraværende kommunikasjonssystemer og kommunikasjon mellom de ulike tilbudene, manglende planer, feil og manglende informasjon om medisiner, samt manglende involvering av pasienter og pårørende. Språkbarrierer og kulturelle forskjeller kan forverre problemene (M. Naylor & Keating, 2008, Netteland & Naustdal, 2014). Hjemmetjenesten er ikke alltid oppmerksomme på betydningen av godt samarbeid med andre tjenestesteder, med pasienten og pårørende ved overganger og når pasienten har behov for hjelp fra ulike instanser (M.P. Toles, Abbott, Hirschman & Naylor, 2012).

Det har vært etterlyst forskning med et spesifikt fokus på sikkerhet/sårbarhet (E.A. Coleman m.fl., 2004; C. Foster, Hillsdon & Thorogood, 2004; N.L. Foster, 2003; LaMantia, Scheunemann, Viera, Busby-Whitehead & Hanson, 2010; Tsilimingras, Rosen & Berlowitz, 2003). Også forskning fra Norge har pekt på forhold som kan svikte. Det er påvist manglende samsvar mellom hjemmesykepleiers og fastlegens lister over faste medisiner hos over 60 prosent av pasientene (Rognstad & Strand, 2004).

Videre er det påvist manglende informasjon i innleggelsesskriv og epikriser for eldre pasienter over 75 år (Bollig, Ester & I., 2010; Garasen & Johnsen, 2007), og ved utskrivelse manglet 15 av 36 tilfeller sykepleiedokumentasjon. Innholdet i dokumentasjon var varierende, og ansatte ved sykehus og i hjemmetjenesten hadde ulikt syn på hva som ble ansett som viktig informasjon (Paulsen, Romøren og Grimsmo, 2013; Hellesø & Fagermoen, 2010; Hellesø, Lorensen & Sorensen, 2004). Svikt i dokumentasjonen kan føre til mangelfull og gal

informasjon om pasienten på tvers av forvaltningsnivåene (Naustdal & Netteland, 2012). Kontinuiteten i sykepleiedokumentasjonen kan bli brutt. Dette kan føre til at pasienter ikke får dekket grunnleggende behov etter besøk i spesialisthelsetjenesten, og uønskede hendelser knyttet til legemidler og feilsendte opplysninger kan oppstå (Rusdal & Aase, 2013).

For å møte alle disse utfordringene er det pekt på behov for å etablere gode samhandlingsrutiner og ha god planlegging (M. Naylor & Keating, 2008). God planlegging av overgangene mellom ulike nivå i helsetjenesten til eldre kan bidra til en kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte pasient (W.K.B.A. Chiu & R.P. Newcomer, 2007; E.A. Coleman, S.J. Min, A. Chomiak & M.A. Kramer, 2004; Hellesø & Fagermoen, 2010).

I dette kapittelet presenterer vi endringer i samarbeid mellom sykehus og hjemmetjenesten – spesielt med tanke på hvordan samhandlingsreformen har påvirket samarbeidet mellom hjemmetjenestene og sykehus på ulike områder som berører eldreomsorgen. Vi har spurt spesifikt etter endringer som er viktige når en skal sikre trygge pasientoverganger, som utskrivningsrutiner, og endringer i kommunikasjon som omhandler koordinering, informasjonsutveksling og pasientreiser.

#### **4.1 Endring i rutiner for samhandling med spesialisthelsetjenesten**

Flere som deltok i den kvalitative intervjustudien, beskrev kjappere utskrivninger og kortere liggetid knyttet til eldre brukere. Spesielt var endringen merkbar i den første fasen rett etter at samhandlingsreformen ble innført. Det ble lagt vekt på at eldre som kan ha mange og sammensatte lidelser, ikke ble ferdigbehandlet på sykehuset før de kom hjem igjen, noe som kunne resultere i reinnleggelse. Sitatet under illustrerer erfaringer med for tidlig utskrivning. En av hjelpepleierne beskrev det slik:

*Og det merker vi fordi at sånne eldre personer de har ofte sammensatte ... Det er så komplekst. Og ut ifra det tilsier det at de [brukerne] må gjerne kjapt tilbake igjen til sykehuset. Fordi at de er ikke godt nok ferdigbehandlet, for å si det sånn. Det føler i alle fall jeg og flere enn meg at det er et minus med dette der, at det blir mer skytteltrafikk for den gruppa, da. Slik at de ... kanskje det er bare noe jeg føler, men om det er helt reelt, det kan jeg ikke svare på, men jeg ser de [eldre brukerne] må tilbake igjen fordi problemene ikke er løst.*

En forklaring som ble gitt i samtaleintervjuene på hyppige reinnleggelser var at den ekstra tilretteleggingen som disse brukerne krevde, var det ikke tatt høyde for i hjemmetjenesten. En av sykepleier beskrev dette på denne måten:

*Ja, vi merker det [endringer]. Vi får mange av de syke hjem raskere enn kanskje de ... det er kanskje litt sånn svingdør. De [eldre brukerne] er innom hjemmet, og så må de tilbake igjen på grunn av en eller annen problematikk som ... Og så merker vi det at, ja, vi får de hjem, og det står ikke på kunnskap eller ... det er mer på evnen på at de [brukerne] ... de burde hatt mer oppfølging enn vi egentlig har tid til. Vi er så få folk..*

Spørsmålet om eldre blir skrevet ut for tidlig av sykehuset ble fulgt opp i spørreskjemaet. Flesteparten, 43 prosent av respondentene, mente at de eldre brukerne ble skrevet ut for tidlig etter 2012. Videre mente 26 prosent at utskrivningspraksisen foregikk som før. Langt færre, 11 prosent, mente at pasientene ikke ble skrevet ut for tidlig, de resterende 21 prosentene oppgav «vet ikke». Jf. tabell 3.1. Noen flere med høgskoleutdanning sammenlignet med respondenter med helsefagutdanning, mente at eldre ble skrevet ut for tidlig fra sykehuset ( $P=0,010$ ). Oppunder halvparten (46 prosent) av personalet med høyskoleutdanning mente eldre ble skrevet ut for tidlig, i motsetning til 39 prosent av de med helsefagutdanning. Blant denne gruppen var det en relativt stor andel på 35 prosent som hadde oppgitt «vet ikke». Jf. tabell 3.1. Dette svaret må sees i lys av at helsefagutdannede i mindre grad er involvert i mottak av eldre fra sykehus, noe samtaleintervjuene viste. En litt større andel av ansatte i lederstillinger sammenlignet med ansatte i fagstillinger oppgav at eldre ble skrevet ut for tidlig. Forskjellen her var imidlertid bare på 6 prosentpoeng og ikke signifikant ( $P=0,885$ ). Jf. tabell 4.1.

**Tabell 4.1 Vurdering av ansatte i hjemmetjenesten om eldre blir skrevet ut for tidlig etter 2012, ut fra utdanningsbakgrunn og stillingstype. Prosent**

		Ja	Som før	Nei	Vet ikke	N
Alle		43	26	11	21	140
Utdanningsbakgrunn*	Videregående	39	19	8	35	52
	Høyskole	46	30	13	12	87
Stillingstype**	Fagstilling	42	26	12	21	94
	Lederstilling / kombinert fag- og lederstilling	48	26	11	20	31

\* $P=0,010$ . \*\* $P=0,885$ .

Flere pekte på at det ikke finnes «inntaksstopp» i hjemmetjenesten. Hjemmesykepleien er forpliktet til å ta imot de som blir henvist til dem som pasienter. Hjemmetjenesten opplever at

deres vurderinger av hjemmetjenesten sin kapasitet for å ivareta pasienter som er meldt for hjemkomst, ikke blir hørt. Tidligere hadde det imidlertid vært mulig å si fra dersom de mente at de ikke hadde kapasitet til å ta imot flere pasienter. Ansatte i hjemmetjenesten hadde ikke lenger mulighet til å påvirke tidspunktet for utskrivning til tross for at det kan være vanskelig å ta imot enkelte brukere. Dette oppleves nå som særlig utfordrende. En hjelpepleier med lang erfaring beskriver det på denne måten:

*Sånn som tidligere så kunne du forhandle deg fram til at de [brukerne] kunne få ligge noen døgn lenger fordi at det kanskje var vanskelig å ta imot dem, men du opplever det nå at nå skal de ut da og da. Og så må du [personalet] legge til rette og ta imot.*

Hjemreiser på slutten av fredagen blir beskrevet som særskilt problematisk.

*Det virker slik ... det virker i alle fall slik at sykehusene ... vil gjerne tømme avdelingene sine fredagene.*

Hjemreisetidspunktet påvirker hjemkomsten til brukerne og personalet som er på vakt i hjemmetjenesten. På kvelden var oppgavene for hjemmetjenesten allerede mange, og det var ikke så mange ansatte å spille på som på dagen. En sykepleier med lang erfaring beskriver utfordringene slik:

*De utskrivningsklare brukerne, vi får dem tilbake til hjemmene senere på dagen enn vi gjorde før, og det er for oss en ulempe. Å få de i vaktskiftet. For da kan du si at folk har vært på sykehus, kommer hjem igjen med epikrise i vaktskiftet sånn at kveldsvakta må ut. Ikke alltid en sykepleier på [vakt på kvelden]. De klarer å få det til. Men i alle fall, å få det på kveldsvakta, for kveldsvakta er såpass stram i seg selv. Så da får du en som går på sykehus, og det er epikrise du skal sette deg litt inn i og orientere deg litt i. Og vi prøver å minne på at de [på sykehuset] må sende medisiner, slik at vedkommende har det til kvelden. Hvis det er endringer, så har vi problem da opp mot ... spesielt hjelpepleierne, men det kan være heftig nok for oss [sykepleierne] også. Sånn. Så det merker vi, at vi skulle ønske at vi fikk dem [brukerne] tidligere på dagen, slik som vi gjorde før.*

Mange tok opp utfordringer relatert til pasientens medisiner når de kom fra sykehuset. Utfordringene var spesielt merkbare i starten av samhandlingsreformen. Sykepleierne opplevde det da som frustrerende og vanskelig når medikamentlister ikke var korrekte når pasienten kom fra sykehuset. I distrikt uten apotek skjedde det at brukere kom hjem i slutten av uken uten de nødvendige medikament med seg. En informant kommenterer det at pasienter ble skrevet ut rett før helgen slik:

*Da har det ofte vært misforståelser eller de [brukerne] ikke har hatt en oppdatert [medisin]liste, eller det har kommet mye nytt, og spesielt dersom de kommer hjem før helgen.*

Intervjuene viste at det krevde betydelig arbeid fra sykepleiere for å finne fram til nye medisiner når pasienten kom fra sykehuset med resepter på nye medisiner.

Sykepleierne måtte da bruke tiden sin på å finne fram til de nye medisinene og legge disse i dosett. Andre måtte ta seg av oppgaver som sykepleierne skulle ha gjort. I tillegg fikk det også konsekvenser for sykepleiere fra andre distrikt, som måtte komme til for å kontrollere dosetten før medikamentene kunne deles ut. Det å få tak i de nye medisinene kunne også være problematisk. Noen ganger måtte sykepleierne kontakte ulike sykehjem for å høre om de kunne låne medisiner hos dem. I verste fall fikk ikke brukerne fått det medikamentet de trengte. En konsekvens av disse erfaringene var at sykepleierne etter hvert hadde som rutine å kontakte sykehusene når de fikk beskjed om utskrivning for å sikre seg om at pasientene fikk med seg de medisinene de skulle ha.

Samtaleintervjuene gav grunn til å framheve samhandlingen med spesialisthelsetjenesten innenfor fagområdene rusbehandling og psykiatri som særlig utfordrende. Særlig var det vanskelig å få kontakt med spesialisthelsetjenesten innen disse fagområdene i helgene. Utfordringene dreier seg om å få tilgang til viktig og relevant informasjon om enkeltbrukere i akutte og vanskelige situasjoner som kan oppstå. Hjemmetjenesten ble stående alene med ansvaret på kveldene og i helgene. Dette er vist i kommende eksempel.

*Du snakket om dette med kommunikasjon imellom ... Og der kan jo ... det kan jo hende at når det blir sammensatte og kompliserte tilfeller, innen psykiatri for eksempel ... at kanskje. Vi har et eget psykiatriteam, kan du si ... som har dem i hovedsak, men på kveld og natt, så er det vi som jobber i hjemmetjenesten som tar ansvar, og mye skjer da ... Det er klart at det kunne jo vært greit å ha fått mer ifra dem [psykiatriteamet] der, da.*

#### **4.1.1 Kommunenes rutiner for samarbeid med sykehusene**

Hvorvidt informantene hadde kjennskap til avtaler inngått mellom helseforetaket og kommunene i Sogn og Fjordane, ble kartlagt i intervjuene. Avtalene er kommet som følge av samhandlingsreformen. På direkte spørsmål om de ansatte kjenner til disse avtalene, nevner flere døgnpris på ferdigbehandlede brukere, men mindre om andre samhandlingsavtaler. Vist i dette eksempelet:

*Ikke annet enn til det med pris med overtidsdøgn. Hver kommune må betale 4000 kroner per døgn, liggedøgn.*

Vi har dermed tolket intervjuene til at de ansatte har generelt lite kunnskap om avtaleverk mellom helseforetaket og kommunene.

Intervjuene viser imidlertid at det etter hvert har skjedd endringer knyttet til samhandlingsrutiner med helseforetaket etter den første perioden etter innføring av samhandlingsreformen.

Beskjed om utskrivning kommer tidligere nå, slik at hjemmetjenesten får bedre tid til planlegging, og det etableres faste rutiner for samarbeidet.

*Ja, nå etter hvert har de begynt å få ganske gode rutiner på at sykehuset ringer til sykehjemmet. At de er et sånt mottakssenter for informasjon. Fra sykehjemmet blir meldingene derifra delegert ut, blant annet til oss, da.*

Intervjuene viste at det var en generell oppfatning om at det er blitt en tettere dialog mellom sykehusene og hjemmetjenestene. Både kommunene og sykehusene hadde endret praksis og rutiner. Kommunene hadde endret organiseringen av mottak av pasienter fra



spesialisthelsetjenesten. Flere kommuner fokuserte på at områdeledere, koordinatore eller fagteam skulle være bindeledd mellom foretak og ulike tjenester i hjemkommunen. De kvalitative intervjuene viste spesielt at sykepleierne i hjemmetjenesten var blitt mer offensive i å ta direkte kontakt med sykehusene og avdelingene når brukere ble innlagt, for selv å gi informasjon til helseforetaket.

I intervjuene la også sykepleierne vekt på at de sendte med kopi av medikamentlisten når brukere ble lagt inn på sykehus. Sykepleierrapport ble enten sendt med eller ble ettersendt. Noen av helsefagarbeiderne mente at de ikke var involvert i informasjonsutvekslingen og i å sende informasjon om pasienten ved innleggelse. Bare få av informantene beskrev systematisk bruk av sjekklister ved utskrivning og innleggelser. På den andre siden presiserte noen av informantene at det var viktig å formidle viktig informasjon fra kommunen sin side ved innleggelse.

I spørreskjemaundersøkelsen ble det stilt spørsmål om de ansatte hadde gitt informasjon til helseforetaket i forkant av innlegger av eldre pasienter. Spørreskjemaundersøkelsen viste at nesten tre av fire (78 prosent) har gitt informasjon til foretaket. Bare 12 prosent oppgav at de ikke hadde gjort dette. Jf. tabell 4.2.

**Tabell 4.2. Informasjon gitt av ansatte i hjemmetjenesten til foretaket når pasienter legges inn. Prosent**

Ja	Nei	Ikke aktuelt	N
78	12	10	137

Det ble videre stilt spesifikke spørsmål om det var gitt informasjon i form av «innleggelsesrapport» og «medisinliste». Nesten alle oppgir at de gav informasjon om medisinliste «i svært stor grad / i stor grad». Dette gjaldt også for de aller fleste av helsefagarbeiderne (93 prosent). Det var ikke like vanlig å gi «innleggelsesrapport». Her oppgav 67 prosent av helsefagarbeiderne og 55 prosent av sykepleierne/vernepleierne at de gir innleggelsesrapport i svært stor eller stor grad. Så mye som 15 prosent av sykepleierne/vernepleierne oppgir at de gir innleggelsesrapport i liten eller svært liten grad. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de med ulik utdanning. Jf. tabell 4.3.

**Tabell 4.3. Informasjon gitt til helseforetaket ved innleggelse av eldre brukere, vurdert ut fra utdanningsbakgrunn. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I liten grad / i svært liten grad / ikke i det hele tatt	N	
Medisinliste **	Alle	90	7	4	106	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	93	0	7	30
		Høyskole	88	9	3	76
Innleggelsesrapport **	Alle	59	26	15	106	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	67	17	17	30
		Høyskole	55	30	15	76

\* P = 0,153, \*\*P= 0,358.

Manglende bruk av sjekklister ble synliggjort i intervjuene. Sjekklister er et verktøy som er tatt i bruk blant annet for å sikre trygge pasientoverganger. Sjekklister blir ofte brukt som en «huskeliste» som helsepersonell bruker for å sikre seg at nødvendige opplysninger følger pasienten ved overganger til andre hjelpetilbud. Dette kan være opplysninger om tilstand, tidligere anamnese, medisiner og lignende. Spørsmål om bruk av sjekklister ble dermed stilt også i spørreskjemaundersøkelsen. Andelen av hjemmetjenesten som har brukt sjekklister ved overføring til andre institusjoner, er forholdsvis lav (< 30 prosent). Det er en høy andel som svarer at de ikke vet om det brukes sjekklister. Andelen er høyest for helsefagarbeidere. Det er statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom ansatte i hjemmesykepleien utdannet ved videregående eller høyskole ( $P < 0,001$  til  $0,004$ ). Jf. tabell 4.4.

**Tabell 4.4. Ansatte i hjemmetjenesten sin vurdering av bruk av sjekklister ved overføring av eldre brukere til andre institusjoner, ut fra utdanningsbakgrunn. Prosent**

Overføring til		Ja	Nei	Vet ikke	N	
Helseforetak *	Alle	25	30	45	135	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	22	10	67	49
		Høyskole	27	41	32	85
Avlastningsplass/ korttidsopphold **	Utdanningsbakgrunn	Alle	24	32	44	136
		Videregående	30	14	56	50
		Høyskole	21	42	37	85
Langtidsopphold ***	Alle	22	32	46	134	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	27	15	58	48
		Høyskole	20	42	38	85
Rehabiliteringsopphold ****	Alle	20	33	47	133	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	23	15	63	48
		Høyskole	18	44	38	84
Omsorgsbolig/ bokollektiv *****	Alle	19	37	44	135	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	22	14	63	49
		Høyskole	18	51	32	85
Intermediær sengepost *****	Alle	14	33	53	133	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	14	12	74	50
		Høyskole	15	46	39	82

\* P=0,001; \*\*P=0,003; \*\*\*P=0,004; \*\*\*\*P= 0,002; \*\*\*\*\*P = 0,001; \*\*\*\*\* P = 0,001

Risikovurdering er et annet tema i forbindelse med trygge brukeroverføringer. I intervjuene kommer det frem at få gjør bruk av risikovurdering før overføring fra hjemmetjenesten til annen institusjon. Dette vises også i resultater fra spørreskjemaundersøkelsen.

Det var statistisk signifikant forskjell mellom yrkesgruppene for hvem som utførte risikovurdering i overføring til ulike tilbud og institusjoner (se tabell 3.5). Risikovurdering ble først og fremst utført av sykepleiere eller vernepleiere ved overføring av eldre til sykehjemsplass (49 prosent) og avlastningsplass (47 prosent). Om lag fire av ti sykepleiere oppgir at de ikke utførte denne type vurdering ved innleggelse til helseforetak (42 prosent) eller intermediær sengepost (43 prosent). En stor andel, hovedsakelig over halvparten av helsefagarbeiderne, visste ikke om slik vurdering ble utført ved innleggelse til ulike institusjoner (henholdsvis fra 46 prosent til 64 prosent). Jf. tabell 4.5.

**Tabell 4.5. Ansatte i hjemmetjenestens utføring av risikovurdering før overføring til annen institusjon, ut fra utdanningsbakgrunn. Prosent**

		Ja	Nei	Vet ikke	N	
Sykehjem*	Alle	39	32	29	135	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	24	30	46	50
		Høyskole	49	33	18	84
Avlastningsplass **	Alle	37	30	33	136	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	20	26	54	50
		Høyskole	47	33	20	85
Rehabiliterings- opphold ***	Alle	33	34	33	135	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	18	31	51	49
		Høyskole	41	37	22	85
Helseforetak ****	Alle	29	38	33	135	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	16	31	53	49
		Høyskole	37	42	21	85
Intermediær sengepost *****	Alle	22	37	41	134	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	10	26	64	50
		Høyskole	30	43	27	83

\*P=0,001; \*\*P=0,001; \*\*\*P=0,001; \*\*\*\*P=0,001; \*\*\*\*\*P=0,001

I spørreskjemaet ble det også stilt spørsmål om de ansatte hadde hatt ansvar for å ta imot eldre pasienter etter utskrivning fra helseforetaket. Høgskoleutdannede hadde i større grad enn de med utdanning fra videregående tatt imot etter utskrivning fra helseforetaket (P= 0,001). Over én av tre av høgskoleutdannende gjør dette ofte. Samtidig viser denne undersøkelsen at også helsefagarbeiderne er involvert i dette arbeidet. Totalt 10 prosent av dem svarer at de gjør dette ofte. 43 prosent at de gjør det av og til. Jf. tabell 4.6.

**Tabell 4.6. Kartlegging av hvor mange ansatte i hjemmetjenesten som har opplevd ansvar for å ta imot eldre brukere etter utskrivning fra helseforetaket, ut fra utdanningsbakgrunn. Prosent**

		Ofte	Av og til	Sjelden/aldri	N
Alle		26	46	28	137
Utdanningsbakgrunn	Videregående	10	43	47	136
	Høyskole	37	48	15	136

P= 0,001

#### 4.1.2 Helseforetakenes rutiner for samarbeid med kommunene

Også sykehusene har forbedret rutinene sine for samhandling. Nye rutiner er etablert. Informantene beskriver at sykehusene nå stort sett har automatisert sending av epikrise til kommunene. Det er også lettere tilgang for ansatte i hjemmetjenesten til relevant sykehuspersonell. Pasientansvarlig lege og sykepleier blir beskrevet som positive faktorer. Hjemmesykepleierne etterspør og får tak i viktig informasjon i større grad enn før,

og denne informasjonen gjør at de får på plass alle detaljer som trengs før pasienten kommer hjem fra sykehuset.

Når det gjaldt orientering fra sykehus om medisiner og epikriser, mente informantene i den kvalitative studien at det var blitt betydelige forbedringer. En av sykepleierne sier det slik:

*For nå føler jeg sykehusene har blitt veldig flinke. Der var det ofte det kom [brukere] uten epikrise eller uten noe ... det var endringer i medikament som vi ikke fikk melding om, og så gikk de på det samme gamle og skulle ha begynt på noe nytt, eller antibiotika for den del ... Så sykehuset, der har det kommet seg veldig, synes jeg.*

Spørreskjemaundersøkelsen kartla også utskrivningsdialogen. 41 prosent oppgav at de hadde «tilgang til epikrise» i stor eller svært stor grad, og 35 prosent oppgav at de hadde «tilgang til sykepleiedokumentasjon» i stor eller svært stor grad.

Ved spørsmål om pasienten hadde «med seg nødvendige medisiner og resepter», var det bare 22 prosent som oppgav at de i stor eller svært stor grad hadde tilgang til dette. 55 prosent vurderte at de i noen grad hadde dette, og 23 prosent vurderte at de ikke eller liten grad hadde dette.

Kun 17 prosent mente de hadde «tilgang til rett kontaktperson i foretaket», nesten halvparten, 47 prosent, mente at de i noen grad hadde tilgang til rett kontaktperson, og 36 prosent mente at de i liten grad eller ikke hadde tilgang til rett kontaktperson.

Bare 15 prosent mente at de i stor eller svært stor grad «fikk tid til å få på plass nødvendig medisinsk utstyr». En av fire mente at de i liten grad eller ikke fikk tid til dette. Jf. tabell 4.7.

**Tabell 4.7. Vurdering av samhandling med helseforetaket ved utskrivelser, ut fra utdanningsbakgrunn. Prosent**

		I stor grad / i svært stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i liten grad	N	
Tilgang til epikrise *	Alle	41	48	11	124	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	50	38	13	40
		Høyskole	37	54	10	84
Tilgang til sykepleie-dokumentasjon **	Alle	35	44	21	125	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	40	43	18	40
		Høyskole	33	45	21	84
Pasient har med seg nødvendige medisiner og resepter ***	Alle	22	55	23	129	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	32	49	20	41
		Høyskole	17	58	25	87
Tilgang kontaktperson i foretaket ****	Alle	17	47	36	123	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	15	44	41	39
		Høyskole	18	48	34	83
Tid til å få på plass nødvendig teknisk utstyr *****	Alle	15	60	25	126	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	15	55	30	40
		Høyskole	15	62	22	85

\*P=0,246; \*\*P= 0,744; \*\*\*P= 0,178; \*\*\*\*P= 0,732; \*\*\*\*\*P= 0,641

I de kvalitative intervjuene ble også spørsmålet om kvaliteten på sykepleierapporter eller pleieplaner fra helseforetaket tatt opp. Det varierte hvordan informantene opplevde kvaliteten på disse. Noen påpeker at rapporter eller planer kunne ha svært god kvalitet, være detaljerte og at de var et gode arbeidsredskap. Andre mente disse hadde dårlig kvalitet. En konsekvens var da at når hjemmetjenestene fikk mangelfulle opplysninger, måtte de selv må reise ut for å gjøre egne vurderinger av brukerne. Vurderingene ble nødvendige for få oversikt og for å kunne planlegge videre oppfølging av brukerne.

Informantene la vekt på at de samhandlet med ulike sykehus, og at de kunne ha ulike erfaringer med ulike sykehus. Informantene som var fra kommuner nær Nordfjordeid, la vekt på et svært positivt samarbeid med sykehuset der. De mente også at det lenge hadde vært et godt samarbeid med dette sykehuset. Sykehuset var lett tilgjengelig og det var enkelt å få nødvendig informasjon og opplæring fra sykehuset. Dette var ikke tilfelle på samme måte med andre sykehus i fylket. Reiseveien var en hemmende faktor for dette. Når det gjelder opplæring og samarbeid, sier en informant at nærhet er viktig:

*Har det nært [sykehuset]. Da kan vi samles å stikke opp og få undervisning når det trengs». Intervjuer: «Blir det reist til Førde for å få undervisning?». Informant: «Nei, neppe. Ikke så ... her kan vi jo gå flere sammen ... Jeg kan ikke se at vi har ressurser til å reise mange nå [til Førde].*

I spørreskjemaundersøkelse ble informantene spurt om å gi en helhetlig vurdering av hvordan kommunikasjon og informasjonsoverføring fra helseforetaket fungerte i forbindelse med innleggelse. Hovedandelen, 44 prosent, opplevde dette positivt. Litt under halvparten, 45 prosent, mente at kommunikasjon og informasjonsoverføringen i noen grad fungerte tilfredsstillende. Kun 12 prosent mente at kommunikasjon og informasjonsoverføringen fungerte i liten grad, svært liten grad eller ikke i hele tatt. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom hvordan de ulike yrkesgruppene vurderte dette spørsmålet ( $P= 0,869$ ). Jf. tabell 4.8.

**Tabell 4.8. Hvordan fungerer kommunikasjon og informasjonsoverføring totalt med helseforetaket, i forbindelse med innleggelse, ut fra utdanningsbakgrunn. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I liten grad / svært liten grad / ikke i det hele tatt	N
Alle		44	45	12	130
Utdanningsbakgrunn *	Videregående	47	42	12	43
	Høyskole	42	47	12	86

\* $P = 0,869$

#### Spørsmål om tjenesten

e ble godt nok koordinert mellom foretaket og kommunehelsetjenesten ble også stilt i spørreskjemaundersøkelsen. Kun 21 prosent mente at tjenestene var godt nok koordinerte. På den andre siden mente 16 prosent at tjenestene ikke var godt nok koordinerte. Hovedandelen, 63 prosent, mente at koordineringen var varierende. Det var lite forskjell på hvordan de ulike yrkesgruppene vurderte dette spørsmålet ( $P= 0,902$ ). Jf. tabell 4.9.

**Tabell 4.9. Hjemmetjenestens vurdering av om koordineringen mellom helseforetaket og kommunehelsetjenesten er god nok. Prosent**

		Ja	Nei	Både og	N
Alle		21	16	63	118
Utdanningsbakgrunn *	Videregående	20	14	66	35
	Høyskole	22	17	61	83

\* $P= 0,902$

## 4.2 Polikliniske tjenester

Samtaleintervjuene viste videre at polikliniske tjenester var en samarbeidspartner som var i særstilling. Først og fremst gav intervjuene grunn til å peke på at hjemmetjenesten hadde lite med polikliniske tjenester å gjøre. Her belyste noen av sykepleierne at en årsak var at mange av pasientene deres hadde følge av familie eller reiste alene til kontroller. Illustrert i dette eksempelet:

*Men det er klart, de fleste som går på poliklinikken, de ordner det selv, eventuelt tar med seg noen.*

Noen informanter pekte på at hjemmetjenestene i noen tilfeller burde vært nærmere involvert og fått informasjon. Viktig informasjon kunne gå tapt eller bli forsinket hvis den eldre hadde kognitiv svikt og glemte informasjon som var gitt, eller at informasjon først gikk via fastlegen til pasienten for så å bli formidlet til hjemmetjenesten. Opplysninger fra helseforetaket om eldre pasienter blir derfor ikke automatisk gitt til hjemmetjenesten. Flere etterlyste derfor et tettere samarbeid og en enklere informasjonsflyt mellom poliklinikkene og hjemmetjenesten. Spesielt ble det påpekt at tettere dialog med hjemmetjenestene kunne bidra til bedre oppfølging av eldre pasienter og riktigere bruk av medikamenter.

Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen pekte i samme retning. Nesten halvparten, 48 prosent, oppgav at de ikke fikk den informasjonen fra poliklinikkene som trengs om sine eldre pasienter. Bare 13 prosent svarte at de fikk dette i stor eller svært stor grad. Her var det statistisk signifikant forskjell mellom hvordan de med høyskoleutdanning og de med utdanning fra videregående skole vurderte dette spørsmålet ( $P=0,005$ ). Litt under 60 prosent av de sykepleierne og vernepleierne vurderte at de i liten eller ingen grad fikk den informasjonen de trengte, i motsetning til 28 prosent av helsefagarbeiderne. Jf. tabell 4.10.



**Tabell 4.10. Vurdering av om informasjonen fra helseforetaket til hjemmetjenesten er tilfredsstillende når brukere har vært til poliklinikk, ut fra utdanningsbakgrunn.**

**Prosent**

		I stor grad / i svært stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Alle		13	39	48	132
Utdannings- bakgrunn *	Videregående	20	52	28	46
	Høyskole	9	33	58	85

\*P=0,005

I intervjuene beskrev personalet at de prøvde å fange opp når brukere skulle til kontroller, og at de etterlyste informasjon fra poliklinikkene der de vurderte det som nødvendig. Det fantes imidlertid noen unntak. Dette kunne være det var kjent at pasienten fikk hjelp fra hjemmetjenesten til en problemstilling som foretaket har behandleransvaret for. Eksempler på dette var dialysepasienter, pasienter med øyesykdom eller pasienter som trengte sårbehandling. Nye rutiner eller strategier for behandling kom da frem til hjemmetjenesten. Ellers virker pårørende som hadde vært med på kontrollene til den eldre, som et informasjonsrør mellom foretaket og hjemmetjenesten.

### 4.3 Brukerreise

Reisetider og avstander er en viktig faktor i Sogn og Fjordane. Fylket er oppdelt av fjorder og fjell. De som bor i utkantkommuner med lang reisevei til legevakt eller til kontroll på lokalsykehus eller sentralsykehus, må forholde seg til reisetider fra 30 minutter og opptil tre timer én vei. For mange kommuner innebærer det også bruk av ferje på turen. Vi stilte derfor spørsmål rundt hjemmetjenestene sine erfaringer knyttet til pasienter som reiste til legevakt, undersøkelser eller behandling ved lokal- og sentralsykehus.

Intervjuene avdekker at transporten mellom hjemmet og behandlingssted var et område som i særlig grad ble oppfattet som problematisk for de eldre pasientene. Flere momenter ble påpekt som problematiske av flere informanter. Mange hadde fått lengre reisevei til legevakt som nå lå utenfor hjemkommunen. Flere eldre vegrer seg derfor mot å reise på legevakten. En omsorgsarbeider med lang erfaring beskriver det slik:

*Veldig mange vegrer seg og vil ikke inn. Da vil de vente til enten over helga eller dagen etterpå hvis det er ... Ja, til det er folk her igjen [på det lokale legekantoret].*

Situasjoner kunne oppstå der hjemmetjenesten ikke greide å motivere den eldre pasienten til det de oppfattet som et nødvendig legebeseøk, eller de kunne vurdere at selve reisen til legevakten ble for belastende for den eldre. En helsefagarbeider beskriver reise til legevakten slik:

*Både og. Inne på her var det en situasjon her ... eller, det var ikke jeg som var med brukeren, men sykepleieren var inne med brukeren og hun hadde fått vondt i brystet og hun hadde ringt legevakten ... Og snakket med legen inne på [stedsnavn].*

*Da måtte hun komme inn på [stedsnavn] og ta noen blodprøver. Nei, det orket ikke hun [pasienten] Og da reiste ikke hun. Den gang, da gikk jo det bra, men i verste fall så hadde det ikke gått bra. Men da blir det for stor belastning for enkelte å ta den turen inn til [stedsnavn]. Og det skjønner jeg. Folk på 80, 90 år skal sette seg i en bil og de er ikke i form i det hele tatt. ... Ja, det er én time å reise. Men det er ikke en selvfølge at du kommer inn med en gang du kommer på [stedsnavn]. I verste fall blir du sittende der [på venterommet for legevakten] én time, to timer.*

På grunn av lange avstander mellom kommunene og sykehusene opplevde eldre pasienter mye reising. Informantene beskrev episoder som hadde vært organisert av Pasientreiser. Flere trakk fram eksempler på reiser de mente hadde vært svært belastende for den eldre. Spesielt ble reiser som hadde ført til unødig og stor forlengelse av reisen for å komme hjem påpekt. Det beskrives også noen eksempler på uforsvarlige reiser og noen episoder som kan oppfattes som graverende og svært belastende. Spesielt blir reiser der den eldre selv ikke har fått informasjon om at reisen ville bli mye lengre enn forventet, trukket frem. Det ser vi beskrevet i dette eksempelet:

*Det som skjedde, var [at hun] ble satt i en taxi, og så begynte de å kjøre, og da skjønnte hun det at de dro den andre veien. Og da spurte hun sjåføren hvor de skulle. Da skulle de til [stedsnavn] og opp [stedsnavn] og sette av forskjellige der. Og tre og en halv time før hun var hjemme igjen. Og den natten kastet hun opp og var helt ferdig.*

Belastende reiser kunne også oppstå på grunn av manglende koordinering, der eldre måtte reise flere ganger fordi tjenestene ikke var samordnet. Et eksempel på dette var eldre som måtte reise lange avstander frem og tilbake til samme sykehus for ulike polikliniske timer to dager på rad.

I spørreskjemaundersøkelsen ble det også stilt spørsmål om pasienttransport. Resultatene her gav et noe mer nyansert bilde. Hovedandelen, 58 prosent, mente transporten i noen grad var tilpasset den enkeltes behov ved utreise. Videre mente 17 prosent at transporten ikke i det hele tatt eller i liten grad var tilpasset pasientene sine behov. På den andre siden mente 25 prosent at dette var tilfelle i stor eller svært stor grad. Det var ingen statistisk signifikant forskjell verken mellom hvordan de med ulik utdanningsbakgrunn ( $P=0,542$ ) eller kommunestørrelse ut fra innbyggertall ( $P=0,697$ ) vurderte dette spørsmålet. Jf. tabell 4.11.

**Tabell 4.11. Vurdering av om transporten er tilpasset den enkeltes behov ved utreise, ut fra utdanningsbakgrunn og kommunestørrelse ut fra innbyggertall. Prosent**

		I stor grad / i svært stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i liten grad	N
Alle		25	58	17	128
Utdanningsbakgrunn *	Videregående	27	51	22	41
	Høyskole	24	61	15	86
Kommunestørrelse – innbyggertall**	Mindre enn 3000	42	48	32	55
	Fra 3000 til 5999	29	23	27	32
	Fra 6000	29	29	41	39

\* $P=0,542$ ; \*\* $P=0,697$

Etter samhandlingsreformen merket kystkommunene også endringer i bruk av legehelikopter, da denne transportmetoden var blitt mer utstrakt. En helsefagarbeider med lang erfaring fra en kystkommune beskriver det slik:

*Men så vil jeg påstå at jeg aldri har sett så mye helikoptertransport. Trafikk mener jeg, helikoptertrafikk, i [stedsnavn] som jeg har gjort siste årene, kanskje.*

#### 4.4 Sammendrag

Våre studier viser at det har skjedd endringer i samhandlingen mellom sykehusene og hjemmetjenestene etter samhandlingsreformen. For noen områder har samhandlingen blitt bedret. Blant annet beskrives det at sending av epikriser er automatisert, det er lettere å få tak i relevant sykehuspersonell og lettere å få tak i relevant informasjon. Hjemmetjenestene vurderer at melding om utskrivningsklare pasienter kommer tidligere nå enn før reformen. Dialog mellom sykehusene og hjemmetjenestene er tettere. De får dermed hjelpemidler raskere på plass, samtidig som kommunene selv har gjort grep for å endre organiseringen av mottak av pasienter.

Å få til god informasjonsutveksling kan være avgjørende for hvordan den eldre får det etter utskrivning fra sykehus. På et generelt spørsmål om hjemmetjenestens vurdering av kommunikasjon og informasjonsoverføring mellom hjemmetjenesten og sykehus, svarer 44 prosent at de er positive til denne (svært stor grad / stor grad), 45 prosent at de i noen grad vurderer denne som positiv, og bare 12 prosent at denne i liten grad eller ikke fungerer.

Til tross for positive endringer byr likevel samhandlingen mellom hjemmetjenestene og sykehusene på utfordringer. Først og fremst gav våre informanter uttrykk for at pasientene kommer for tidlig hjem etter sykehusopphold. I samtaleintervjuene peker de ansatte på at det ikke finnes «inntaksstopp» i hjemmetjenestene. De må nå ta imot de pasientene som kommer fra sykehusene uansett hvordan de vurderer ressursituasjonen i hjemmetjenesten. Dette var annerledes før samhandlingsreformen. Da hadde de mulighet til å påvirke tidspunktet for utskrivning. 43 prosent av respondentene i spørreskjemaundersøkelsen mener at pasienter fra spesialisthelsetjenesten blir skrevet ut for tidlig.

Kommunene må fullføre behandling som ble iverksatt i spesialisthelsetjenesten. Særlig kan dette være problematisk ved hjemreise på ettermiddag og helg. Det er ikke gitt at det er mange nok på vakt eller at de har rett kompetanse. Nye medikamentordinasjoner skal følges opp av ansatte i hjemmetjenesten. Selv om rutiner for medisiner også etter hvert har bedret seg noe, pekes det fortsatt på problemer. Disse oppstår spesielt dersom pasienten bor i distrikt uten apotek. Det at pasienter har fått nye medikamenter på sin liste som ikke finnes tilgjengelig for hjemmetjenesten, fører til betydelig merarbeid for sykepleierne, både når det gjelder delegering av andre oppgaver til kollegaer, fremskaffing av det aktuelle medikamentet og kontroll av dosetter. Tiltak for å møte disse problemene har ikke blitt identifisert i våre studier.

Svar på spørsmål om mer spesifikke områder for informasjonsutveksling viser også at det fortsatt er utfordringer. 23 prosent oppgir at brukerne ikke har med seg nødvendige medisiner og resepter etter sykehusopphold, 21 prosent oppgir at de ikke får tilgang til sykepleiedokumentasjon, og 36 prosent at de ikke har tilgang til kontaktperson i helseforetaket. Det området med den mest positive tilbakemelding er tilgang til epikrise. Men også her svarer 11 prosent at de ikke har tilgang til dette etter utskrivning. Det er fortsatt en betydelig gruppe som oppgir at de ikke eller i liten grad har tilstrekkelig tid til å få på plass nødvendig teknisk utstyr ved utskrivning. Dette gjelder for én av fire.

Vår undersøkelse viser at også hjelpepleiere og helsefagarbeidere er involvert i å ta imot eldre etter utskrivning fra sykehus. 10 prosent av denne gruppen oppgir at de gjør dette ofte, og 46 prosent at de gjør dette av og til. Tilsvarende tall for høgskoleutdannede er henholdsvis 37 og 48 prosent.

I samtaleintervjuene kom det fram at sykepleierne i hjemmetjenestene har en offensiv holdning til å ta direkte kontakt med sykehusene når pasienter legges inn eller skrives ut til hjemmet. I spørreskjemaundersøkelsen oppgir nesten fire av fem at de gir informasjon om den eldre ved innleggelse på sykehus. Nesten alle oppgir at de gir informasjon om medisiner ved innleggelse på sykehus. Også på dette området er helsefagarbeidere og hjelpepleiere involvert. Dette gjelder også nesten alle som har hjelpepleier eller helsefagskoleutdanning. Mange i denne gruppen er også involvert i å gi innleggsrapport ved innleggelse på sykehus.

Mange av respondentene er involvert i å gi informasjon om meldingslister. Dette gjelder for 90 prosent av alle de som har svart på spørreskjemaundersøkelsen. Vi ser også at ansatte som er hjelpepleiere eller har helsefagutdanning også er involvert i å ta imot eldre etter utskrivning fra helseforetak. 10 prosent av denne gruppen oppgir at de gjør dette ofte, og 43 prosent at de gjør dette av og til. Ikke like mange er involvert i å gi innleggsrapport ved innleggelse. Dette gjelder for 59 prosent av alle respondentene (i svært stor / stor grad). Men også på dette området ser vi at hjelpepleiere og helsefagarbeidere er involvert. 67 prosent av de med hjelpepleierbakgrunn eller helsefagarbeiderbakgrunn, og 55 prosent av de med høgskoleutdanning rapporterer at de gjør dette i stor eller svært stor grad.

Våre resultater viser også at når det gjelder å sikre at nødvendig informasjon følger med ved overføring til en annen tjeneste eller institusjon, er det et betydelig forbedringspotensial. Relativt få oppgir at de bruker sjekklister ved overføringer av eldre til andre institusjoner. Våre resultater tyder også på at det heller ikke er rutine å gjennomføre risikovurderinger når den eldre må flytte. Bare 29 prosent rapporterer at de har vært involvert i dette når eldre skal overføres til sykehus. Det kan bety at det i mange kommuner ikke er etablert faste rutiner for hvilke vurderinger som må gjøres når eldre må flyttes mellom ulike tilbud. Gitt den svært store belastningen som flytting mellom tilbud kan bety for syke eldre, er det viktig at det er etablert faste rutiner for vurderinger av den Eldres helsetilstand, av hvilken belastning en overflytting kan medføre, og med påfølgende vurderinger av hvordan en trygg overføring skal

skje, hva som må være oppfølging etter overføringen, samt hvilken informasjon som må videreformidles til den mottakende innsatsen.

Samtaleintervjuene viste at oppfølging av enkelte pasientgrupper, som pasienter innenfor rus- eller LAR-behandling, kunne være vanskelig for hjemmetjenesten.<sup>2</sup> Hjemmetjenesten etterlyser bedre støtte fra både spesialisthelsetjenesten og legevakten i helgene overfor personer med rusproblemer og psykiske lidelser. Årsaken er at hjemmetjenesten ofte blir stående med ansvar for disse pasientene på kveld og i helger uten å få tak i dem som til daglig har ansvar for pasientene, samtidig som hjemmetjenesten har lite tilgang til informasjon og har problemer med å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten. De ansatte opplever å bli stående helt alene med problemene som kan oppstå når de ikke får denne typen faglig støtte.

Et område som skiller seg særlig negativt ut er hjemmetjenestens samhandling med poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Vår studie viser at det særlig er utfordringer relatert til det å få informasjon etter polikliniske besøk. Hjemmetjenesten har lite med den polikliniske tjenesten å gjøre, og får ikke rutinemessig informasjon herfra. Nesten halvparten (48 prosent) svarer at de ikke får den informasjon de trenger herfra (i liten grad / svært liten grad / ikke i det hele tatt), 39 prosent at de i noen grad får relevant informasjon herfra, og bare 13 prosent at de i svært stor grad og stor grad får relevant informasjon fra polikliniske tjenester. Intervjuene tyder på at slik praksisen er i dag, er det ofte en forutsetning for god informasjon mellom poliklinikk og hjemmetjenester at pårørende følger med og gir informasjon. Dette er et viktig område å være oppmerksom på i og med at stadig mer behandling skjer poliklinisk. Hjemmetjenestene ønsker å bli mer involvert når det gjelder oppfølging av eldre som er til poliklinisk utredning og oppfølging.

Samtaleintervjuene viste at pasientreiser kan være problematiske og svært belastende for de eldre. Informantene fra samtaleintervjuene framhevet at transporten hjem burde være forutsigbar for de eldre, slik at hjemreisen ikke blir unødig belastende og en bekymring for pasienten. Intervjuene viste at eldre kan unnlate å reise til det som hjemmesykepleien vurderer som et nødvendig legebesøk fordi de synes reisen blir altfor belastende.

---

<sup>2</sup> Stadig flere kommuner velger å organisere det psykiske helsearbeidet sammen med rusarbeidet. Samordning av tjenestetilbudet forutsetter at både psykisk helse- og rusarbeid prioriteres. Noen kommuner har organisert deler av tjenestene i Nav-kontoret. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) utføres i samarbeid med fastlegen og spesialisthelsetjenesten, og må ses i sammenheng med det øvrige tilbudet til pasienten. Noen kommuner har opprettet ulike tverrfaglige enheter eller team, som ambulante booppfølgingsteam, stabiliseringsteam eller rehabiliteringsteam (Helsedirektoratet, 2010a, 2014b).

I spørreskjemaet svarer én av fire at transporten er tilpasset pasientens behov, i svært stor grad og stor grad, 58 prosent at dette er tilfelle i noen grad, og 17 prosent at dette ikke er tilfelle eller bare tilfelle i liten grad.

## Kapittel 5. Kommuneintern samhandling

Ansvar for sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene i 1988.

Målsetningen for overføringen var å skape overordnet ansvar for eldreomsorgen kommunalt. Samorganisering av hjemmesykepleie og sykehjem skulle skape et tjenestetilbud som ble sett under ett (Tingvoll m.fl., 2014; Ytrehus, 2012). Hva dette innebar for nærmere samarbeid mellom de to tjenestene, og hvordan dette har påvirket samhandlingen om de eldre, finnes det lite kunnskap om. Kommunehelsetjenesten har over de siste 20 år overtatt en vesentlig del av den helsetjenesten som tidligere ble gitt av spesialisthelsetjenesten. Gjennomsnittlig liggetid i sykehus er betydelig redusert, med størst nedgang i gruppen over 80 år. Fra 2003 til 2013 falt liggetiden med 2,6 dager, og for de to siste årene med nær et døgn (Seierstad, Holmeide & Eimot, 2010, Helsedirektoratet, 2014d).

Gjennom å tilby hjemmebaserte tjenester fremfor institusjonsbasert omsorg har kommunene hatt større mulighet til fleksibilitet i tildeling av tjenester (Gautun & Hermansen, 2011). Det å finne alternativer til institusjonsopphold for alle grupper med langvarige hjelpebehov, har vært et gjennomgående trekk i utviklingen de siste tiårene (Ytrehus, 2012). Et alternativ som ble iverksatt, var en omfattende utbygging av omsorgsboligene, med mål om at eldre skulle få bo så lenge hjemme som mulig (NOU, 1992:1; Sosial- og helsedepartementet, 1999–2000; St.meld. nr. 34, 1999–2000). Disse boligene skulle være et alternativ og supplement til sykehjemmene (Sosial- og helsedepartementet, 1996–1997), og skulle være en privat bolig der eldre selv hadde råderett og fikk tilpasset døgnbasert hjelp av hjemmesykepleien, etter behov (Ytrehus, 1998, 2002).

Hjemmetjenestene har nå ansvar for mange svært skrøpelige og syke pasienter med stort hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2010b; Helsetilsynet, 2009). Antall eldre som mottar hjemmesykepleie av sykepleiere har over tid vært økende, og flere eldre får hjelp av sykepleiere i eget hjem (Ytrehus, 2012). Disse pasientene er ofte utsatt for funksjonssvikt grunnet multimorbiditet, økt legemiddelbruk, begrensede fysiologiske reserver og alder. I tillegg opplever disse eldre multisyke pasientene hyppig falltendens, forvirring, urininkontinens og ufrivillig vektnedgang. Videre utvikler eldre problem med polyfarmasi og uriktig medisinbruk som korrelerer med alder, comorbiditet, funksjonssvikt og antall legemidler (Garfinkel & Mangin, 2010). Eldre pasienter med sviktende helse er ofte ustabile og sårbare medisinsk, fysisk, psykisk og kognitivt etter sykehusopphold (Krumholz H.M., 2013).



Multisyke pasienter har også økt sannsynlighet for innleggelse på sykehjem, redusert mobilitet, hospitalisering og dødsfall (Garfinkel & Mangin, 2010). Bred systematisk undersøkelse og behandling av eldre er dermed vesentlig i stedet for å ha fokus på enkelttiltaksdiagnoser (Akner G., 2010).

Allerede før samhandlingsreformen ble innført, gav hjemmetjenesten uttrykk for at det var vanskelig for kommunene å ta imot eldre pasienter som skrives ut for tidlig, og at samhandlingsreformen var for lite gjennomtenkt og for dårlig planlagt. Året før samhandlingsreformen trådte i kraft, gav et stort flertall av sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien uttrykk for at eldreomsorgstilbudet i kommunen eller bydelen de jobbet i, ikke var tilstrekkelig utbygget. Funn etter reformen tyder på at eldre hjemmeboende har fått tilstrammet tjenestetilbudet ytterligere og et redusert tilbud. Hjemmesykepleien opplever en større økning enn sykehjem i antall pasienter som kommer fra sykehus, etter at samhandlingsreformen trådte i kraft (Gautun & Hermansen, 2011; Gautun & Syse, 2013).

Imidlertid finnes det endringer i variasjoner innenfor ulike sykdomstilstander og stedet pasientene blir utskrevet til. Hjemmesykepleien tar sammenlignet med sykehjem, imot flere pasienter med kreft, hjerte- og karlidelser, geriatrike problemer, rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser og pasienter med infeksjonsmedisinske tilstander. På den andre siden har sykehjem hatt en større økning i antall personer med demens og hjerneslag enn hjemmesykepleien (op. cit.). Samhandling mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsbasert omsorg blir spesielt viktig (Krumholz H.M., 2013). Flere eldre veksler mellom hjemmesykepleie og opphold på sykehjem. Mangel på kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold kan bidra til utfordringer i overføring av opplysninger knyttet til sykepleiedokumentasjon og til legemidler, og dermed utløse en risiko for at pasientene ikke får dekket sine grunnleggende behov (Rusdal & Aase, 2013).

I tillegg til samarbeid med sykehjem blir tverrfaglig samhandling med andre yrkesgrupper vesentlig for å imøtekomme og følge opp ulike pasientgrupper i hjemmetjenestene. En studie viser at helsefremmende og forebyggende tiltak blant eldre og kronisk syke ikke er prioritert i daglig virksomhet i dag, til tross for at dette er lovpålagt. Behov for involvering av fysioterapeuter og ergoterapeuter for spesiell tverrfaglig vurdering, oppfølging, og trening er fremtredende. Samtidig er det påpekt at leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og

hjemmesykepleiere organiserer seg i egne separate avdelinger eller enheter. En slik organisering kan gjøre samarbeid utfordrende (Brunborg, 2012).

Samhandlingsreformen kan også få konsekvenser for hjemmetjenestene og samarbeidet med andre helse- og omsorgstilbud i kommunen. Våre studier rettet derfor spørsmål til ansatte i hjemmetjenestene om det har skjedd endringer etter samhandlingsreformen, både innenfor formalisering av kommuneinternt samarbeid, som formelle retningslinjer og tverrfaglige samarbeidsorgan, og endringer knyttet til samarbeid med sykehjemmene, fastlegene og vaktlegene.

### **5.1 Endringer i retningslinjer for kommuneinternt samarbeid**

I intervjuene la sykepleiere vekt på at hjemmetjenestens samarbeid med andre i kommunens helse- og omsorgstjeneste var blitt enklere etter reformen. Intervjuene viste til mer formalisering av samhandling mellom ulike kommunale instanser. Blant annet var det opprettet avtaler og retningslinjer for samarbeid med andre kommunale instanser.

I spørreskjemaet ble det også stilt spørsmål om kommuneinternt samarbeid. Over halvparten (55 prosent) av respondentene svarte at de i svært stor grad eller i stor grad hadde merket endringer i avtalefestet samarbeid mellom ulike institusjoner og hjemmetjenesten, og i overkant av en tredjedel så endring (35 prosent) i noen grad. Kun én av ti mente det ikke hadde skjedd i det hele tatt, eller i svært liten eller liten grad.

Nesten halvparten (48 prosent), hadde erfart endring i oppretting av akutt plasser til eldre i kommunen med kjente diagnoser i svært stor eller stor grad. Dette mente 23 prosent var skjedd i noen grad og 29 prosent i liten, svært liten grad eller ikke det hele tatt. Jf. tabell 5.1.

Videre mente nesten halvparten (46 prosent), at det i svært stor eller i stor grad var klarere retningslinjer når brukere skulle flyttes mellom ulike kommunale tilbud. På den andre siden mente 21 prosent at det i svært liten, liten grad eller ikke i hele tatt hadde skjedd endringer for dette området. I overkant av en tredjedel mente at det i noen grad var skjedd endring.

**Tabell 5.1. Organisatoriske endringer etter 2012. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten	N
Avtalefestet samarbeid mellom ulike institusjoner og hjemmetjenesten	55	35	10	125
Oppretting av akutt plasser i kommunen til eldre med kjente diagnoser	48	23	29	123
Klarere retningslinjer ved flytting av brukere mellom ulike tilbud innenfor kommunen	46	34	21	122

## 5.2 Tverrfaglig samarbeid og individuell plan

I intervjuene beskrives det at det er etablert flere formelle samarbeidsfora og tverrfaglige samarbeidsgrupper. Intervjuene tyder likevel på at ikke alle kommuner har faste interne rutiner for tverrfaglige samarbeidsgrupper og at det tverrfaglige samarbeidet har en ad hoc-karakter. På spørsmål om dette svarer en informant:

*«Nei, det er bare slik at vi diskuterer det på enten gruppemøte eller kanskje at vi burde søke et eller annet, og så går det sin gang. Vi søker og det går inn til kommunen. Og så er det jo behandlingstid, men ofte så får vi jo vite det når det har vært oppe i tildelingsnemnda.»*

Også funn fra spørreskjemaundersøkelsen viser at det er variasjoner i bruk av faste tverrfaglige fora. Her svarte over en tredjedel (38 prosent) at de ikke hadde fokus på tverrfaglig samarbeid i det hele tatt eller liten grad. På den andre siden svarte litt over en tredjedel (37 prosent) at de hadde fokus på dette i noen grad, og en fjerdedel (25 prosent) at de hadde dette i stor grad eller i svært stor grad. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom utdanningsbakgrunn eller stillingstype. Jf. tabell 5

**Tabell 5.2. Økende fokus på tverrfaglig samarbeid etter 2012, etter utdanningsbakgrunn og stillingstype. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Alle		25	37	38	122
Utdannings- bakgrunn*	Videregående	27	42	32	41
	Høyskole	25	35	40	80
Stillingstype **	Fagstilling	23	35	42	79
	Lederstilling/kombinert leder- og fagstilling	37	40	23	30

\*P= 0,657; \*\*P= 0,156

Individuell plan er et viktig redskap for eldre med sammensatte lidelser og et redskap for å få til et samarbeid med aktuelle instanser som skal gi hjelp. I underkant av halvdel av respondentene hadde erfaring med bruk av individuell plan (48 prosent), i motsetning til 46 prosent som ikke hadde erfaring. Jf. tabell 5.3.

**Tabell 5.3. Erfaring med individuell plan til eldre med sammensatte problemstillinger. Prosent**

Ja	Nei	Vet ikke	N
48	46	6	136

Årsaker til at individuell plan ikke fungerer *ble kartlagt hos de som hadde erfaring med planen*. Først og fremst mente 56 prosent at årsaken var at arbeidet med individuell plan tok for lang tid. En annen årsak mente 53 prosent var at personellet hadde lite erfaring, og en tredje årsak mente 47 prosent var at individuell plan var for krevende for eldre å bruke. Endelig mente 38 prosent at manglende kompetanse var en årsak til at planen ikke fungerte. Jf. tabell 5.3.

**Tabell 5.4. De som hadde erfaring med individuell plan. Vurdering av årsaker til at planen ikke fungerer, etter utdanningsbakgrunn. Prosent**

			Ja	Nei	Vet ikke	N
Tar for mye tid*	Alle		56	12	33	61
	Utdannings- bakgrunn	Videregående	50	17	33	18
		Høyskole	58	9	33	43
Lite erfaring hos personalet**	Alle		53	19	28	57
	Utdannings- Bakgrunn	Videregående	60	13	27	15
		Høyskole	50	21	29	42
For krevende for mange eldre ***	Alle		47	13	40	60
	Utdannings- bakgrunn	Videregående	53	6	42	17
		Høyskole	44	16	40	43
Manglende kompetanse****	Alle		38	24	38	58
	Utdannings- bakgrunn	Videregående	31	25	44	16
		Høyskole	41	24	36	42

\*P=0,686; \*\*P=0,741; \*\*\*P=0,550; \*\*\*\*P=0,793

Kommuneintern samhandling bød også på utfordringer innenfor utveksling av informasjon. Noen i hjemmetjenestene legger vekt på at det ofte kan være vanskelig å få nødvendig informasjon når eldre kommer til dem, enten fra sykehus eller fra andre kommunale tilbud. Andre legger vekt på at kommunen har en egen koordinator i hjemmetjenesten som har en sentral rolle i å formidle opplysninger og beskjeder om inn- og utskrivning fra sykehus. At en fast person har fått denne rollen er noe som har kommet de siste årene. Det at det er én person som har dette ansvaret, oppfattes som positivt.

*Ja. ... Så vi får beskjed om at nå planlegger en utreise i morgen og den andre dagen hjem, og så gir hun oss ... hun fanger opp hvordan det fungerte inn, det er hun som tar det. Hvilke observasjoner har de gjort, hvordan fungerer det, ser det ut til å gå bra. Litt sånt, og så får vi tilbakemelding via henne. Så det er bra.*

I underkant av halvparten av respondenten i spørreskjemaundersøkelsen oppgav at de i liten grad eller ikke i det hele tatt, fikk tilstrekkelig informasjon når brukere hadde vært til korttidsopphold (46 prosent) eller rehabiliteringsopphold (44 prosent). På den andre siden mente noen ansatte at de fikk dette i noen grad for korttidsopphold (34 prosent) og for rehabiliteringsopphold (30 prosent). Under en femtedel mente at de i svært stor eller i stor grad fikk den informasjonen de trengte ved korttidsopphold (21 prosent), og i overkant av en fjerdedel når det gjaldt rehabiliteringsopphold (26 prosent). Jf. tabell 5.5.

**Tabell 5.5. Endring innenfor kommuneintern utveksling av informasjon etter 2012.**

**Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Etter rehabiliteringsopphold	26	30	44	123
Etter korttidsopphold	21	34	46	122

### 5.3 Samarbeid med sykehjemmene

Det var ulike syn i de kvalitative intervjuene på hvordan samarbeidet med sykehjemmet var blitt etter samhandlingsreformen. Noen mente at reformen hadde ført til at det var blitt et tettere og bedre samarbeid mellom hjemmetjenesten og sykehjemmene. Ofte var de eldre en periode på sykehjemmet etter et sykehusopphold før de kom hjem.

*Og forklarer at nå har sykehuset gitt beskjed om ham [pasienten]. De synes han er så dårlig at han bør ha avlastning. En stund framover. Og så eventuelt [vil det bli] vurdert å flytte [pasienten] hjem igjen.*

Det gode samarbeidet mellom hjemmetjenesten og sykehjem beskrives også når den eldre får behov for mer hjelp og tettere oppfølging enn det hjemmetjenesten kan tilby. Det er lettere enn før å kontakte sykehjemmene for avlastningsplass. Sykehjemmet kan avlaste når hjemmetjenesten ikke har kapasitet til å ta imot en pasienter som kommer fra sykehuset. «Forhåndsreserverte» senger på sykehjemmet virker som en buffer for hjemmetjenesten.

*Vi har ... samarbeider godt med sykehjem. Og når det er plass ... Det er klart, hvis det er kritisk, så får de [pasientene] jo som oftest komme med en gang.*

På den andre siden kom det også fram ulikt syn på sykehjemmets mulighet til å avlaste hjemmetjenesten i den kvalitative studien. Noen mente muligheten til eldre for å få avlastningsplass en periode på sykehjem var blitt mindre. Det var større rift om avlastningsplasser etter samhandlingsreformen. Eldre måtte nå stå på venteliste for å få avlastningsplass. Dette førte til at eldre som de mente burde hatt et tilbud på institusjon for en periode, måtte få hjelp av hjemmetjenesten. Informanter trakk fram brukersituasjoner som krevde tett oppfølging, som døende, personer med demens eller brukere med ulike bruddskader, som særlig utfordrende for de ansatte i hjemmetjenestene.

Det ble påpekt at en årsak til at det var økt rift om sykehjems plasser var at sykehjemmene først og fremst merket konsekvensene av samhandlingsreformen. Dette momentet blir påpekt av flere av sykepleierne i to av deltakerkommunene. Sykehjemmet var nå hyppigere brukt som «mellomstasjon» og som en forlengelse av sykehusoppholdet. Vist i følgende eksempel:

*Det blir jo som en sånn forlenga arm til sykehuset, tenker jeg.*

De eldre får da korttidsopphold på sykehjem for fortsatt intravenøsbehandling eller rehabilitering etter sykehusoppholdet.

*Sånn som det [reformen] egentlig var tenkt. Jeg snakker nå mye med de [pleierne] som jobber inne, og som har bakvakt inne, så vi har fått mye mer væskebehandling, antibiotikabehandling, at de [pasientene] starter opp på sykehuset og så gjerne reiser til sykehjemmet og fullfører behandlingen der da. Før de blir utskrevet til hjemmene sine.*

Den økte riften om plassene førte da til at det ble vanskeligere for andre å få en avlastningsplass.

En annen årsak som noen informanter trakk fram som årsak til hyppigere bruk av sykehjemmet som mellomstasjon, var mindre bruk av spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner enn før. Dette ble framhevet av informantene spesielt i en av kommunene.

Kommunale rehabiliteringsavdelinger og avlastningsplasser ble beskrevet av flere som særlig viktige tilbud. Noen av sykepleierne påpekte imidlertid at de eldre ikke fikk et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud før hjemreise. Kvaliteten på rehabiliteringsoppholdene ved sykehjemmene burde vært bedre. En sykepleier med lang erfaring hevdet at bedre opptreningsstilbud på sykehjemmet kunne gitt raskere utskrivning til hjemmet.

Flere kommuner hadde også satt fokus på hjemmetjenestens egen kompetanse og rolle i å drive aktivisering, trening og rehabilitering av brukerne. Fokuset hadde ført til større krav til de ansatte i hjemmetjenesten på fagområdet. Kravene ble beskrevet som en konsekvens av reformen. En sykepleier beskrev at kravet kunne være konfliktfylt. En årsak var at sykepleierne hevdet at de hadde en del praktiske oppgaver som måtte prioriteres før en kunne

aktivisere brukerne. I tillegg ble det poengtert at det ikke var skjedd synlige endringer i bemanningssituasjonen som følge av at hjemmetjenesten skulle prioritere rehabilitering av eldre pasienter. Konsekvensen, mente sykepleieren, var at enkeltgrupper som slagpasienter ikke fikk et optimalt tilbud.

Mer støtte fra ergoterapeuter eller fysioterapeuter ble etterspurt. Samtidig ble det vist til at enkelte kommuner hadde organisert tverrfaglig fellestrening og individuell trening over flere år. Treningstilbudet med fysioterapeuter og ergoterapeuter er rettet mot slagpasienter.

Tilbudet oppleves som nyttig for å bevare slagpasientenes funksjoner.

En annen side ved at eldre reiser inn til sentrum av kommunen for å trene, er at informantene beskriver dette som en belastning for flere eldre.

*For vi ser jo belastningen det er for eldre folk å bestille drosje og dra i drosje og trene på [stedsnavn] og hjem igjen i drosje, ja ... ganske heftige hverdager for dem.*

## 5.4 Hjelpemidler

Flere fortalte at det var økende fokus på å sette boligen i stand før den eldre kom hjem fra sykehus. Planlegging og utføring av arbeidet beskrives som enklere og raskere. Kommunene skaffet og tilpasset egnede hjelpemidler og nødvendig medisinsk-teknisk utstyr for brukere og helsepersonell.

Spørreskjemaundersøkelsen viste at ansatte i hjemmetjenesten hadde et varierende syn på om det var blitt mer fokus på hjelpemidler etter samhandlingsreformen, selv om det var en betydelig gruppe som mente at samhandlingsreformen hadde bidratt positivt. Fire av ti høyskoleutdannede (40 prosent) og i underkant av tre av ti (27 prosent) med utdanning fra videregående, mente at det ikke hadde blitt mer fokus på tildeling av hjelpemidler enn før reformen. I overkant av en tredjedel (34 prosent) med utdanning fra videregående, og én av fire med utdanning fra høyskole mente at fokus i svært stor eller i stor grad var blitt økende etter reformen. Jf. tabell 5.6



**Tabell 5.6. Vurdering av hjemmetjenesten om det er mer fokus på tildeling av hjelpemidler etter 2012, etter utdanning. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I liten grad / i svært liten grad / ikke i det hele tatt	N
Alle		29	36	35	120
Utdannings- bakgrunn*	Videregående	34	39	27	41
	Høgskole	27	33	40	78

\*P= 0,369

Økende tverrfaglig samarbeid mellom ledere, fysioterapeuter og ergoterapeuter blir beskrevet som en viktig og effektiviserende faktor med hensyn til å få på plass ulike hjelpemidler til brukeren. I intervjuene beskrives denne utviklingen som en konsekvens av reformen.

*Både ergo- og fysioterapeut, hvis det er noen eldre sånn med store [utfordringer] ... de har ... det har vært litt tilfeldig hvem som har fått beskjedene, men de har sånn som ... lederen sitter, og så planlegger de hvem det er som skal ta tak dersom det er noen eldre som skal hjem igjen. Og da er det ergo og fysio inne i bildet når de skal tilrettelegge til hjemmet med senger og stoler og ... Så de tar veldig mye i forkant, hvis det er noen som skal hjem. Er det en som har slag eller noen ulykke ... ja, alt mulig ... så er det de som vurderer og legger til rette. Så reiser de [fysioterapeuter og ergoterapeuter] gjerne på besøk på der som han oppholder seg på opptrening, og ser om det er noen muligheter for å få til ting.»*

*Intervjuer: «Ja, er det mer nå av dette eller er det slik dere har jobbet før samhandlingsreformen også? Informant: «Det har vel vært slik, men det har blitt enda mer system på det, for nå har det blitt sånn at nå må du håndtere det. Og så samarbeider [de på] ledernivå, dette der. De må se på løsninger.*

Spørreskjemaundersøkelsen tydet også på at tilpassing av nødvendig utstyr ofte skjer. Kun 2 prosent oppgir at de i liten grad tilpasset nødvendig utstyr til pasientene. Hovedandelen (77 prosent), mente at de i svært stor eller i stor grad tilpasset nødvendig utstyr til pasienter, og i overkant av en femtedel (21 prosent) mente de tilpasset i noen grad. Jf. tabell 5.7.

**Tabell 5.7. Tilpassing av nødvendig utstyr til pasienter. Prosent**

I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I liten grad	N
77	21	2	139

## 5.5 Samarbeid med fastleger og vaktleger

Flere av informantene la vekt på at samarbeidet med fastleger var forbedret, og at fastlegene var mer engasjerte etter reformen. På spørsmål om kommunen hadde lagt om rutiner når det gjaldt å skrive inn brukere på sykehus, og om fastlegene ventet lenger før det ble innleggelse, svarte en informant at:

*Jeg tror at legene, de som legger inn ... er flinke med å ta signalene alvorlig, og når de selv ser sine begrensinger, at de [legene] da får innlagt dersom de [pasientene] skal inn.*

Legene valgte oftere å starte behandling lokalt før den eldre ble lagt inn på sykehuset. Oppstart av behandling i hjemmet fikk konsekvenser for sykepleierne. Sykepleierne opplevde at denne endringen både krevde mye tid og at det ikke var selvsagt at en hadde nødvendig kompetanse til å utføre behandlingen. Beskrevet i følgende eksempel:

*Ja. At av og til kan det være vanskeligere å gå inn for at ... for det skal være at vi skal behandle i kommunene, og så noe klarer ikke vi i hjemmesykepleien å få til. Vi kan ikke klare alt, behandle noen intravenøst eller noe sånt, av forskjellige grunner.*

En viktig faktor for at de ansatte i hjemmetjenesten skulle føle seg trygge, var stabilitet i fastlegestaben. Spesielt i én kommune opplevdes mangel på fastleger som en utfordring. Uavhengig av yrkesbakgrunn la informantene vekt på dette. Mangel på fastlege kunne få konsekvenser for alvorlig syke hjemmeboende som hadde behov for tett oppfølging.

*Ja, fastlegene. Nå har vi hatt veldig stabile [fastleger] fram til nå i det siste, så nå har vi fått litt utskifting, så det har vært utfordrende for oss å plutselig ikke ha de faste fastlegene, for å si det sånn.*

Både sykepleiere, hjelpepleiere og fagarbeidere la vekt på at manglende fastlegedekning hos alvorlig syke og døende var lite verdig. En informant beskrev det slik:

*Så vi har faktisk døende folk nå liggende hjemme som ikke har fastlege. Tro det eller ei.*

De mente at tilbud om fast legetilsyn for hjemmeboende døende burde vært standardisert.

*Hun vet at hun skal dø, men det er litt uverdigg når du ikke får noe stabilt. Hun burde hatt legetilsynet et par ganger i uka fast, uten at de måtte mase, sant. Det skulle være prosedyrestandard.*

Informantene hadde ulike erfaringer med legetilsyn i hjemmet. Oftest opplevde hjemmetjenesten at eldre som de mente burde få tilsyn hjemme, ble transportert inn til legekantoret for vurdering, selv om det også var eksempler på leger som kom på hjemmebesøk. Årsaken til den ulike praksisen synes å være personavhengig. Tilgang til fastlege utenom kontortid var også varierende. Noen fastleger åpnet opp for at ansatte i hjemmetjenesten kunne ta kontakt utenom kontortid når de var fastlege for eldre som var spesielt dårlige. Ulikhetene mellom legenes praksis kan dermed ikke relateres bare til samhandlingsreformen.

I spørreskjemaundersøkelsen ble det stilt flere spørsmål om hvordan samarbeidet med fastlegen var endret etter innføring av samhandlingsreformen. Det området det ble oppgitt størst endringer etter samhandlingsreformen på, var legens bruk av e-meldinger.

Hovedandelen av de høyskoleutdannede, 63 prosent, og 57 prosent av helsefagarbeiderne svarer at det har vært endringer på dette området i svært stor eller stor grad.

Vel to av fem av høgskoleutdannende svarer at det i svært stor eller stor grad har vært endringer etter samhandlingsreformen, slik at de samarbeidet med flere fastleger (42 prosent), og forholdt seg til flere fastleger (44 prosent). Færre utdannet fra videregående mente det samme, 17 prosent av helsefagarbeiderne oppgir at de i svært stor eller i stor grad samarbeidet med flere fastleger og én av fire mener de forholdt seg til flere fastleger.

Når det gjelder legens tilgang til samme datasystem, hadde 39 prosent av de med utdanning fra videregående og 26 prosent av høgskoleutdannede svart at det har vært endringer i svært stor eller stor grad. På den andre siden svarte 44 prosent av de med utdanning fra videregående skole og 56 prosent av de høgskoleutdannende at det i svært liten eller liten grad var endringer når det gjaldt at legene hadde samme datasystem som hjemmetjenesten.

Få hadde krysset for at legene i svært stor eller i stor grad svarte raskere på telefonen nå enn før reformen. Dette gjaldt for 22 prosent av de høgskoleutdannende og for 15 prosent av de med utdanning fra videregående skole. Likedan hadde få krysset for at legene i svært stor eller stor grad oftere utfører hjemmebesøk, det vil si 19 prosent av de høgskoleutdannende og 11 prosent av de med utdanning fra videregående skole. Jf. tabell 5.8.

**Tabell 5.8. Vurdering av endringer i samarbeidet med fastlegene etter 2012, etter yrkesbakgrunn. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I svært liten grad / i liten grad	N	
Legene bruker oftere e-meldinger *	Alle	61	24	15	108	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	57	32	11	28
		Høyskole	63	21	16	80
Forholder meg til flere fastleger ***	Alle	39	28	33	111	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	25	25	50	32
		Høyskole	44	29	27	79
Samarbeider med flere fastleger ****	Alle	35	40	26	106	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	17	52	31	29
		Høyskole	42	35	23	77
Legene har tilgang til samme datasystem som hjemmetjenesten **	Alle	28	18	53	88	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	39	17	44	18
		Høyskole	26	19	56	70
Legene svarer raskere på telefon *****	Alle	20	38	43	112	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	15	27	58	33
		Høyskole	22	42	37	79
Leger utfører oftere hjemmebesøk når hjemmetjenesten ber om det *****	Alle	16	35	49	117	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	11	27	62	37
		Høyskole	19	38	44	80

\*P= 0,460; \*\*P=0,537; \*\*\*P= 0,048; \*\*\*\*P=0,063; \*\*\*\*\*P=0,126; \*\*\*\*\*P= 0,172

Kontakt med legevakt ble i noen grad beskrevet som utfordrende. Spesielt gjaldt dette der det var leger fra andre kommuner og utenlandske leger. Dette stilte større krav til hjemmetjenesten når de skulle beskrive brukere som trengte legehjelp.

*Sånn at det bruker å fungere bra da [samarbeid med legevakt] bare da må du kjenne pasienten litt bedre selv for at det kan være litt utfordrende med utenlandske leger og fra andre kommuner og sånn, og de har lite tilgang til opplysninger på pasienten. Så det er av og til litt sånn både og, men med de dårligste pasientene har vi vært heldige, vi har fått lov å ringe fastlegene.*

En annen utfordring i samarbeid med legevaktsleger og vaktleger på kommunalt nivå som også blir pekt på hos informantene, er store udekkede behov hos brukere med rus og i LAR-behandling. Utfordringer oppstod da informantene opplevde å bli stående med ansvaret. Et behov for og ønske om en vaktordning fra russpesialister eller spesialister innen psykiske lidelser i helgene blir løftet fram.

*Ja. Nei, det må jo være at det var sånn i helgene, når det har oppstått problemer med disse brukerne, så får ikke vi tak i de som har ansvar for LAR-teamet.*

En endring i legevaktsamarbeidet var at hjemmetjenesten hadde erfart at vaktlegene nå «svarte raskere på telefonhenvendelser». Halvparten av de med utdanning fra videregående skole (51 prosent), og i underkant av halvparten av de med utdanning fra høyskole (44 prosent), mente at denne endringen hadde skjedd i svært stor eller i stor grad etter innføringen av reformen.

Videre hadde 59 prosent av de med utdanning fra videregående skole erfart at bruken av legevakt i noen grad var økende, og 48 prosent av de med utdanning fra videregående skole mente at vaktlegen i noen grad kjente brukeren de samhandlet om. Områder hvor begge yrkesgruppene mente de hadde erfart liten til svært liten endring, var at vaktlegene hadde tilgang til samme datasystem som hjemmetjenesten. Videre så de liten endring i mindre bruk av legevakt, og sist men ikke minst så begge gruppene liten endring av tilsyn i hjemmet utført av vaktlege, hvis hjemmetjenesten bad om det. Jf. tabell 5.9.

**Tabell 5.9. Vurdering av endring i samarbeid med legevaktsleger etter 2012, etter utdanningsbakgrunn. Prosent.**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I svært liten grad / i liten grad	N	
Vaktlegene svarer raskere på telefon	Alle	47	31	23	114	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	51	24	24	37
		Høyskole	44	34	22	77
Vaktlegen kjenner ikke brukeren**	Alle	33	37	30	112	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	25	39	36	36
		Høyskole	37	36	28	76
Vaktlegen kjenner brukeren***	Alle	15	39	46	119	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	15	48	38	40
		Høyskole	15	34	51	79
Vaktlegene utfører brukertilsyn i hjemmet hvis hjemmetjenesten ber om det****	Alle	15	30	56	117	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	15	39	46	39
		Høyskole	14	26	60	78
Økt bruk av legevakt*****	Alle	19	43	38	90	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	14	59	28	29
		Høyskole	21	36	43	61
Vaktlegen har tilgang til samme datasystem som hjemmetjenesten*****	Alle	16	16	69	83	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	13	25	63	16
		Høyskole	16	13	70	67
Mindre bruk av legevakt*****	Alle	4	21	75	68	
	Utdanningsbakgrunn	Videregående	10	33	57	21
		Høyskole	2	15	83	47

\*P=0,589; \*\*P= 0,429; \*\*\*P=0,331; \*\*\*\*P=0,30; \*\*\*\*\*P=0,131; \*\*\*\*\*P= 0,512; \*\*\*\*\*P= 0,064

I det store og hele oppleves samhandling med fastleger og vaktleger som positiv og et område der det har vært forbedring. De ansatte opplever bedre støtte fra fastlegene. Endringer på dette området knyttes direkte til iverksetting av samhandlingsreformen.

## 5.6 Sammendrag

Undersøkelsen her viser at det har skjedd positive endringer i det kommuneinterne samarbeidet etter samhandlingsreformen. Formelle reguleringer for samarbeidet er etablert. Et flertall av respondentene i den kvantitative undersøkelsen mener at samarbeidet er lettere og tettere mellom sykehjem og fastleger via e-meldingssystemet. Det har skjedd positive endringer i form av avtalefestet samarbeid, klarere retningslinjer samt bruk av koordinatører.

Et flertall på over tre av fire er fornøyd med tilpassing av nødvendig teknisk utstyr for pasienter som kommer fra sykehus. Det har også før samhandlingsreformen vært oppmerksomhet på teknisk utstyr og boligtilrettelegging i kommunene, i tillegg har vi i vår

undersøkelse viste at en betydelig gruppe (2 av 3) mener dette har blitt enda bedre etter innføring av Samhandlingsreformen.

I den kvalitative studien ble hjemmetjenestens samarbeid med sykehjemmene beskrevet i positive ordelag og som et fleksibelt samarbeid. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen viser variasjoner i hvordan samarbeidet vurderes og peker på at det også er mangler området. Nesten halvparten mente det ikke hadde vært forbedringer i informasjonen til hjemmetjenesten etter korttidsopphold og rehabiliteringsopphold etter Samhandlingsreformen.

Undersøkelser basert på samtaleintervjuene her viser at sykehjemmene nå etter samhandlingsreformen bidrar med akutt plasser, avlastningsopphold og med ferdigbehandling av pasienter etter sykehusopphold. Sykehjemmet blir også brukt i forbindelse med rehabilitering. De ansatte i hjemmetjenesten gir både positive og negative vurderinger av at sykehjemmene nå har fått en annen bruk. Sykehjemmene avlaster hjemmetjenesten etter at pasientene er utskrevet fra sykehus ved at de kan komme dit før de kommer hjem. På samme tid kan det være vanskeligere for hjemmetjenesten å få avlastningsplass for eldre på sykehjemmet. God tilgang til avlastning kan være nødvendig for eldre og for pårørende, og kan bidra til å hindre sykehusinnleggelse dersom nødvendig kompetanse finnes på sykehjemmet. Dette er også påpekt av andre (Hermansen & Grødem, 2013).

Informantene i den kvalitative undersøkelsen gir uttrykk for at det er lettere få fastlegen i tale etter samhandlingsreformen. Fastlegene oppfattes som mer informert og engasjert. Samtidig trekkes det fram problemer med manglende fastlegedekning og vaktleger som ikke kjenner pasientene. Dette er særlig alvorlige mangler, spesielt når det kan handle om døende og svært alvorlig syke. Noen fastleger reiser på hjemmebesøk, noe det er sterkt ønske om at alle bør gjøre når det trengs. Lang transport til legekonsultasjoner er svært belastende for svært syke eldre.

Det rapporteres om utfordringer i samarbeidet med legevaksleger. Flertallet mener det ikke har vært forbedringer i samarbeidet etter samhandlingsreformen. Legevaksleger har ikke tilgang til samme datasystem som hjemmetjenesten. Nesten tre av fire rapporterer at vaktleger ikke kjenner pasienten (i svært stor grad / stor grad / noen grad).

Individuell plan kan være et viktig redskap for eldre med sammensatte lidelser og et redskap for å få til et samarbeid med aktuelle fagpersoner og instanser. Våre studier viste lite bruk av og erfaring med individuell plan. Opp mot halvparten av respondenten hadde ikke erfaring med individuell plan overhodet, og undersøkelsen gir ikke grunn til å anta at bruken har økt etter innføring av samhandlingsreformen.

Likeså ser vi lite systematisk bruk av tverrfaglig arbeid. Det er noen forbedringer i og med at én av fire rapporter om økt bruk av tverrfaglig samarbeid etter samhandlingsreformen, men samtidig er det så mye som over én av tre som rapporterer om ingen endringer på dette området. Resultater fra samtaleintervjuene kunne tyde på at tverrfaglig arbeid kan ha en ad hoc-karakter, og at det ikke alltid finnes faste rutiner for dette arbeidet.



## Kapittel 6. IKT og velferdsteknologi i hjemmetjenesten

I helse- og omsorgstjenesten har det vært stadig større fokus på den voksende kompleksiteten i pasientens behov. Krav om samhandling mellom tilbud og tjenester og en voksende mengde informasjon kan påvirke behovet for IKT-verktøy og -systemer. Denne utviklingen kan medføre omdefinering av både ferdigheter og arbeidsmåter i helse- og omsorgstjenestene. Utviklingen kan også bidra til endring i de forholdene som innvirker på og har betydning for ansattes kunnskap om og holdning til bruk av IKT-verktøy.

I studiene la vi definisjonen av velferdsteknologi fra Hagen-utvalget til grunn:

*«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013:71).

Det finnes ulike typer velferdsteknologi, og disse deles inn i fire hovedkategorier: *Trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi. Teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie.*

Velferdsteknologi har grenseflater mot, og kan være overlappende med IKT i helse og kommuneforvaltningen og hjelpemiddelområdet. IKT i helse er en samlebetegnelse som omfatter utvikling og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å registrere og utveksle helserelaterte data, informasjon og kunnskap hos pasienter, helsepersonell, helseadministratorer og politikere. I den grad velferdsteknologiske løsninger overfører informasjon med betydning både for en persons helse- eller livssituasjon og for den tjeneste vedkommende skal motta, omfattes dette av begrepet IKT i helse. Da vil også personopplysningsloven og helseregisterloven gjelde. Telemedisin inngår i IKT i helse og er særlig brukt i behandlinger der helsehjelp blir understøttet av helsepersonell som befinner seg på andre steder enn pasienten (op. cit.).

På bakgrunn av gjennomgangen ovenfor stilte vi spørsmål om hvilken kunnskap og erfaringer ansatte hadde i bruk av velferdsteknologi og IKT-baserte løsninger i hjemmebaserte tjenester.

Videre spurte vi om hvilken rolle hjemmetjenesten spilte ved innføring av nye IKT- og velferdsteknologiske løsninger, og hva som kunne påvirke, fremme og hemme bruk av ny teknologi i hjemmebaserte tjenester.

### **6.1 Kunnskap om IKT og velferdsteknologiske løsninger i bruk**

Mange av informantene i intervjuene mente at de hadde lite kunnskap om velferdsteknologiske og IKT-baserte løsninger. Intervjuene viste imidlertid at de hadde betydelige erfaringer på flere områder. Kunnskapen var oftest knyttet til de teknologiske løsningene som var i bruk i tjenesten. Kunnskapen var derfor først og fremst erfaringsbasert og avhengig av om de hadde konkret erfaring med løsningen fra egen praksis.

Flere refererte til én type teknologi, såkalt sikkerhetsteknologi. Ut fra omtalen av denne typen teknologi kan det tyde på at slike virkemidler var standard i alle kommunene som informantene i denne undersøkelsen kom fra. Dette var alarmer, komfyrvakter og røykvarslere. Denne teknologien ble beskrevet som godt innarbeidede tilbud til de eldre pasientene som mottok helse- og omsorgstjenester fra hjemmetjenesten.

Andre virkemidler som ble nevnt av langt færre, var bruk av digitale bilder av sår samt teknologi som støtter pasienten i form av å mestre egen helse. Denne typen teknologier var mer tilfeldig brukt. Flere løsninger ble av de ansatte nevnt som mulige, men ikke i bruk. Dette gjaldt sensorer som registrerer om noen går ut om natten, eller som registrerer tid på toalettbesøk. Fjernstyrt kalender med påminnelser samt medisindosetter ble lite omtalt. Ansatte fra en av de deltagende kommunene nevnte alarmer med varsling av brann eller oversvømmelse direkte til omsorgspersoner. De hadde deltatt på kurs om dette temaet. Telemedisinske løsninger, som videomøter (lyd/bilde) i samhandling med spesialisthelsetjenesten ble nevnt av enkelte. Én kommune hadde fått tilrettelagt utstyr for slik samhandling, men hadde ikke testet dette ut. I tillegg var springssystemet GPS (Global Positioning System) en løsning som nylig var tatt i bruk, og som alle kjente til. To kommuner hadde testet ut bruk av GPS på en person med demens etter påtrykk fra pårørende. Elektroniske meldingssystemer til bruk for kommunikasjon mellom hjemmesykepleier, fastlege og sykehus ble omtalt av alle.

Funn fra den kvalitative studien og spørreskjemaundersøkelsen samsvarer. Flesteparten (88 prosent) kjenner til trygghetsalarm. Et annet mye brukt hjelpemiddel, 24 prosent, var

teknologi brukt til monitorering av egen helse eller der signal kan sendes til helsepersonell for vurdering. I tillegg krysset to av fem av for bruk av hjelpemidler som måler lys, fukt, røyk eller varme (20 prosent) eller teknologi som måler medisinske eller fysiologiske data (20 prosent). Mindre brukte hjelpemiddel var døralarm (13 prosent), varsling ved fall (7 prosent), GPS (3 prosent), eller videokommunikasjon og nettbaserte løsninger (2 prosent). Manglende erfaring var løsninger som elektroniske dosetter, roboter som gir fysisk aktivitet eller robotkosedyr som gir sosial kontakt eller rehabiliteringsroboter (hudskjelett). Under «Annet\*» fylte respondentene selv ut eksempler på andre teknologiske hjelpemidler i bruk. Eksempler var kalender med dato og klokke, komfyrvakt og PC med påminningssystem. Jf. tabell 6.1.

**Tabell 6.1. Teknologiske hjelpemidler som er i bruk i hjemmetjenesten. Prosent**

	I bruk	N
Trygghetsalarm	88	152
Hjelpemiddel som pasient eller pårørende selv kan bruke for vurdering av egen helse eller der signal blir sendt til helsepersonell til vurdering	24	152
Måling av lys, varme, røyk, fukt	20	152
Måling av medisinske eller fysiologiske data (Fukt, Blodtrykk m.m.)	20	152
Døralarm	13	152
Varsling ved fall	7	152
Posisjonsteknologi (som GPS) for å finne pasienter	3	152
Videokommunikasjon og nettbaserte løsninger	2	152
Elektroniske medisinskapp	1	152
Elektroniske dosetter	0	152
Roboter som gir fysisk aktivitet	0	152
Robotkosedyr som gir sosial kontakt	0	152
Rehabiliteringsroboter (hudskjelett)	0	152
Annet *	11	152

Respondentene mente at kommunens kjennskap til nye teknologiske løsninger som kan bidra til å lette arbeidet i hjemmetjenesten var manglende. Bare 11 prosent mente at kommunen hadde svært stor eller i stor grad kjennskap til slike nye teknologiske løsninger, i motsetning til 44 prosent som mente at kommunens kjennskap til de nye løsningene var svært liten, liten eller manglende. Litt under halvparten (45 prosent) av de ansatte mente at kommunen i noen grad hadde kjennskap til nye teknologiske løsninger. Ledere (23 prosent) mente i større grad at teknologiske løsninger i stor eller svært stor grad kunne bidra til å lette arbeidet i hjemmetjenestene, enn de i som jobbet i fagstilling (8 prosent).

Videre mente 57 prosent av helsefagarbeiderne at teknologiske hjelpemidler i svært liten, liten eller i ingen grad kunne bidra til å lette arbeidet, i motsetning til 37 prosent av sykepleierne/vernepleierne. Jf. tabell 6.2.

**Tabell 6.2. Har kommunen kjennskap til nye teknologiske løsninger som kan bidra til å lette arbeidet i hjemmetjenesten, etter stillingstype og utdanningsbakgrunn. Prosent**

		I svært stor grad / stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten / i liten grad	N
Alle		11	45	44	133
Stillingstype*	Fagstilling	8	46	47	88
	Lederstilling / fag- og lederstilling	23	43	33	30
Utdanningsbakgrunn**	Videregående	8	34	57	47
	Høyskole	13	51	37	58

\*P=0,067\*\*P=0,067

Også i spørreskjemaundersøkelsen mente hjemmetjenesten at de selv hadde lite kompetanse på nye teknologiske hjelpemidler. Omtrent halvparten (51 prosent) av respondentene opplevde at de hadde lite eller manglende kompetanse. Litt under halvparten (48 prosent) mente de i noen grad hadde kompetanse på nye teknologiske hjelpemiddel. Vurdering av kompetansen hadde ingen statistisk sammenheng mellom stillingstype ( $P = 0,545$  \*) eller utdanningsbakgrunn ( $P = 0,520$ \*\*). Jf. tabell 6.3.

**Tabell 6.3. Ansattes vurdering av om de har tilstrekkelig kompetanse om nye teknologiske hjelpemidler, etter ansattes stillingstype og utdanningsbakgrunn. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Alle		2	48	51	136
Stillingstype*	Fagstilling	2	50	48	92
	Lederstilling / fag- og lederstilling	0	43	57	30
Utdanningsbakgrunn**	Videregående	0	50	50	50
	Høyskole	2	46	52	85

\*P-verdi = 0,545. \*\*P-verdi = 0,520

## 6.2 Holdninger til bruk av velferdsteknologiske eller IKT-baserte løsninger i hjemmetjenesten

Basert på intervjuene gav i hovedsak informantene uttrykk for en positiv innstilling til bruk av ulike IKT-baserte og velferdsteknologiske hjelpemidler. Ut fra intervjuene kunne en se at ansatte med positive erfaringer med bruk av teknologiske løsninger eller hjelpemidler hadde fått en positiv innstilling til hjelpemidlene og løsningene. Særlig ble løsninger som bidro til at de eldre kunne greie seg bedre hjemme og være trygge, samt løsninger som innebar besparelser for de ansatte, løftet fram.

*Og, men ellers så er det veldig ... vi prøver å gjøre oss nytte ut av det som vi kan i forhold til hjelpemiddelsentralen da. Ulike hjelpemidler de har i forhold til demente for eksempel ... og litt sånne ting som vi har prøvd og fått på plass da.*

Selv om intervjuene var preget av en positiv innstilling, innebar det ikke at informantene var ukritisk positive. Begrensninger ved bruk av velferdsteknologi og IKT- – baserte løsninger ble også pekt på. De kritiske kommentarene som ble trukket fram, handlet om situasjoner der de var bekymringer for at løsningene kunne komme til å erstatte det som de mente var nødvendig menneskelig kontakt.

*Altså, jeg skal ikke si ... det er helt sikkert ting som en kan ha nytte av og kan komme pasienten til gode, men jeg kjøper ikke alt ... Nei, jeg synes det blir for upersonlig.*

GPS som hjelpemiddel var omdiskutert. Men de i hjemmetjenesten som hadde tatt i bruk GPS mente bruken hadde gitt økt trygghet for den eldre. Bruken av GPS hadde blitt iverksatt etter ønske fra pårørende. Hjemmetjenesten hadde bidratt med hjelp til å iverksette dette. Disse informantene la vekt på verdimeslige utfordringer rundt bruken, og at bruk av GPS burde vurderes nøye for hver enkelt pasient dette var aktuelt for. I hovedsak ble det gitt uttrykk for positive holdninger til GPS. Andre informanter som ikke hadde erfaring med GPS, argumenterte mot bruk og mente at GPS ikke erstattet oppfølging fra helsepersonell. Noen mente at det å bo i småkommuner og griskrendte strøk reduserte behovet for GPS. Alle kjente alle. Når innbyggere så eldre med demens som hadde gått seg bort, gav de beskjed til hjemmetjenesten.

Informantenes hovedsakelig positive innstilling hadde sitt utspring i positive erfaringer. I tillegg etterlyste flere av informantene løsninger som i dag ikke var i bruk. Dette gjaldt løsninger som kunne være til hjelp for personer med demens, hjelpemidler til medikamenthåndtering og elektroniske påminnelser til den eldre, samt til overvåking av ulike vitale tegn.

*Jeg ser at det er mange ting som er nyttig å installere. Disse her dataskjermene.*

*Varsling i tale. Varsle 'nå må du slå av plata di' ... 'lyset på badet står på'. Slike ting.*

Dette gjaldt også hjelpemidler til bruk for kommunikasjon og rapportering for de ansatte, og da særlig knyttet til reiseveier mellom de ulike pasientene i kommunen. Informantene ønsket seg telefoner eller iPad med tilgang til pasientjournaler som gav mulighet for rask innhenting av informasjon om den enkelte pasient. Spesielt var dette noe de trengte i akutte tilfeller. Det ble også lagt vekt på at telefon/iPad kunne brukes til kontinuerlig rapportering. Telefoner med tastatur og tilgang til pasientjournal var innført i én av deltakerkommunene, men imidlertid ikke i bruk på grunn av dårlig brukervennlighet. Enda et område der det ble etterlyst IKT-baserte løsninger, var virkemidler til hjelp i kunnskapsoverføring og rådgiving.

*Det har jeg tenkt på ofte når du liksom har sårstell, og vi kanskje nå tar et bilde av en hel og så kan vi diskutere det rundt bordet, men hvis vi hadde fått en spesialist innenfor hudsykdommer til å ... se på det og si at, nei, her må du rense ut og ... ja, legge på noe sølv og ... ja.*

Også i spørreskjemaundersøkelsen vurderte hjemmetjenesten bruk av teknologiske løsninger som positivt for flere områder. Et fåtall (6 prosent) mente at teknologiske løsninger og hjelpemidler kunne føre til at jobbene i helse og omsorg ble uinteressante. Nær halvparten (48 prosent) mente at reisetiden i hjemmetjenesten i noen grad kunne bli påvirket ved bruk av teknologiske løsninger og hjelpemidler. Litt under halvparten mente at teknologiske løsninger i svært stor grad eller i stor grad kunne bidra til å bedre informasjonsflyten mellom helseforetaket og kommunen (46 prosent), og øke ansattes mulighet til å få veiledning (45 prosent). Videre mente 44 prosent at informasjonsflyten mellom ulike tjenester i svært stor grad eller i stor grad kunne bli bedret ved bruk av teknologi. En tredjedel mente at teknologiske løsninger også i svært stor eller i stor grad kunne gi ansatte økt mulighet til å delta i fagnettverk, samt øke muligheten for at tjenestene kunne bli mer individtilpassede og fleksible. Én av ti var kritisk til bruk av IKT, da dette kunne føre til uheldig overvåking av de eldre i svært stor eller stor grad. Under halvparten (43 prosent) mente at uheldig overvåking kunne skje i noen grad. Derimot mente 47 prosent at teknologiske løsninger i svært liten, liten eller ikke i det hele tatt kunne bidra til uheldig overvåking. Jf. tabell 6.4.

**Tabell 6.4. Vurdering av i hvor stor grad hjemmetjenesten tror teknologiske løsninger og hjelpemiddel kan påvirke helse- og omsorgspersonell i deres daglige virke. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Kan bedre informasjonsflyten mellom helseforetak og kommunen	46	40	14	132
Kan øke ansattes mulighet til å få veiledning	45	42	13	130
Kan bedre informasjonsflyten mellom ulike kommunale tjenester	44	41	15	131
Kan øke ansattes mulighet til å delta i fagnettverk	36	47	17	131
Kan øke muligheten til å gi individtilpassede tjenester	35	52	13	129
Kan øke muligheten for å gi mer fleksible tjenester	32	52	16	129
Kan redusere reisetiden til ansatte	15	48	37	132
Kan føre til uheldig overvåking av pasientene	10	43	47	129
Kan gjøre jobber innen helse og omsorg uinteressante	6	21	73	128

### 6.3 Opplæring

Når det gjaldt den typen velferdsteknologiske eller IKT-baserte løsninger som ble beskrevet i fast bruk, og som en integrert del av tjenestetilbudet, tydet intervjuene på at det ikke hadde vært noen spesifikk opplæring knyttet til bruken av disse virkemidlene. De ansatte hadde selv satt seg inn i det som var nødvendig, og hadde lært gjennom erfaring.

Intervjuene viste at ingen hadde hatt opplæring i bruk av teknologiske løsninger i forbindelse med formell utdanning utenfor arbeidsplassen. Dette gjaldt også de som hadde en relativt ny høyskoleutdanning. Intervjuene viste at det foregikk to ulike typer opplæring.

Den ene var enkeltkurs som ble arrangert om helt konkrete løsninger i regi av instanser utenfor arbeidsplassen. Én informant pekte på at det hadde vært gjentatte kurs om helt spesifikke teknologiske løsninger.

*Og jeg kjenner på det at jeg har vært veldig mye på kurs i forhold til tilrettelegging i boliger med alt mulig slags duppeditter.*

Bare få hadde deltatt på denne typen kurs. Andre hadde erfart en opplæring som foregikk «der og da».

Det vil si at opplæringen var relatert til en konkret innføring av ulike velferdsteknologiske eller IKT-baserte løsninger, som opplæring i forbindelse med bruk av ulike velferdsteknologiske hjelpemidler som fulgte med pasienter som ble utskrevet fra sykehus. Dette kunne være hjelpemidler som ble tatt i bruk for å hjelpe pasienten til å klare seg selv på en bedre måte. De ansatte fikk da opplæringen i forbindelse med overføring av pasienten. Opplæringen de hadde fått fra ansatte ved sykehus, ble beskrevet i positive ordelag og som svært nyttig.

Ved innføring i bruk av GPS gav intervjuene ikke noe helt klart bilde av opplæringen som var gitt, men intervjuene tydet på at også overfor disse virkemidlene hadde opplæringen karakter av å være der-og-da-opplæring.

I spørreskjemaundersøkelsen svarte hovedandelen av respondentene (75 prosent) at de ikke hadde fått tilbud om opplæring i bruk av ulike nye teknologiske hjelpemidler. Det var lite forskjell mellom hvordan de med ulik stillingstype ( $P=0,880$ ) eller utdanningsbakgrunn ( $P=0,845$ ) vurderte dette spørsmålet. Jf. tabell 6.5.

**Tabell 6.5. Har ansatte i hjemmetjenesten fått tilbud om opplæring i bruk av ulike teknologiske hjelpemiddel, ut fra stillingstype og utdanningsbakgrunn. Prosent**

		Ja	Nei	N
Alle		25	75	138
Stillingstype*	Fagstilling	24	76	92
	Lederstilling / fag- og lederstilling	23	77	31
Utdanningsbakgrunn**	Utdanning fra videregående skole	25	75	52
	Utdanning fra høyskole	24	77	85

$P=0,880$ \*\* $P=0,845$

I tillegg gav deltakerne i den kvalitative undersøkelsen uttrykk for at de sjelden drøftet ulike teknologiske løsninger seg imellom. Hvis diskusjoner forekom, hadde de gjerne utspring i oppslag i media. Likevel så mange av informantene på bruk av IKT og velferdsteknologi i helsevesenet som et nødvendig tilskudd i framtiden.



## 6.4 Pasient og pårørende

Økt offentlig satsing på bruk og implementering av velferdsteknologiske løsninger har som mål om å gi positive muligheter også for pasienten og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2012, 2014a; NOU 2011:11, 2011).

Spørsmål for å avklare i hvor stor grad pasienten ble involvert i avgjørelser om bruk av ulike teknologiske hjelpere, ble derfor rettet mot de ansatte i hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten mente at pasientene i varierende grad ble involvert i avgjørelser om bruk av ulike teknologiske hjelpemidler. I overkant av en fjerdedel visste ikke om pasientene ble involvert. Hovedandelen, to av fem, mente at pasientene ble involvert av og til. 25 prosent mente pasientene ble involvert i avgjørelsene, i motsetning til under én av ti, som mente slik involvering ikke skjedde. Det var lite forskjell mellom hvordan ansatte i fagstilling og de med lederstilling eller kombinert leder-/fagstilling vurderte dette spørsmålet ( $P=0,871$ ). Jf. tabell 6.6.

**Tabell 6.6. Blir pasienter involvert i avgjørelser om bruk av ulike teknologiske hjelpemidler, ut fra stillingstype. Prosent**

		Ja	Nei	Av og til	Vet ikke	N
Alle		25	7	40	27	135
Stillingstype	Fagstilling	27	8	37	29	90
	Lederstilling / fag- og lederstilling	23	7	45	26	31

$P=0,871$ .

Til tross for at pasientene i varierende grad ble involvert i avgjørelser om bruk av ulike typer teknologi, mente hovedandelen av respondentene at teknologiske løsninger og hjelpemiddel kan bidra til hjelp for pasienten og pårørende på flere områder. Først og fremst mente respondentene at teknologi kan bidra i svært stor grad eller i stor grad på følgende områder: I overkant av tre av fem mente at bruk av teknologi kan føre til økt trygghet (62 prosent), og 62 prosent mente at bruk kunne føre til økt mulighet til å bo lenger hjemme. Dessuten mente 53 prosent at teknologiske løsninger og hjelpemiddel kunne bidra til økt mestring og 49 prosent mente at teknologi kan bidra til å avlaste pårørende i svært stor eller i stor grad. Samtidig mente 46 prosent at teknologi også i svært stor eller i stor grad kan bidra til økt kompetanse hos pasienten. Få mente at velferdsteknologi ikke kunne bidra i det hele tatt, i liten eller svært liten grad. Jf. tabell 6.7.

**Tabell 6.7. Hjemmetjenestens vurdering av i hvor stor grad teknologiske løsninger og hjelpemiddel kan være til hjelp for pasienten og pårørende. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Kan bidra til økt trygghet for pasienten	62	36	2	135
Kan bidra til økt mulighet til å bo lenger hjemme	62	34	4	135
Kan bidra til økt mestring for pasienten	53	43	4	135
Kan avlaste pårørende	49	41	10	134
Kan bidra til økt kompetanse hos pasienten	46	44	11	131
Kan bidra til økt tilgjengelighet til tjenesten for pasienten	40	49	11	132

Selv om de ansatte mente at teknologiske løsninger og hjelpemiddel kunne gi positive bidrag til pasienter og pårørende, ble få pasienter tilbudt opplæring i nye teknologiske hjelpemidler.

Kun én av fem mente at tilbud om opplæring ble gitt. Litt under to av fem mente opplæring ble tilbudt av og til. Vel én av fire visste ikke om opplæring ble tilbudt, og 16 prosent mente at de ikke tilbydde pasientene slik opplæring.

Det var lite forskjell mellom hvordan ansatte med ulik stillingstype ( $P=0,339$ ) eller utdanningsbakgrunn ( $P=0,598$ ) vurderte dette spørsmålet. Jf. tabell 6.8.

**Tabell 6.8. Får pasienter knyttet til hjemmetjenesten tilbud om opplæring i bruk av ulike nye teknologiske hjelpemidler, ut fra stillingstype og utdanningsbakgrunn**

		Ja	Nei	Av og til	Vet ikke	N
Alle		20	16	39	26	137
Stillingstype*	Fagstilling	17	16	36	30	92
	Lederstilling / fag- og lederstilling	29	16	39	16	31
Utdanningsbakgrunn**	Videregående	16	12	43	27	49
	Høyskole	22	18	36	24	87

\* $P=0,339$ ; \*\* $P=0,598$

## 6.5 Elektronisk meldingsutveksling

Formålet med pleie- og omsorgsmeldingene (PLO-meldingene) er at de skal dekke ulike informasjonsutvekslingsbehov som pleie- og omsorgstjenesten har i samhandling med fastlege og sykehus (Skarsgaard, Lyngstad, Norsk Sykepleierforbund & KS, 2011).

Sykepleierne beskrev i intervjuene hyppig bruk av elektroniske meldinger (e-meldinger). Hvilken opplæring som var gitt med hensyn til bruk, og hvilket innhold disse meldingene skulle ha, kom ikke tydelig fram i datamaterialet.

Meldingsutvekslingen ble vurdert som svært positivt i samhandlingssammenheng. Blant annet ble de beskrevet som et godt verktøy for kommunikasjon med fastlegene og et virkemiddel som bidro til en enklere oppdatering av pasientenes medisiner. Dette er først og fremst fordi det nå er lettere enn tidligere å komme i kontakt med fastlege, få gitt beskjed og motta opplysninger. I motsetning til tidligere, da de ansatte hadde brukt svært mye tid på slik samhandling med legene. Sykepleierne opplevde meldingene som tidsbesparende. I tillegg mente sykepleierne at de ble mer oppdatert på pasienten og hans medisiner. En sykepleier beskriver meldingsutvekslingen i følgende eksempel:

*Vet du hva, det er helt revolusjonerende. Det er helt utrolig fantastisk. Jeg er veldig frelst på e-melding, altså. For sånn som før, når du jobbet i hjemmesykepleien, så ringte du på legekantoret. Du har en pasient som har sånn og sånn symptom, og skal bare konferere kanskje for å få ordinert en antibiotikakur. ... Ja, legen er opptatt, han skal ringe deg opp igjen. Og så går du halve vekten og venter og hører ikke noe, og så ringer du og maser igjen. Og det skjer ikke noe, og så må du gjerne overlate det til nestemann på jobb, og det er ikke noen god situasjon. ... Og sånn som nå, hvis det er akutte ting, så må vi jo ringe, men nå sender vi e-melding ... de er flinke til å gå inn og lese, og vi får tilbakemelding. Sånn som nå i forgårs, da jeg var på jobb, fikk jeg ordinert behandling til en pasient i løpet av et par timer.*

Den kvalitative studien viste at innføring av det elektroniske meldingssystemet hadde bidratt til endring i det faktiske ansvarsforholdet mellom fagarbeidere og hjelpepleiere på den ene siden, og sykepleiere på den andre siden. Tidligere hadde begge parter hatt mulighet til å kommunisere på telefon med fastlegen og sykehuset når de opplevde behov for det. Bare sykepleierne har mulighet til å bruke e-meldingssystemet. Informantene mente at fastleger benyttet seg av e-meldinger ganske kjapt i innføringsfasen, selv om enkelte trakk fram at det fortsatt var fastleger som ikke brukte dette systemet.

Bruk av elektronisk meldingsutveksling ble også kartlagt i spørreskjemaundersøkelsen. Først og fremst ble det kartlagt i hvilken grad respondentene brukte elektroniske meldinger for å

utveksle informasjon om pasienter i hjemmetjenesten. 41 prosent mente at de brukte elektroniske meldinger i stor grad eller i svært stor grad. Litt under en fjerdedel (24 prosent) sendte i noen grad elektroniske meldinger, og en tredjedel mente de i liten, svært liten grad eller ikke sendte meldinger i det hele tatt. Jf. tabell 6.9.

Det var yrkesmessig statistisk signifikant forskjell når det gjaldt bruk av meldingssystemet ( $P=0,001$ ). Hovedandelen som brukte meldingssystemet var høyskoleutdannede. Opp mot fire av fem høyskoleutdannede (77 prosent) brukte meldingssystemet i svært stor eller i stor grad, i motsetning 23 prosent som var utdannet ved videregående skole.

Det var statistisk signifikant forskjell i bruk av meldingsutvekslingen mellom de som arbeidet som ledere eller kombinasjonsstillinger som ledere/fagansatte, og de som var ansatt i en fagstilling ( $P=0,031$ ) Jfr. Tabell 6.9

**Tabell 6.9. Ansattes bruk av elektronisk meldingsutveksling, ut fra stillingstype og utdanningsbakgrunn. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	N
Alle		41	24	35	128
Stillingstype**	Fagstilling	35	26	39	85
	Lederstilling / fag- og lederstilling	62	21	17	29
Utdanningsbakgrunn*	Videregående	28	9	63	43
	Høyskole	48	32	20	84

\* $P=0,001$ . \*\* $P=0,031$ .

Hvem hjemmetjenesten sendte elektroniske meldinger til, varierte. Først og fremst sendte hjemmetjenesten meldinger til fastlegene, i overkant av tre av fem (63 prosent). Dessuten sendte litt under én av fire (26 prosent) meldinger til helseforetaket. Interne elektroniske meldinger ble utvekslet mellom kolleger i hjemmetjenesten av 19 prosent, og 16 prosent utvekslet meldinger med koordinator i kommunen. Det ser også ut til at enkelte kommuner ikke var kommet i gang med meldingsutveksling da dataene ble samlet (7 prosent). Jf. tabell 6.10.

**Tabell 6.10. Hvem hjemmetjenesten sender elektroniske meldinger til. Prosent**

		N
Fastlegene	63	152
Helseforetaket	26	152
Internt mellom kollegaer i hjemmetjenesten	19	152
Koordinator i kommunen	16	152
Andre*	16	152
Ikke i bruk i kommunen	7	152

\*Andre som hjemmetjenesten sendte meldinger til, ble oppgitt av respondentene. De oppgav meldinger til ergoterapi- eller fysioterapitjenesten, leder i hjemmetjenesten eller til sykepleierne i hjemmetjenesten.

Meldingssystemet ble også brukt noe ulikt. 62 prosent mente at fastlegene brukte meldingssystemet til å sende meldinger til hjemmetjenesten. Videre brukte 59 prosent meldingssystemet til å rapportere til fastlegene om endringer i pasientens tilstand, og 56 prosent sendte forespørsler til fastlegene om endringer i medisinlistene til pasientene. En tredjedel (33 prosent) mottok meldinger om pasienten fra helseforetaket, og i underkant av en tredjedel (28 prosent) sendte informasjon om pasienten til avdelinger i helseforetaket. Endelig brukte 21 prosent i hjemmetjenesten elektroniske meldinger i tverrfaglig sammenheng. Jf. tabell 6.11.

**Tabell 6.11. Hvordan bruker hjemmetjenesten elektroniske meldinger. Prosent**

		N
Melding fra fastlege til helsepersonell	62	152
Rapportering til fastlege ved endring i tilstand til pasient	59	152
Forespørsel til fastlege om endring av medisinliste	56	152
Mottak av informasjon om pasient fra helseforetaket til hjemmetjenesten	33	152
Informasjon til avdeling i helseforetaket om pasient	28	152
Tverrfaglig samarbeid	21	152
Annet*	12	152
Ikke aktuelt	11	152

\*Annet ble beskrevet av respondentene som elektroniske meldinger med legekantor.

Liten meldingsutveksling med helseforetaket hadde en årsak, da bare 45 prosent av kommunene hadde innført elektronisk meldingsutveksling med helseforetaket da dataene ble samlet.

Noen kommuner, 18 prosent var i en utprøvningsfase, og 21 prosent hadde ikke startet med meldingsutveksling med foretaket. 16 prosent av respondentene visste ikke om meldingsutvekslingen var innført. Det var statistisk signifikant forskjell mellom kommunene ut fra innbyggertall ( $P=, 0,023$ ). De største kommunene hadde i større grad startet med meldingsutveksling med helseforetaket, derav én av tre kommuner med innbyggertall mellom

3000 og 5999 innbyggere, og over halvparten i kommuner med innbyggertall over 6000 – i motsetning til 29 prosent i kommuner med mindre enn 3000 innbyggere. Jf. tabell 6.12.

**Tabell 6.12. Innføring av elektroniske meldinger mellom helseforetaket og hjemmetjenesten, etter kommunestørrelse delt inn etter antall innbyggere. Prosent**

		Ja	Nei	Under utprøving	Vet ikke	N
Alle		45	21	18	16	136
Kommunestørrelse ut fra innbyggertall	< 3000	29	28	24	19	59
	3000–5999	60	17	17	22	35
	>6000	54	17	7	22	41

P=0,023

Hjemmetjenestene ble bedt om å evaluere ulike meldingsaktiviteter innenfor det elektroniske meldingssystemet. Først og fremst mente 43 prosent at meldingssystemet fungerte i svært stor eller i stor grad ved melding om utskrivningsklar pasient, og 42 prosent i svært stor eller stor grad ved melding når pasienten var skrevet ut. En tredjedel mente også at meldingssystemet fungerte i svært stor eller stor grad tilfredsstillende ved tidligmelding om behov for kommunale tjenester (34 prosent) og melding om endret utreisedato (34 prosent). I overkant av én av fire (27 prosent) mente at melding av endret funksjonsnivå og/eller økende hjelpebehov fungerte i noen grad. På den andre siden var det opptil to av fem som ikke visste om de ulike meldingsformene fungerte. Jf. tabell 6.13.

**Tabell 6.13. Ansatte i hjemmetjenesten sine vurderinger om de ulike elektroniske meldingsformene fungerer tilfredsstillende. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / svært liten / liten grad	Vet ikke	N
Med melding om utskrivningsklar pasient (dato, pasientansvarlig lege)	43	17	6	34	123
Melding om utskrevet pasient	42	13	10	34	125
Melding om endret utreisedato	34	23	7	37	123
Tidligmelding om behov for kommunale tjenester	34	22	6	37	125
Ved melding om endret funksjonsnivå og/eller økende hjelpebehov	28	27	13	33	123
Ved elektronisk utskrivningsrapport	26	15	18	41	123

Ved spørsmål om de elektroniske meldingene har påvirket kommunikasjonskvaliteten mellom hjemmetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenestene kan det se ut til at kommunikasjonen med fastlegene først og fremst har forbedret seg.

Halvparten mente at «kommunikasjon med fastlegene» i svært stor eller stor grad har blitt bedre. Litt under en tredjedel (28 prosent), mente at «kommunikasjonen med helseforetaket» har bedret seg i noen grad, samt at det i noen grad er «lettere å arbeide tverrfaglig» (28 prosent).

På den andre siden mente 29 prosent at de elektroniske meldingene ikke har eller i liten grad har «påvirket kommunikasjonen med egen leder om pasienter». Her også er det flere som ikke vet om de elektroniske meldingene har påvirket kommunikasjonen mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten som er vist i tabellen. Jf. tabell 6.14.

**Tabell 6.14. Har elektroniske meldinger påvirket kvaliteten på kommunikasjonen mellom hjemmetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / i svært liten grad / i liten grad	Vet ikke	N
Kommunikasjon med fastlege	52	27	6	16	128
Kommunikasjon med helseforetaket	22	28	10	40	122
Lettere å arbeide tverrfaglig	22	28	23	26	121
Tettere samarbeid med egen leder om pasienter	11	22	29	38	125
Annet	5	9	14	73	108

Endringer som følge av at resepter ble elektronisk tilgjengelig ble også vurdert i spørreskjemaundersøkelsen. En tredjedel mente at de i svært stor eller i stor grad fikk raskere oppdatert de eldre sine medisinlister ved bruk av elektroniske resepter. I overkant av en fjerdedel mente at det var enklere å holde seg oppdatert på den eldre sine medikamenter etter at en innførte bruk av elektroniske resepter. På andre siden mente oppunder en fjerdedel at det ikke hadde skjedd endringer, eller i liten grad hadde skjedd endringer i forhold til oppdatering av eldre sine medisinlister.

I underkant av én av tre (30 prosent) mente at elektroniske resepter ikke hadde påvirket det å holde seg oppdatert på den enkelte sine medikamenter. To av fire (henholdsvis 44 prosent og 43 prosent) visste ikke om det hadde skjedd endringer på disse områdene etter elektroniske resepter ble innført. Det var statistisk signifikant forskjell mellom utdanningsbakgrunn og

vurdering av endringer knyttet til oppdatering av eldre sine medisinlister (P=0,001). 71 prosent av helsefagarbeidere visste ikke om det hadde skjedd endringer med oppdatering av medisinlister, i forhold til 25 prosent av sykepleierne/vernepleierne. Vurdering om elektroniske resepter gjorde at det var enklere å holde seg oppdatert på eldre sine medikament, viste en stor forskjell mellom yrkene. For de som ikke visste om det hadde skjedd endringer, var 74 prosent helsefagarbeidere og 23 prosent sykepleiere/vernepleiere (P=0,001). Jf. tabell 6.15.

**Tabell 6.15. Hjemmetjenestens vurderinger av om det har oppstått endringer i forbindelse med bruk av elektroniske resepter. Prosent**

		I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt / svært liten / liten grad	Vet ikke	N	
Raskere oppdatering av eldres medisinlister	Alle	33	0	24	44	110	
	Stillingstype*	Fagstilling	29	0	20	51	76
		Lederstilling / faglederstilling	44	0	30	26	23
	Utdanningsbakgrunn**	Videregående	24	0	5	71	42
		Høgskole	39	0	36	25	67
Enklere å holde seg oppdatert på den enkelte eldre pasients medikament	Alle	27	0	30	43	112	
	Stillingstype***	Fagstilling	24	0	26	50	78
		Lederstilling/ faglederstilling	36	0	40	24	25
	Utdanningsbakgrunn****	Videregående	19	0	7	74	42
		Høgskole	32		45	23	69

\*P=0,104; \*\*P=0,001; P=0,074; \*\*\*\*P=0,001

## 6.6 Sammendrag

Mange av informantene som deltok på samtaleintervjuene, mente at de hadde begrenset kunnskap om IKT-baserte løsninger. Intervjuene viste likevel at de hadde betydelige erfaringer på flere områder. Funn fra den kvalitative studien og spørreskjemaundersøkelsen samsvarte på dette punktet. Spørreskjemaundersøkelsen viste at flesteparten (88 prosent) bruker trykksalvarmer. 24 prosent var kjent med teknologi brukt til monitorering av helse. To av fem brukte og kjente til hjelpemidler som måler lys, fukt, røyk eller varme, og to av fem kjente til teknologi som måler medisinske eller fysiologiske data. Mindre brukte hjelpemiddel var døralarm (13 prosent), varsling ved fall (7 prosent), GPS (3 prosent) eller videokommunikasjon og nettbaserte løsninger (2 prosent). Bare 11 prosent mente at kommunen hadde svært stor eller i stor grad kjennskap til mulige løsninger.



Også i spørreskjemaundersøkelsen kom det fram at de ansatte mente at de manglet kompetanse. Omtrent halvparten (51 prosent) av respondentene opplever at de hadde lite eller manglende kompetanse. Litt under halvparten (48 prosent) mener de i noen grad har kompetanse på nye teknologiske hjelpemidler. Spørreskjemaundersøkelsen viste at få hadde fått tilbud om opplæring. Bare én av fire har fått tilbud om dette.

Samtaleintervjuene viste at selv om informantene mente de manglet kompetanse, så var ikke det ensbetydende med en negativ holdning til bruk av IKT. Spørreskjemaundersøkelsen viste også en positiv holdning til bruk av ulike IKT-løsninger. Nær halvparten (48 prosent) mente at reisetiden i hjemmetjenesten i noen grad kunne bli påvirket ved bruk av teknologiske løsninger og hjelpemidler. Litt under halvparten mente at teknologiske løsninger i svært stor grad eller i stor grad kunne bidra til å bedre informasjonsflyten mellom helseforetaket og kommunen (46 prosent), og øke ansatte sin mulighet til å få veiledning (45 prosent). Videre mente 44 prosent at informasjonsflyten mellom ulike tjenester kunne (i svært stor grad eller i stor grad) bli bedret ved bruk av teknologi. En tredjedel mente at teknologiske løsninger også (i svært stor eller i stor grad) kunne gi ansatte økt mulighet til å delta i fagnettverk, samt øke muligheten for at tjenestene kunne bli mer individtilpassede og fleksible. Bare én av ti mente at bruk av IKT kunne føre til uheldig overvåking av de eldre. Et fåtall (6 prosent) mente at IKT-løsninger og -hjelpemidler kunne føre til at jobbene i helse og omsorg ble uinteressante.

De positive holdningene kommer også til uttrykk ved en positiv vurdering av nytte for pasienter og pårørende. Litt over tre av fem mente at bruk av teknologi kan føre til økt trygghet (62 prosent) og like mange at bruk kunne føre til økt mulighet til å bo lengre hjemme. Dessuten mente 53 prosent at teknologiske løsninger og hjelpemidler kunne bidra til økt mestring, 49 prosent at teknologi kan bidra til å avlaste pårørende, samt at 46 prosent oppgav at teknologi også i svært stor eller i stor grad kan bidra til økt kompetanse hos pasienten. Få mente at IKT-løsninger ikke kunne bidra eller kun bidra i liten grad.

Undersøkelsen vår viser at det er behov for større oppmerksomhet rundt brukerinvolvering når IKT-løsninger blir tatt i bruk. Bare én av fem oppgir at pasienter får tilbud om opplæring ved bruk av nye løsninger. Bare én av fem oppgir at pasienter blir involvert i avgjørelser om IKT-løsninger skal tas i bruk. Selv om 40 prosent oppgir at dette av og til skjer, må dette likevel vurderes som lave tall.

## Vurdering av bruk av elektroniske meldinger

På spørsmål om ulike bruksområder for elektroniske meldinger, ser vi at dette er et verktøy som først og fremst brukes i kommunikasjonen med fastlegen. 59 prosent bruker meldingssystemet til å rapportere til fastlegene om endringer i pasientens tilstand, og 56 prosent sendte forespørsler til fastlegene om endringer i medisinalistene. En tredjedel får elektronisk melding fra helseforetaket om pasienter, og 21 prosent bruker elektroniske meldinger i tverrfaglig sammenheng. 45 prosent av respondentene oppgir at elektroniske meldinger mellom helseforetak og kommunen er innført. 21 sier det ikke er innført, 18 prosent at dette er under utprøving, og 16 oppgir vet ikke.

Samtaleintervjuene viste en positiv vurdering av bruk av elektroniske meldinger, særlig fordi de ansatte opplever at de sparer tid. Spørreskjemaundersøkelsen nyanserer det positive bilde noe. Bruk av elektriske meldinger ble vurdert som positiv først og fremst når det gjaldt kommunikasjon med fastlegen. 52 prosent mener at kommunikasjon med fastlegene har i svært stor eller stor grad har blitt bedre og 27 prosent at den i noen grad var blitt bedre. Det var ikke like positive vurderinger for andre områder det ble stilt spørsmål om: som «kommunikasjon med helseforetaket» (22 og 28 prosent), «lettere å arbeide tverrfaglig» (22 og 28 prosent) og «tettere samarbeid med egen leder» (11 og 22 prosent). Det er tidligere pekt på at e meldinger ikke erstatter kommunikasjon mellom sykepleiere i hjemmetjenesten og leger, men virker heller komplementær i kommunikasjonen og samarbeidet (Lyngstad, Grimsmo, Hofoss & Hellesø, 2014).

Vi stilte også spørsmål om vurdering av verdien av bruken av elektroniske meldinger for ulike områder. Svarene viser at elektroniske meldingsformer vurderes ulikt for ulike områder. 43 prosent oppgir at elektroniske meldingsformer fungerer tilfredsstillende (i svært stor grad / i stor grad) og 17 prosent i noen grad ved «melding om utskrivningsklar pasient (dato, pasientansvarlig lege)». Tilsvarende tall for «melding om utskrevet pasient» var 42 og 13 prosent, for «melding om endret utreisedato» 34 og 23 prosent, for «melding om tidligmelding om behov for kommunale tjenester» 34 og 22 prosent, for «melding om endret funksjonsnivå og/eller økende hjelpebehov» 28 og 27 prosent, og for «melding om elektronisk utskrivningsrapport» 26 og 15 prosent.

En tredjedel av respondentene i spørreskjemaundersøkelsen mente at de eldre sine medisiner ble raskere oppdatert ved bruk av elektroniske resepter (i svært stor eller i stor grad), og i overkant av en fjerdedel at det var enklere å holde seg oppdatert på den eldre sine medikamenter. Men det var også en betydelig gruppe som mente det ikke var skjedd endringer etter innføring av elektroniske resepter: 24 prosent når det gjaldt raskere oppdatering av resepter, og 30 prosent når det gjaldt å holde seg oppdatert på de eldre sine medisiner.

## **Kapittel 7. Kompetanse i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen**

Det er flere ulike faktorer som påvirker kompetansebehovet i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Innføringen av samhandlingsreformen og en forventet demografisk utvikling med et økende antall hjemmeboende eldre som har store og omfattende hjelpebehov har betydning. Samtidig forventes det mindre tilgang til arbeidskraft. Videre er nye prosedyrer i behandling og økt bruk av teknologiske hjelpemidler, samt økt fokus på samhandling med andre nivåer og faggrupper utfordringer som krever et høyt kunnskapsnivå blant ansatte. I framtiden må vi regne med at det ytterligere vil bli rettet fokus mot pasientrettigheter og brukermedvirkning. Myndighetene har de siste årene utformet et økende antall rettighetslover med formål om å styrke pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven, 2. juli 1999 [lov om pasientrettigheter]).

Kompetansen til ansatte i hjemmetjenesten er en avgjørende faktor for rett helsehjelp og kan også være viktig for hjemmeboende Eldres helhetlige situasjon. Med innføring av samhandlingsreformen har det oppstått nye og endrede behov for kompetanse i hjemmetjenesten. Kortere opphold på sykehus og flere eldre med komplekse lidelser som trenger oppfølging hjemme, har behov for ansatte med et høyt kunnskapsnivå om ulike sykdommer, samt praktiske ferdigheter i nye prosedyrer.

Lover og forskrifter legger i tillegg føringer for helsepersonells kompetanse. Lov om helsepersonell (lov om helsepersonell, 1999) presiserer at helsepersonell skal ha den nødvendige kompetansen til å utføre en forsvarlig tjeneste. Ifølge loven har hver enkelt ansatt et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert. I tillegg har også virksomheten et særskilt ansvar for å legge til rette for at hver enkelt ansatt får mulighet til å holde seg oppdatert og utvikle sin kompetanse i takt med nye behov. Utfordringene som er skissert overfor, krever systematisk kompetanseutvikling slik at tjenesten kan opprettholde god kvalitet og høy standard.

Allerede før innføring av samhandlingsreformen var hjemmetjenesten i en presset situasjon, med et høyt antall ufaglærte og mange deltidsstillinger (Gautun & Hermansen, 2011). Ulike tiltak ble satt i verk for å rekruttere flere ansatte med helsefaglig utdanning. Blant annet har myndighetene satt i verk Kompetanseløftet 2015, med formål om å utdanne og rekruttere flere

faglærte til omsorgstjenesten (Aamodt & Tjerbo, 2012). Selv om rekruttering har bidratt til flere faglærte i hjemmetjenesten, er det fortsatt et stort behov for faglærte i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Bakkeli, Steen Jensen & Moland, 2013). Utvikling og heving av allerede eksisterende kompetanse i hjemmetjenesten er nødvendig dersom det også i fremtiden skal kunne tilbys forsvarlige tjenester til hjemmeboende eldre.

Det er vanlig å dele inn kompetanse i formell og uformell kompetanse. Med formell kompetanse menes det de ferdigheter og kunnskaper som en tilegner seg på et utdanningssted, og som fører fram til en dokumentert kvalifikasjon (Lai, 2013). I denne undersøkelsen er det først og fremst formell kompetanse vi har stilt spørsmål om, og da både opplæring i regi av eksterne institusjoner og internopplæring i regi av tjenestestedet.

Et viktig tiltak innenfor kompetanseutvikling er kartlegging av nåværende kompetansestatus. Det er viktig at ledere har oversikt over den eksisterende kompetansen blant ansatte og hvordan ansatte selv synes ulike kompetansehevede tiltak har vært til nytte for dem. Denne kunnskapen vil kunne bidra til at nye kompetansetiltak kan tilpasses den enkelte ansattes behov og dermed øke motivasjon og trivsel på arbeidsplassen. Kompetanseutvikling er ressurskrevende aktivitet som koster penger og krever vilje og motivasjon hos ledelsen, samt engasjerte og motiverte medarbeidere. Målrettet kompetanseutvikling kan på den annen side bidra til lettere rekruttering av motiverte ansatte og motvirke høyt gjennomtrekk av personale. Interessante arbeidsplasser med mulighet for utvikling og læring er etterspurte i dagens arbeidsmarked.

Det følgende kapittelet omhandler kompetansen til ansatte i hjemmetjenesten. Først presenterer vi funn som belyser den formelle kompetansen til de ansatte. Et sentralt spørsmål er hvor mange av de ansatte som har videre- og/eller spesialutdanning, og hvilke kompetanseområder denne utdanningen dekker. Videre viser vi i hvilket omfang kurs har blitt brukt til opplæring av ansatte og, hvilken type kompetanse kursene har formidlet.

Videre presenterer kapittelet hvordan de ansatte opplever at deres kompetanse er vektlagt etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012. Spørsmål som ble rettet mot informantene var hvordan de opplever tilgangen til nødvendig kompetanse innenfor ulike områder, for eksempel sentrale områder innen eldreomsorg, ulike generelle fagfelt og ulike fagprosedyrer.

Sist, men ikke minst presenteres hjemmetjenestenes samarbeid med ulike fagnettverk og erfaring med hospitering. Respondentene ble bedt om å vurdere hvor nyttig fagnettverkssamarbeid og hospitering var. Endelig vurderte respondentene endring i bruk av ulike kunnskapskilder etter samhandlingsreformen.

## 7.1 Videreutdanning

I dette delkapittel viser vi en oversikt over hvor mange som har deltatt i videreutdanninger og etterutdanninger på høyskolenivå. I spørreskjemaundersøkelsen stilte vi spørsmål om hvilken videreutdanning de ansatte hadde. Tabell 7.1 viser videreutdanning for de høgskoleutdannende.

Vel en fjerdedel (28 prosent) av respondentene hadde gjennomført én eller flere videreutdanninger. Hvilke videreutdanninger høyskoleutdannede ansatte har gjennomført, varierte, både når det gjaldt spesialitet og omfang av studiepoeng. Flere hadde tatt kortere studier mellom 15 og 30 studiepoeng. Den videreutdanningen flest hadde gjennomført, var videreutdanning del én og to i lindrende behandling. Henholdsvis én av ti hadde del 1 (18 prosent), og i underkant av én av ti hadde del 2 (8 prosent). Videre hadde åtte personer (9 prosent) gjennomført videreutdanning i akuttpsykepleie for kommunehelsetjenesten.

En forholdsvis liten andel hadde gjennomført spesialiseringsstudieløp på 60 studiepoeng eller mer. Flesteparten av disse, i underkant av én av ti (åtte prosent), hadde videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Videreutdanning i psykisk helsearbeid på 60 studiepoeng er det i dette utvalget fire (5 prosent) som innehar. Videre hadde 4 prosent videreutdanning i rusproblematikk og rusarbeid, 3 prosent utdanning innen demens, 3 prosent i demens og alderspsykiatriprosent, samt at to prosent hadde utdanning som kreftpsykeleier. Kun tre av 152 respondenter hadde videreutdanning på over 90 studiepoeng. Ingen av informantene har videreutdanning på 60 studiepoeng i diabetessykepleie. Jf. tabell 7.1.

**Tabell. 7.1. Videreutdanning av høyskoleutdannede ansatte. Prosent**

	Prosent	N
<b>15 studiepoeng</b>		
Lindrende behandling, pleie og omsorg (del 1)	18	87
Lindrende behandling, pleie og omsorg (del 2)	12	87
Veiledning – innføringskurs	8	87
Slagbehandling basert på Bobath-konseptet	5	87
Organisering av helse- og sosialtjenester til eldre	5	87
Demens og alderspsykiatri	2	87
Folkehelse	1	87
Målrettet miljøarbeid	1	87
Pedagogisk veiledning, grunnlag og metoder	1	87
Kunnskapsbasert praksis	0	87
<b>30 studiepoeng</b>		
Akuttsykepleie for kommunehelsetjeneste	9	87
Habilitering og rehabilitering	5	87
Demens	3	87
Demens og alderspsykiatri	3	87
Alderspsykiatri	2	87
Kroniske, ikke-helende sår	2	87
Spesialpedagogikk	0	87
<b>60 studiepoeng</b>		
Aldring og eldreomsorg	9	87
Rusproblematikk og rusarbeid	3	87
Psykisk helsearbeid	5	87
Kreftsykepleie	2	87
Hjemmesykepleie	0	87
Kardiologisk sykepleie	1	87
Klinisk sykepleie del 1	0	87
Legevaktssykepleie	0	87

## 7.2 Kursing

Kursing av ansatte er et hyppig brukt verktøy til kompetanseheving. Mange ansatte deltar på slike kurs. Det finnes ulike opplegg for gjennomføring av kurs. Noen kurs strekker seg over et lengre tidsrom på mellom 1,5 og 2 år. De fleste kurs er imidlertid kortvarige, fra noen timer til noen dager.

Tabell 7.2 viser en samlet oversikt over hvor mange ansatte som har deltatt på kurs, og hvilken type kompetanse disse kursene gir. Oversikten skiller ikke mellom helsefagutdannede og høyskoleutdannede. Resultatene fra spørreskjema viser at over fire av fem ansatte (82 prosent) hadde deltatt på ett eller flere kortvarige kurs (timer, dager). I overkant av to av fem (43 prosent), hadde deltatt på mer langvarige kurs (1,5 år til 2 år).

De kortvarige kursene representerte mange ulike emner. I overkant av to av tre hadde deltatt på kurs om sår (42 prosent), kurs i forflytting (43 prosent) og aldersdemens (41 prosent).

Oppunder en tredjedel har fått opplæring i individuell plan (28 prosent). Videre hadde rundt en fjerdedel deltatt i kurs om henholdsvis tekniske hjelpemidler (28 prosent), diabetes (26 prosent), rehabilitering (22 prosent) og andre ikke nærmere spesifiserte prosedyrer (21 prosent). Mindre enn en femtedel hadde deltatt på kurs i prosedyren blodprøvetaking (16 prosent), og i overkant av en tiendedel hadde hatt kurs om lungesykdommen kols (12 prosent). Endelig hadde i underkant av en tiendedel (9 prosent) vært kurset i forebygging av vold. Jf. tabell 7.2.

Deltakelse på mer langvarige kurs ble også kartlagt. Dette er kurs som går over et lengre tidsrom (1,5 til 2 år). Vel en tredjedel (36 prosent) av respondentene hadde deltatt på «Demensomsorgens ABC». Langt færre hadde deltatt på andre mer langvarige kurs. I underkant én av ti (åtte prosent), hadde deltatt på kurs i etisk kompetanseheving, kun tre (3 prosent) hadde deltatt på «Eldreomsorgens ABC», og bare én prosent hadde deltatt på kurs i miljøbehandling i eldreomsorgen. Fire av informantene hadde deltatt på kurs som gir økt kompetanse i medikamenthåndtering. Jf. tabell 7.2.

**Tabell 7.2. Kortvarig og langvarig kursing i regi av hjemmetjenesten. Prosent**

Kortvarige kurs i regi av hjemmetjenesten	Prosent	N
Sår	42	152
Forflytning	43	152
Aldersdemens	41	152
Individuell plan	28	152
Ulike tekniske hjelpemidler	28	152
Diabetes	26	152
Rehabilitering	22	152
Ulike prosedyrer	21	152
Blodprøvetagning	16	152
Kols	12	152
Forebygging av vold	9	152
Annet	11	152
Medikamenthåndtering	3	152
<b>Langvarig kurs i regi av hjemmetjenesten (1,5–2 år)</b>		
	Prosent	N
Demensomsorgens ABC	36	152
Eldreomsorgens ABC	3	152
Miljøbehandling i eldreomsorgen	1	152
Etisk kompetanseheving	8	152



### 7.3 Vurdering av fagkompetanse etter samhandlingsreformen

I den kvalitative studien pekte informantene på at det stadig ble lagt mer vekt på opplæring i hjemmetjenesten. De mente at de ansatte lærte av hverandre, og at opplæringen ofte var bruker- og situasjonsavhengig. De beskrev at det var lett å ta kontakt med kolleger for å få råd. Denne mer uformelle opplæringen kan ikke knyttes direkte til samhandlingsreformen. Derimot mente de at formell utdanning i form av ulike kurs og videreutdanning i økende grad skjedde nå etter reformen. Flere ulike kurstilbud blir nevnt. I tillegg fortalte informantene at det fantes gode muligheter og tilbud om videreutdanninger. Enkelte kommuner la opp til at ansatte som ville videreutdanne seg, fikk tilbud om støtte til utdanning av arbeidsgiver. En sykepleier med lang erfaring beskrev en positiv holdningsendring og større vilje til kursing og videreutdanning blant personalet.

*Det er kanskje mer med tanke på personalet at det kanskje har vært mer positivt rundt det å ta etterutdanning og litt mer kursing, tror jeg. Har fått litt sånn innenfor medikamenthåndtering og. Så det virker som det er litt mer fokus på det*

Også i spørreskjemaundersøkelsen ble det stilt spørsmål om hvordan de ansatte opplevde at deres fagkompetanse ble vektlagt etter samhandlingsreformen.

Svarene fra spørreskjemaet viste at det var stor variasjon i vurdering av hvordan de ansatte vurderte at fagkompetanse ble vektlagt etter samhandlingsreformen. Nær halvparten (45 prosent) av informantene mente at det er ingen endring eller i mindre grad endring. Men også her framkom det at det har vært noe endring med mer fokus på fagutdanning, da to av fem (37 prosent) mener at fokuset er endret i noen grad, og én av fem (18 prosent) at det er endret i større grad.

Under en tiendedel (6 prosent) mente at de i større grad har fått anledning til å drive utviklingsarbeid etter 2012. Nær halvparten av de med fagkompetanse (46 prosent) får i varierende grad anledning til å drive utviklingsarbeid, og ifølge halvparten (49 prosent) har det ikke skjedd endring eller i liten grad vært endring i at de som har fagkompetanse, får drive med utviklingsarbeid. Det betyr at relativt få av de med fagutdanning mener at det har blitt større mulighet til å drive fagutvikling.

Det vises også varierende oppfatninger av hvorvidt det har skjedd endringer i hvordan de med fagkompetanse får arbeide nært og direkte med brukerne. Nærmest en tredjedel (33 prosent) mente at det hadde skjedd endringer i at de med fagkompetanse nå får arbeide nært og direkte med brukerne i større grad. To av fem (38 prosent) mente vektleggingen av fagkompetanse nært til brukeren, hadde skjedd i varierende grad. Opp mot en tredjedel (29 prosent) mente vektleggingen ikke hadde endret seg eller i mindre grad hadde endret seg.

Vel en tredjedel (36 prosent), mente videre at det i noen grad hadde skjedd endringer i mulighet til å søke veiledning hos personale med spesialkompetanse etter 2012. Omtrent en tredjedel (31 prosent) mente at økt fokus på å søke veiledning hos personale med spesialkompetanse hadde skjedd i større grad etter 2012, i motsetning til en tredjedel (33 prosent), som mente at det ikke eller i mindre grad hadde skjedd endringer. Her viser derfor våre resultater at selv om det har skjedd endringer for noen på dette området, så gjelder det ikke alle.

Til sist ble det kartlagt om det hadde skjedd endringer i samarbeidet med ulike nettverk. Nær to av fem (39 prosent), mener samarbeid med nettverk skjer i varierende grad etter 2012. Omtrent en tredjedel (34 prosent) mener at vektlegging av samarbeid med nettverk ikke har endret seg eller i mindre grad har endret seg etter reformen. Derimot mente opp mot en tredjedel (28 prosent) at samarbeid med nettverk har vært økende etter 2012. Jf. tabell 7.3.

**Tabell 7.3. Vurdering av hvordan fagkompetanse er vektlagt etter innføring av samhandlingsreformen. Prosent**

	I større grad	I varierende grad	I mindre grad / ingen endring	N
De som har fagkompetanse arbeider nært og direkte med pasientene	33	38	29	137
Økt fokus på å søke veiledning hos personalet med spesialkompetanse	31	36	33	137
Økt fokus på samarbeid med ulike nettverk	28	39	34	137
Økt fokus på høyere fagutdanning på alt personell i hjemmetjenesten	18	37	45	137
De som har fagkompetanse får anledning til å drive utviklingsarbeid	6	46	49	136

Både i den kvalitative studien og i spørreskjemaundersøkelsen stilte vi spørsmål om hvordan tilgangen til kompetanse var for ulike fagfelt. I intervjuene fremheves det spesielt at

hjemmetjenesten har god kompetanse innenfor kreftomsorg. Kommunene har ressurssykepleiere knyttet til nettverket for kreftomsorg og palliasjon i Sogn og Fjordane, samt at noen kommuner har personell med videreutdanning i palliasjon og kreftsykepleie. Videre beskrives det at enkeltbrukere med MS får god oppfølging. Dette begrunnes med at disse brukerne har egne treningsprogram som følges, og dette bidrar til at hjemmetjenesten fokuserer på spesielle områder som er viktige for den enkelte pasient.

Informantene anga i også intervju at de i stor grad hadde tilgang til nødvendig kompetanse til å utføre ulike fagprosedyrer. I spørreskjemaundersøkelsen mente 58 prosent at de i svært stor grad eller stor grad hadde tilgang til personell med kompetanse innenfor medikamenthåndtering, og en tredjedel (34 prosent) mente at de hadde tilgang i noen grad. Videre angir nær halvparten av respondentene (49 prosent) at de har tilgang til kompetanse innen sårbehandling. Væske- og infusjonsbehandling er den kompetansen med lavest svarprosent. Bare 20 prosent angir at de har tilgang til denne kompetansen. Jf. tabell 7.4.

**Tabell 7.4. Hjemmetjenestens tilgang til personer med nødvendig kompetanse innenfor ulike fagprosedyrer. Prosent**

	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I liten / svært liten grad / ikke i det hele tatt	N
Medikamenthåndtering	58	34	8	134
Sårbehandling	49	35	17	136
Væske- og infusjonsbehandling	20	36	44	133

På disse avgrensede oppgavene var det rimelig å forvente at det skulle være lett å sikre tilgang til nødvendig kompetanse. Væske- og infusjonsbehandling er mest sannsynlig en oppgave som vil øke i omfang i framtiden. Mange eldre med behov for intravenøs væsketilførsel må i dag innlegges på sykehus, men i framtiden vil det forventes at ansatte i hjemmetjenesten i større grad overtar denne behandlingen. Medikamenthåndtering og assistanse i administrering av medisiner til brukere er en hyppig oppgave ansatte har. Flere eldre brukere får ikke noen annen form for bistand enn hjelp til og kontroll med at rett og nødvendig medisin tas på rett tidspunkt. Manglende rett kompetanse her kan fort få alvorlige konsekvenser.

#### 7.4 Kompetansestatus for ulike sentrale fagområder i eldreomsorgen

I intervjuene framhevet informantene selv økt kompetansebehov for flere områder. Sentrale områder var kompetanse og opplæring innenfor rusomsorg, psykiske lidelser og sårbehandling. Dessuten savnet mange faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten når det gjaldt demensomsorg.

I tillegg gir intervjuene grunn til å peke på andre områder der manglende kompetanse og opplæringsbehov er til stede. Blant annet kom det frem lite refleksjoner i intervjuene om hvordan man kan tilrettelegge, følge opp og drive forebyggende helsearbeid knyttet til hjemmeboende demente. Dessuten viste intervjuene behov for spesifikk kompetanse innen eldreomsorg, for eksempel hvordan man kan ivareta eldre hjemmeboendes sosiale behov og hvordan man driver pårønderarbeid. Sist, men ikke minst var det også behov for mer kompetanse og opplæring innen fagområder som rehabilitering, hjemmerehabilitering, brukermedvirkning, bruk av individuell plan og reguleringer rundt individuell plan, ut fra uttalelser i intervjuene.

Funn fra intervjuene samsvarer med funn i spørreskjemaundersøkelsen. Funn fra spørreskjemaundersøkelsen viste i liten til ingen grad endring i tilgjengelig kompetanse for flere fagfelt. Blant annet mente tre av fem (62 prosent) at de hadde manglende tilgang til personer med kompetanse om ulike økonomiske støtteordninger. Over halvparten (55 prosent) erfarte manglende eller liten tilgang til fagfolk med nødvendig kompetanse innenfor ruslidelser.

Videre kunne det også sees mangel på fagpersoner med nødvendig kompetanse innenfor andre sentrale fagområder i hjemmetjenesten. Nær halvparten mente at det var manglende tilgang til personale med nødvendig kompetanse innenfor pårønderarbeid (49 prosent), samhandling med frivillige (48 prosent), teknologiske løsninger (47 prosent), individuell plan (44 prosent) og koordineringsarbeid (39 prosent).

Størst tilgang til kompetanse var det innenfor lindrende behandling. 61 prosent svarte at de i stor grad eller i svært stor grad har tilgang til denne kompetansen. Omtrent samme svarprosent har kreftomsorg blant våre respondenter: 60 prosent har tilgang til denne kompetansen i svært stor / stor grad. Jf. tabell 7.5.

**Tabell 7.5. Tilgang til personer med nødvendig kompetanse innenfor ulike fagfelt.****Prosent**

Fagfelt	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I liten grad / i svært liten grad / ikke i hele tatt	N
Lindrende behandling, omsorg til døende	61	25	14	135
Kreftomsorg	60	28	12	134
Demenslidelser	55	31	14	136
Rehabilitering	36	39	26	135
Psykiske lidelser	33	40	27	137
Forebygging	30	43	27	135
Tverrfaglig samarbeid	27	52	22	134
Koordineringsarbeid	19	42	39	135
Teknologiske løsninger	19	34	47	134
Samhandling med frivillige	17	35	48	132
Individuell plan	16	40	44	134
Pårørende arbeid	15	37	49	131
Ruslidelser	13	32	55	135
Økonomiske støtteordninger	10	28	62	132

Funn fra spørreskjemaundersøkelsen viste i tillegg manglende tilgang til personer med nødvendig kompetanse innenfor sentrale arbeidsområder i eldreomsorgen. Blant annet mente halvparten (51 prosent) at de bare i noen grad hadde tilgang til personale med nødvendig kompetanse om eldre med flere lidelser og nedsatt funksjonsnivå. Under en tredjedel (28 prosent) mente at de manglet tilgang til personale med slik kunnskap.

Innenfor veiledning til eldre om helsefremmende og forebyggende tiltak mente hjemmetjenesten at tilgang til kompetent personale var manglende. Over halvparten (henholdsvis 53 prosent og 51 prosent), mente det var manglende eller i liten grad tilgjengelig kompetanse innenfor disse områdene. Litt over en tredjedel mente at de i noen grad hadde tilgang til personer med kompetanse innenfor helsefremmende (35 prosent) og forebyggende (33 prosent) tiltak til eldre.

I tillegg mente 43 prosent at de i noen grad hadde tilgang til personale med kunnskap om tilrettelegging av boliger og omgivelser. I underkant av en tredjedel (28 prosent), mente at de i svært stor eller i stor grad hadde tilgang til personale med kunnskap på feltet tilrettelegging av bolig. Videre rapporterte 29 prosent om manglende kompetanse innenfor dette området. Jf. tabell 7.6.

**Tabell 7.6. Tilgang til personer med nødvendig kompetanse innenfor sentrale områder i eldreomsorgen. Prosent**

Områder	I svært stor grad / i stor grad	I noen grad	I liten grad / i svært liten grad / ikke i hele tatt	N
Tilrettelegging av bolig og omgivelser	28	43	29	133
Eldre med flere lidelser og nedsatt funksjonsnivå	21	51	28	131
Veiledning av eldre i forebyggende tiltak	16	33	51	128
Veiledning av eldre i helsefremmende tiltak	12	35	53	126

## 7.5 Samarbeid med ulike læringsnettverk

Læringsnettverkssamarbeid er et samarbeid mellom helseforetaket og kommunene med formål om å overføre kunnskap fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Helse Førde har vært svært aktive i etablering av flere fagnettverkssamarbeid i Sogn og Fjordane. I tillegg til kompetanseoverføring er det også en intensjon om å styrke samhandling mellom de ulike helsenivåene og dermed bidra til god kvalitet og større pasientsikkerhet.

Nettverk kan organiseres på ulike måter. Som regel er det sykepleiere med spesialkompetanse som innehar funksjonen som ressursperson. Ressurssykepleiere reiser til jevnlig nettverksmøter, der de har samling med ressurssykepleiere fra andre kommuner. Annet helsepersonell kan kontakte ressurssykepleiere innad i kommunen og spørre om råd og veiledning. Ressurssykepleiere blir også brukt til å gi direkte pleie og behandling til brukere med spesielle behov.

Hvordan spredning av kunnskap og kompetanse i de ulike fagnettverkene skjer innad i kommunene, er noe ulikt og forskjellig fra kommune til kommune. Intervjuene viste at ansatte opplever stort utbytte av fagnettverkssamarbeid. Imidlertid viste intervjuene også at mange ansatte mangler erfaring med nettverkssamarbeid. Spørreskjemaundersøkelsen underbygger funn fra intervjuene. 47 prosent av respondentene manglet erfaring med ressursnettverket i kreftomsorg. 80 prosent hadde ingen erfaring med diabetesnettverket, og 67 prosent ingen erfaring med nettverk innen oksygenbehandling. Imidlertid er det bare 5 prosent av respondentene i denne undersøkelsen som vurderer samarbeid i ressursnettverket for kreftomsorg som i liten grad eller ikke nyttig i det hele tatt, og 46 prosent mener at

ressursnettverk i kreftomsorg er svært nyttig eller i stor grad nyttig. For fagnettverk i både diabetes og oksygenbehandling er resultatene mer varierende. Jf. tabell 7.7.

**Tabell 7.7. Samarbeid med fagnettverk opprettet av helseforetaket, eller ved samarbeid mellom ulike organisasjoner<sup>3</sup>. Prosent**

	Svært nyttig / i stor grad nyttig	I noen grad nyttig	I liten grad nyttig /ikke nyttig i hele tatt	Ingen erfaring	N
Ressursnettverket i kreftomsorg	46	2	5	47	129
Fagnettverk for diabetes	8	5	7	80	123
Oksygenkontakt	6	10	17	67	126

## 7.6 Hospitering

Hospitering er en annen metode i kompetanseoverføring. «Hospitering er læring i et annet fagmiljø enn det man arbeider til daglig» (Olsen. T., 1999:35). Arbeidstakeren er altså gjest på en annen avdeling og deltar i det daglige arbeid. Dermed kan en få innblikk i andre organisasjoner og nye arbeidsmåter. Den enkelte ansatte får mulighet til å utvikle sin egen fagkompetanse, får innblikk i en annen organisasjon og kan tilegne seg kunnskap om nye prosedyrer. Videre kan ansatte ta med seg denne nye kompetansen tilbake til egen virksomhet og videreformidle til sine kollegaer. Arbeidstakeren får også mulighet til å bli kjent med en annen organisasjonsstruktur og får dermed kunnskap og kompetanse på flere nivå. Personalet i hjemmetjenesten møter mange eldre med behov for hyppige sykehusopphold og mange polikliniske behandlinger. Med kunnskap om andre helseinstitusjoner vil det bli større mulighet til å gi rett informasjon til de eldre og dermed kunne støtte opp under de eldres psykososiale velvære.

Det kan i tillegg også være et gjensidig faglig utbytte. Hospitanten kan komme med kunnskap om sin egen arbeidsplass og formidle det til hospiteringsstedet. Hospitering er også nyttig med hensyn til å øke samhandling og dermed øke kunnskap og forståelse for den andres utfordringer. Et hospiteringsprosjekt (Syse & J., 2009), viste at så mange som 70 prosent av deltakerne fra spesialist- og kommunehelsetjenesten hadde fått en bedre forståelse av hvordan

<sup>3</sup> Kreftforeningen seksjon Vest, Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest (KLB) og Kreftavdelingen, Førde sentralsjukehus, Helse Førde etablerte i 2004 et nettverk av ressurspsykepleiere i kreftomsorg i den offentlige helsetjenesten i Sogn og Fjordane.

det er å jobbe på «den andre siden». Foreløpig er det marginalt med hospitering fra ansatte i spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I framtiden vil dette muligens endre seg, når kommunehelsetjenesten bygger opp et eget attraktivt kompetansemiljø. Hospitering betyr et avbrekk i jobbhverdagen med mulighet til å bli kjent med et helt annet miljø. Dette kan i sin tur bidra til å øke motivasjon og trivsel på egen arbeidsplass.

Funnene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at ansatte opplever hospitering som nyttig. De fleste ansatte hadde imidlertid ingen erfaring med hospitering. Så mye som 79 prosent oppgir at de ikke har erfaring med hospitering. Bare 1 prosent av 135 ansatte vurderer hospitering i liten grad nyttig eller ikke nyttig. Jf. tabell 7.8.

**Tabell 7.8. Faglig nytte ved hospitering i helseforetaket**

Svært nyttig / i stor grad nyttig	I noen grad nyttig	I liten grad nyttig / ikke nyttig	Ingen erfaring	N
14	6	1	79	135

## 7.7 Bruk av ulike kunnskapskilder

De ansatte ble også bedt om å svare på om det har vært en endring i deres bruk av kunnskapskilder etter samhandlingsreformen. Over halvparten av informantene (58 prosent) sier at det har vært lite eller svært lite endring i bruk av nasjonale retningslinjer, og 60 prosent at det har vært lite eller svært lite endring i veiledning fra helseforetaket. I bruk av Helsebiblioteket, fagbøker og forskning mener sju av ti at det har vært lite eller svært lite endring.

Helsebiblioteket skiller seg ut i og med at 72 prosent mener det har vært lite eller svært lite endring i bruk av denne kunnskapskilden, samtidig som funn i denne undersøkelsen viser at det har vært størst endring i bruk av helsebibliotek etter at samhandlingsreformen ble innført. 10 prosent mener det har vært endring i svært stor eller stor grad. Jf. tabell 7.9.

En tolkning av dette funnet er at helsebiblioteket allerede før samhandlingsreformen var en hyppig brukt kunnskapskilde blant ansatte, og dermed vil potensialet for endring være lite. Helsebiblioteket er et offentlig finansiert nettsted som gir helsepersonell gratis tilgang til sentrale kunnskapskilder. På nettsiden til Helsebiblioteket blir det publisert forskningsartikler og annen faglitteratur. Nettstedet er enkelt å bruke, det kreves bare internetttilgang, og det er lett å finne fram på selve nettstedet. Mange artikler er korte og lettleselige. For fagbøker er det



bare 3 prosent som mener at det har vært svært stor endring eller stor endring. 22 prosent mener at det har vært endring i noen grad, og hele 75 prosent mener at det har vært lite eller svært lite endring. Dette er ikke overraskende, da fagbøker krever en lengre leseprosess og fordypning, og de kan nok oppleves litt tunge å lese. Kunnskap som står i fagbøker foreldes ofte raskt og har en ikke tilgang til nyeste utgave av en fagbok, vil det faglige utbyttet være begrenset. I tillegg er fagbøker dyrt i anskaffelse i motsetning til for eksempel bruk av helsebiblioteket, som er gratis å benytte seg av. Helsebiblioteket er et medium som henvender seg aktivt til brukeren, hvis en ønsker dette, i og med at en kan få tilsendt e-post om den nyeste forskningen innen et bestemt fagområde.

**Tabell 7.9. Ansattes vurdering av bruk av ulike kunnskapskilder etter samhandlingsreformen. Prosent**

	Svært stor / stor endring	Noe endring	Lite endring / svært liten endring	N
Helsebiblioteket	10	19	72	95
Nasjonale retningslinjer	8	34	58	102
Veiledning fra helseforetaket	7	32	60	96
Forskning	4	24	72	97
Fagbøker	3	22	75	99

## 7.8 Sammendrag

Kompetansen til ansatte i hjemmetjenesten er en av de viktigste faktorene for å sikre god helsehjelp og helt avgjørende når kommunen skal ta over oppgaver som før har blitt utført av spesialisthelsetjenesten. Hjemmetjenesten vil ha behov for kompetanse innen et bredt område, både med tanke på den store variasjonen det er i pasientgrupper og behov, og med tanke på å tilrettelegge for deltakelse og aktivitet for de eldre. Det er også avgjørende for å kunne gi støtte og hjelp til, og få til et godt samarbeid med pårørende.

Vel en fjerdedel (28 prosent) av respondentene i vår spørreskjemaundersøkelse hadde gjennomført en eller flere videreutdanninger. Flere hadde tatt kortere studier som kvalifiserer til mellom 15 og 30 studiepoeng. Lindrende behandling var den videreutdanningen som flest av de høgskoleutdannende hadde gjennomført. 30 prosent hadde denne typen videreutdanning. Relativt få hadde gjennomført andre typer videreutdanning. Flere hadde tatt kortvarige kurs (time- eller dagskurs). Dette gjaldt for fire av fem ansatte. Omkring to av tre

hadde deltatt på kurs om sår, forflytning og demens. Flere hadde også deltatt på langvarige kurs (over ett år). Dette gjaldt for litt over to av fem. Det kurset flest hadde deltatt på, var i demensomsorg.

De ansatte ble spurt om å gi en vurdering av hvordan fagkompetanse ble vektlagt etter at samhandlingsreformen ble innført. Informantene i den kvalitative studien mente det blir lagt mer vekt på opplæring i hjemmetjenesten. De la vekt på den viktige betydningen kollegalæring hadde, og at mye læring var bruker- og situasjonsavhengig. Dette var en form for læring som informantene ikke mente var blitt mer brukt etter reformen.

Når det gjaldt formell utdanning, som kurs og videreutdanning, mente deltakerne i den kvalitative studien at dette i økende grad ble vektlagt nå etter reformen. Svarene fra spørreskjemaundersøkelsen viser et noe mer variert bilde. Nær halvparten (45 prosent) av informantene mente at det var ingen eller i mindre grad endring i den vekten som var lagt på fagkompetansen. Vel halvparten mente at det var lagt større vekt på fagkompetanse etter samhandlingsreformen (i større grad / noen grad).

Det er også et litt overraskende resultat her at det er en betydelig andel som oppgir at det bare i noen grad er tilgang til kompetanse om spesifikke fagprosedyrer som «medikamenthåndtering» og «sårbehandling». Manglende rett kompetanse på disse områdene kan få alvorlige følger.

Den kvalitative studien gav grunn til å framheve økt kompetansebehov for flere områder. Informantene pekte selv på områder som rusomsorg, psykiske lidelser og sårbehandling, og at de savnet faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten når det gjaldt demensomsorg. I tillegg gav intervjuene grunn til å framheve behov for kompetanse om sosiale behov, hvordan drive pårørendearbeid, rehabilitering, hjemmerehabilitering, brukermedvirkning og bruk av individuell plan. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen viste på samme måte flere områder med kompetansebehov. Så mye som 62 prosent mente det var manglende tilgang til kompetente personer med kunnskap om ulike økonomiske støtteordninger, over halvparten pekte på manglende kompetanse innenfor rusomsorgen, omkring halvparten etterlyste kompetanse innen helsefremmende og forebyggende tiltak, pårørendearbeid, samhandling med frivillige teknologiske løsninger, individuell plan og koordineringsarbeid.

Både intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen viste at ansatte hadde stor nytte av samarbeid med fagnettverk. Først og fremst var det fagnettverk for kreftomsorg de ansatte hadde erfaring med, og våre resultater tyder på relativt liten bruk av dette virkemiddelet i kompetanseøymed. Det kan være ulike grunner til dette. Manglende økonomiske ressurser og personalressurser kan være én årsak. Fagnettverksamarbeid krever også personer som har en viss kompetanse for å kunne bygge på med nye kunnskaper og ferdigheter innen det aktuelle fagfeltet. Videre trengs det personer med nødvendig motivasjon og vilje til å fungere som ressurspersoner i fagnettverket. Ledelsen må være velvillig og signalisere viktigheten av slike kompetansehevende tiltak.

Våre resultater viser også at ansatte har stor nytte av hospitering. Imidlertid var det få som hadde erfaring med dette. På spørsmål om hvilke kunnskapskilder ansatte benytter etter samhandlingsreformen, er det få som oppgir at det har vært noe endring i bruk av ulike kunnskapskilder. Dette gjelder for både «Veiledning fra helseforetaket», «Fagbøker» «Nasjonale retningslinjer» «Forskning» og «Helsebiblioteket». Det er imidlertid størst endring i bruk av «Veiledning fra helseforetaket», og «Nasjonale retningslinjer».

## **Kapittel 8. Ansattes vurdering av samarbeid med familien**

Politiske føringer legger nå vekt på et utvidet samarbeid i helsesektoren. Tanken er at omsorgsutfordringene vi står overfor i årene som kommer, kan løses ved at ulike samfunnssektorer bidrar til å utvikle fellesskapsløsninger. Dette innebærer at det offentlige må støtte opp om frivillig engasjement fra familie og lokalsamfunn, med grunnlag i et offentlig ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Eldre med hjelpebehov får som oftest hjelp av både offentlige tjenester og en partner. I dag blir ca. 100 000 årsverk utført av uformelle omsorgsgivere (Rønning m.fl., 2009). I framtiden kan vi ikke forvente at pårørende skal ta en større del av oppgavene, men målet må være å opprettholde familieomsorgen på det nivået vi har i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Familieomsorgen blir omtalt som den usynlige omsorgen, og dette er grunnen til at St.meld. nr. 29 (2012–2013), «Morgendagens omsorg», legger vekt på at pårørendes innsats bør løftes fram. I dette arbeidet må helse- og omsorgstjenesten utvikle tiltak for å støtte, veilede og avlaste pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. I politikken blir det vektlagt at det må utvikles gode og mer systematiske måter å samarbeide med pårørende på, samtidig som frivillige organisasjoner også må være en del av fellesskapsløsningene. Helsetjenesten må derfor arbeide med tiltak for å rekruttere og beholde frivillige i omsorgstjenesten.

St.meld. nr. 29 (2012–2013) omtalte noen utfordringer som helsetjenesten må være bevisst på. Dette omhandler helsepersonells holdninger til og kompetanse i samhandling med pårørende, og faren for at pårørende kan få en for stor omsorgsbelastning. Disse utfordringene har vi undersøkt i denne studien.

Resultatene som presenteres, omfatter funn både fra samtaleintervju med helsepersonell og fra spørreskjemaundersøkelsen som helsepersonell har svart på. I det følgende vil vi presentere funn fra samtaleintervju som beskriver helsepersonells opplevelse av pårørendes ansvar og rolle. Dette spørsmålet blir også belyst gjennom funn fra spørreskjemaundersøkelsen. Videre har vi kartlagt hvilken opplæring helsepersonell har i pårørendearbeid, og vi har sett på samarbeid med frivillige organisasjoner.

## 8.1 Pårørendes bidrag og rolle

I samtaleintervjuene har helsepersonell beskrevet pårørendes bidrag, hvilken rolle pårørende har, og hvordan helsepersonell ser på samhandling med pårørende.

Informantene framstiller tjenestene som avhengige av at pårørende bidrar. Det kommer også fram at pårørendes innsats i noen tilfelle er avgjørende for at brukeren skal få bo hjemme. En informant beskriver pårørendebidraget:

*Vi er veldig avhengige av dem i veldig, veldig mange tilfeller ... For at pasienten skal få være ... i det hele tatt være hjemme og bo hjemme.*

Flere informanter beskrev at pårørende bidro med en rekke gjøremål. For eksempel bidro pårørende med en stor del av de daglige gjøremålene samt følge til sykehus og lege. Om pårørendes bidrag og rolle sier en av informantene:

*De lager middag, de vasker klær, de vasker hus, de gjør det meste. For vi har nå hatt eldre pårørende som har stelt dem, vi har bare vært der én gang for dagen. De [pårørende] har tatt dem opp. De gir dem mat, medisiner. Det er en fantastisk innsats.*

Intervjuene viser at pårørende har ulike roller i omsorgen til sine eldre. Flere pårørende hjelper med daglige gjøremål, mens andre har mer omfattende omsorgsoppgaver.

Informantene gav i hovedsak uttrykk for at de var oppmerksom på pårørendes innsats. I intervjuene beskriver helsepersonell hvilken hjelpe og avlastning pårørende med et stort omsorgsansvar kan få. Tiltak som blir satt i verk kan være at hjemmetjenesten er hos brukeren noen timer, avtaler tilsyn eller leier inn følge til forskjellige gjøremål. Funn fra enkelte intervju tyder på at helsepersonell opplever det som utfordrende å finne fram til hvordan de kan støtte pårørende. En informant beskriver utfordringen:

*Nei, vi oppmuntrer de veldig. Vi prøver å skryte dem opp, sant. Det er egentlig veldig lite vi kan gjøre ... Ja. At vi kanskje eventuelt spør om det hadde vært greit å søke avlastning på omsorgssenteret en uke eller to.*

I intervjuene kom det videre fram at helsepersonell ønsker tettere oppfølging av pårørende. Oppfølgingen skulle bidra til å fremme sikkerhet for brukeren og hans behov. I tillegg skulle også oppfølgingen bidra til å ivareta pårørendes behov. Enkelte informanter viser også til at

pårørende kan være en god kilde til kunnskap om brukeren. De understreker at et tettere samarbeid med pårørende vil skape bedre kvalitet på omsorgen som hjemmetjenesten gir.

*Å ha hatt litt mer [kontakt med pårørende] ... for det er av og til ting dukker opp, og så tenker du 'å, dette er det sikkert at en kunne klart å avklare hvis vi hadde ... pratet litt mer med dem.*

Informantene løfter fram samarbeid mellom helsepersonell og pårørende som viktig. Men det kommer også fram i intervjuene at det kan være utfordringer knyttet til samarbeidet.

Informantene opplever at pårørende kan være redde for å blande seg inn i hva hjemmetjenesten utfører hos brukeren. En annen barriere som blir omtalt er utfordringer knyttet til taushetsplikten.

*Jo da, jeg føler at vi samarbeider godt med mange. For all del. Men det er jo ... det går jo på taushetsplikten også, da, så det er ikke alt vi kan ... det er mange ting som vi kanskje kunne tenkt å prate med pårørende om som vi ikke kan.*

I intervjuene ble det også pekt på andre faktorer som påvirket samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende. De ansatte mener at samarbeidet blir påvirket av hvor tilgjengelige de pårørende er. På grunn av arbeid og at pårørende ikke bor i nærheten, er det varierende hvor tilgjengelig pårørende kan være for brukeren. Informantene beskriver i intervjuene en annen type samarbeid med pårørende som ikke bor i nærheten:

*De ringer hvis det er noe, og at hvis de ser at det er et behov eller de ønsker informasjon om ... det er gjerne de som bor borte, sant. De kan jo ringe og høre hvordan det går med mamma eller pappa, eller at de kan få informasjon av oss om hvordan det går.*

Flere av temaene fra intervjuene ble fulgt opp i spørreskjemaundersøkelsen. Når det gjelder samhandling med pårørende, kom det fram i den kvalitative undersøkelsen at tjenesten er avhengig av pårørendes bidrag, mens den kvantitative undersøkelsen viser mer forskjellige oppfatninger blant helsepersonell. Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at godt over halvparten mener at tjenesten er helt avhengig av pårørendes bidrag, mens 39 prosent har svart «både og». Det kommer også fram at 44 prosent mener at pårørende har en altfor stor

omsorgsbelastning. Nesten én av tre mener at tiltak for å støtte pårørende blir satt i verk for sent. I tillegg er det 62 prosent som svarer «både og» på dette spørsmålet.

I underkant av én av fire mener at tjenesten ikke retter nok oppmerksomhet mot pårørendes viktige rolle, og 60 prosent svarer «både og» på dette spørsmålet. Jf. tabell 8.1.

**Tabell 8.1. Helsepersonells vurdering av pårørendes bidrag. Prosent.**

	Ja	Nei	Både og	N
Tjenesten er helt avhengig av at pårørende bidrar	57	4	39	137
Mange pårørende har en altfor stor omsorgsbelastning	44	10	46	136
Tiltak for å støtte pårørende blir iverksatt for sent	29	9	62	135
Tjenesten er ikke nok oppmerksom på de pårørende sin viktige rolle	24	15	60	136

Resultatet viser at det er en signifikant forskjell ( $P=0,016$ ) på hvordan helsefagarbeidere og sykepleiere/vernepleiere vurderer pårørendes bidrag. Et flertall av sykepleierne og vernepleierne (65 prosent) mener at tjenesten er avhengig av at pårørende bidrar, mens dette gjelder for 44 prosent av helsefagarbeiderne. Det er mer helsepersonell i lederstilling eller kombinert leder- og fagstilling som mener at tjenesten er avhengig av pårørendes bidrag (71 prosent) enn det er helsepersonell i fagstilling som gjør det (52 prosent). Jf. tabell 8.2.

**Tabell 8.2. Hvordan hjemmetjenestene vurderer at tjenesten er avhengig av pårørendes bidrag, ut fra stillingstype og utdanningsbakgrunn. Prosent**

		Ja	Nei / både og	N
Alle		57	43	137
Stillingstype*	Fagstilling	52	48	92
	Lederstilling / leder- og fagstilling	71	29	31
Utdanningsbakgrunn**	Videregående	44	56	50
	Høyskole	65	35	86

\*  $P=0,186$  \*\*  $P=0,016$

## 8.2 Opplæring i pårørendearbeid

Resultater fra intervjuene viste at helsepersonell kunne oppleve utfordringer i samhandlingssituasjoner med pårørende, og det var derfor grunn til å stille spørsmål ved hvilken opplæring de ansatte hadde i arbeid med pårørende. For å kartlegge forutsetningene til helsepersonell når det gjelder samhandling med pårørende, har respondentene i spørreskjemaundersøkelsen fått spørsmål om hvilken opplæring de har fått i pårørendearbeid. Det ble stilt spørsmål om opplæring i pårørendearbeid innenfor ulike områder. Jf. tabell 8.3.

**Tabell 8.3 Helsepersonells opplæring i pårørendearbeid. Prosent**

	Ja, del av grunnutdanning	Ja, del av videreutdanning	Ja, som kurs	Nei	N
Kartlegge og vurdere omsorgsbelastningen for pårørende	19	10	5	66	134
Kartlegge og vurdere de pårørende sine behov	22	10	5	63	134
Tiltak for å møte de pårørende sine behov	24	8	5	63	131
Tilpasset veiledning og opplæring til pårørende i primærpatienten sine sykdommer og behov	19	6	5	70	132
Tilpasset veiledning og opplæring i hvordan pårørende kan støtte og hjelpe primærpatient	20	8	7	65	129
Hjelpemiddel og praktisk tilrettelegging i hjemmet for å avlaste pårørende	21	8	18	53	133
Juridiske reguleringer for pårørendearbeid	11	8	5	76	132

På spørsmål om hvordan helsepersonell vurderer sin egen opplæring i ulike områder av pårørendearbeid er hovedtendensen i svarene at mange ikke har fått opplæring. Særlig på området juridiske reguleringer for pårørendearbeid var det mange som svarte at de ikke har fått opplæring – dette gjelder for 76 prosent. På områdene «kartlegge og vurdere omsorgsbelastningen for pårørende», «kartlegge og vurdere de pårørende sine behov», «tiltak for å møte de pårørende sine behov», «tilpasset veiledning og opplæring til pårørende i primærbrukeren sine sykdommer og behov» og «tilpasset veiledning og opplæring i hvordan pårørende kan støtte og hjelpe primærbrukeren» svarte godt over tre av fem at de ikke har fått opplæring. Noe færre manglet opplæring innenfor «hjelpemiddel og praktisk tilrettelegging i hjemmet for å avlaste pårørende». Vel halvparten av respondentene gav opplysninger om at de ikke hadde fått opplæring på dette området. Av de som har fått opplæring, er det flest som har fått opplæring gjennom grunnutdanningen framfor ved videreutdanning og kurs. Unntaket var området «hjelpemiddel og praktisk tilrettelegging i hjemmet for å avlaste pårørende». Resultatene viser at 18 prosent har fått opplæring på dette området gjennom kurs, noe som skiller seg fra de andre områdene, der ca. 5 prosent har fått opplæring gjennom kurs.

### 8.3 Frivilliges innsats

Som presentert innledningsvis, blir det vektlagt at frivillige organisasjoner må være en del av fellesskapsløsningene. I samtaleintervjuene ble det derfor stilt spørsmål om helsepersonells tanker om samhandling med frivillige organisasjoner. Det kommer ikke tydelig fram i datamaterialet hva informantene mener om hvilke premisser som er lagt for frivilliges innsats i eldreomsorgen, eller hvilke oppgaver frivillige kan bidra med. Men det kommer fram at



frivillige organisasjoner allerede blir brukt, både til praktiske gjøremål og til sosiale tiltak. En av informantene forteller om dette. Hjemmetjenesten har et samarbeid med frivillighetssentralen, og dette arbeidet blir vurdert som verdifullt, både for de eldre som får tilbudet, og for de som gir hjelp:

*Frivillighetssentralen har ... Spesielt menn, de har kjørt middag. Jeg tror de liker å kjøre bil, så de tar seg tid å prate med dem. Ja, de har vel den sosiale delen i den middagskjøringen, både de som gjør det, og de som får igjen. Og så har vi hatt bingo som de har styrt på med ....*

I spørreskjemaundersøkelsen ble det stilt spørsmål om det har vært endringer i hvordan hjemmetjenesten brukte frivillige organisasjoner etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. I overkant av én av fem svarte at det har vært økt bruk av frivillige organisasjoner i hjemmetjenesten etter 2012, mens 46 prosent svarte «nei» på dette spørsmålet. Resultatene viser at det er statistisk signifikante forskjeller ( $P=0,039$ ) mellom hvordan helsepersonell i lederstilling eller kombinert leder- og fagstilling vurderer endringene sammenlignet med helsepersonell i fagstilling. Det er flere ledere enn fagansatte som mener at det har vært økt bruk av frivillige organisasjoner, men samtidig er det også flere ledere enn fagansatte som svarte «nei» på dette spørsmålet. Jf. tabell 8.4.

**Tabell 8.4. Helsepersonells vurdering av om det har vært økt bruk av frivillige organisasjoner i hjemmetjenesten etter 2012, variasjoner ut fra stillingstype. Prosent**

		Ja	Nei	Vet ikke	N
Alle		22	46	32	138
Stillingstype *	Fagstilling	19	46	36	92
	Lederstilling / kombinert leder- og fagstilling	32	55	13	31

\* $P=0,039$

## 8.4 Sammendrag

Hensikten med spørsmålene som er tatt opp i dette kapittelet, både i samtaleintervju og i spørreskjemaundersøkelsen, var å kartlegge hvordan helsepersonell vurderer pårørendes bidrag, hvordan de opplever samhandling med pårørende, og hvilken opplæring helsepersonell har i pårørendearbeid. Resultatene fra både spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene peker på at tjenesten i mange tilfeller er avhengig av at pårørende bidrar, og at

pårørende har en svært stor omsorgsbelastning. Våre resultater her er i tråd med tidligere forskning som viser at pårørende har et omfattende omsorgsbidrag (Rønning m.fl., 2009). Funnene fra den kvalitative studien vår viser at det også er pårørende som bidrar med pleieoppgaver. Dette er viktige resultater å legge merke til.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viste at det var forskjeller ut fra utdanningsbakgrunn og stillingstype i hvordan bidraget til pårørende ble vurdert. Det kan være flere grunner til forskjellig vurdering mellom ledere og fagansatte, og mellom de forskjellige utdanningsgruppene. Det kommer fram at flere ledere og de med kombinert leder- og fagstilling mener at tjenesten er avhengig av pårørendes bidrag enn de fagansatte gjør. En årsak kan være at lederne gjennom kunnskap om organisasjonen og forvaltning av ressursene har mer innsikt i forholdet mellom formell og uformell omsorg. Vi så også at det var flere med høgskoleutdanning som rapporterte at tjenesten var avhengig av pårørendes bidrag sammenlignet med helsepersonell med videregående utdanning. Dette resultatet er kanskje litt overraskende. Det kunne være rimelig å forvente at helsefagarbeidere i enda større grad enn høgskoleutdannede daglig samhandler med pårørende om konkrete omsorgsoppgaver, noe som skulle kunne bidra til at de i enda større grad enn andre ville bli oppmerksom på pårørendes innsats. På den andre siden kan forklaringen være at det er forskjeller ut fra utdanningsbakgrunn i forhold til kjennskap til organiseringen av tjenestene.

Våre resultater tyder på at pårørende er en viktig samhandlingspart for hjemmetjenesten, og at dette er noe tjenesten selv er oppmerksom på. Funnene fra samtaleintervjuene tyder på at helsepersonell anerkjenner pårørendes innsats, mens den kvantitative undersøkelsen gir et mer nyansert bilde av hvordan helsepersonell vurderer at tjenesten er oppmerksom på pårørendes rolle. Helsepersonell peker i intervjuene på at pårørende i stor grad bidrar med praktiske gjøremål, og i noen tilfeller er de pårørendes bidrag avgjørende for at brukeren kan få bo hjemme. Informantene verdsetter også de pårørendes kompetanse, og ser at bedre samarbeid med pårørende kan bidra til bedre pleie i møte med brukeren.

Vi har her også sett at det er en vesentlig gruppe som mener at tiltak for å støtte pårørende blir satt i verk for sent. St.meld. nr. 29 (2012–2013) vektlegger at helsetjenesten må rette særskilt oppmerksomhet mot å støtte og avlaste pårørende med stor omsorgsbelastning, dette fordi denne gruppa er utsatt for å få ei for stor belastning. Tidligere forskning har også vist at eldre pårørende er viktige bidragsytere, da ofte i kombinasjon med formell omsorg (McGee, Molloy, O’Hanlon, Layte & Hickey, 2008; Sigurðardóttir & Bravell, 2013). Dette vil også

være en gruppe som er utsatt for en for stor omsorgsbelastning. I vår kvalitative studie beskrev helsepersonell flere tiltak for å avlaste pårørende. Flere av resultatene peker på at det er et behov for at helsetjenesten må videreutvikle og systematisere disse tiltakene for å støtte og avlaste pårørende. I den kvalitative studien beskrev enkelte av informantene at de var usikre på hvordan de kunne avlaste pårørende, og de opplevde at de ikke hadde mye å bidra med for å støtte pårørende. Resultatene fra den kvantitative studien peker på at tiltak for å støtte pårørende i noen tilfeller blir satt i verk for sent. Funn fra andre studier trekker fram at tiltak for å støtte uformelle omsorgsgivere må være individuelt tilpasset, og de krever samhandling og koordinering (Jakobsen & Homelien, 2013; Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen, 2012).

Det kommer fram i samtaleintervjuene våre at helsepersonell opplever utfordringer knyttet til samarbeidet med pårørende. En forklaring på at helsepersonell opplever utfordringer kan være at helsepersonell mangler kompetanse i samhandling med pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2011–2012). Våre resultater tyder på at det er lite opplæring i pårørendearbeid i grunnutdanningen, og at dette heller ikke blir vektlagt i videreutdanning eller kurs. Disse resultatene peker på at både utdanningsinstitusjonene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør fokusere mer på opplæring i pårørendearbeid. Både den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen har tatt opp spørsmål om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Det kommer ikke tydelig fram i intervjuene om det er en bevisst strategi for frivilliges innsats. I den kvantitative studien peker resultatene på en liten positiv tendens når det gjelder samarbeid med frivillige organisasjoner. Resultatene viser at det er forskjeller ut fra stillingstype i hvordan endringene i bruk av frivillige organisasjoner har vært. Som det er rimelig å forvente, er det enklere for ledere eller dem med kombinert leder- og fagstilling å svare på spørsmål som omhandler organiseringen av tjenestene. Det kan være verdt å merke seg at det er en stor del av lederne som mener at det ikke er mer bruk av frivillige organisasjoner etter 2012. Dette kan tyde på at man bør arbeide for en mer systematisk tilnærming til samarbeid med frivillige, i tråd med politiske føringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

## Kapittel 9. Samhandlingsreformen og pårørende

### 9.1 Pårørendeperspektiv på samhandlingsreformen

Målet med den tredje delundersøkelsen er å få kunnskap om brukernes vurderinger av pleie- og omsorgstjenestene og deres opplevelse av kvalitet, helhet og samhandling i tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. For å få fram brukeres perspektiv har vi intervjuet pårørende.

Det er flere grunner til at vi har valgt et pårørendeperspektiv. En grunn er at mange eldre vil kunne oppleve det som krevende å skulle delta på intervju. Selv om pårørendeperspektivet vil være et annet enn den eldre sitt eget perspektiv, vil nærstående pårørende kunne formidle kunnskap og erfaringer om den eldre sin situasjon og behov. En annen begrunnelse er at pårørende vil kunne spille en sentral rolle for god tilrettelegging for den hjelpetrequende særlig med tanke på koordinering av hjelp mellom ulike tilbud. Betydningen av å inkludere pårørende for å skape en helhetlig god tjeneste for eldre er påpekt i forskningen (Cain et al. 2012). Vellykket etablering i eget hjem etter utskrivning krever godt samarbeid ikke bare med hjemmebaserte tjenester, men også med pårørende (Bauer et al. 2009). Manglende involvering av og informasjon til pårørende og pasienten kan derimot skape problemer (Nosbusch, Weiss et al. 2011).

Et utgangspunkt for denne undersøkelsen er å se pårørende som en av flere aktører som bidrar ovenfor den eldre som har behov for pleie- og omsorg. "Pårørende" blir ikke definert som aktør i helsevesenet i Stortingsmeldingen som omhandler Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet St.meld. nr. 47 (2008-2009)), men det blir i samme melding vist til at den baserer seg på den tidligere Stortingsmeldingen "Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer" (Helse- og omsorgsdepartementet St.meld. nr. 25 (2005–2006)), som har et tydeligere fokus på pårørende som en viktig omsorgsaktør, særlig overfor eldre. Senere er temaet drøftet videre i Stortingsmeldingen "Morgendagens omsorg" (Helse- og omsorgsdepartementet Meld. St. 29 (2012–2013)), i "Innovasjon i omsorg" (NOU 2011:11) og i "Når sant skal sies om pårørendeomsorg" (NOU 2011:17). "Pårørende yter ca. 50 % av all omsorg i hjemmet i Norge i dag, men på tross av det store omfanget er det et nesten usynlig pleiekorps", slås det fast i "Når sant skal sies om pårørendeomsorg" (ibid. s.9). Undertittelen "Fra usynlig til verdsatt og inkludert" gir uttrykk for de anbefalinger som gis av Kaasa-utvalget i "Når sant skal sies..." Kaasa-utvalget har imidlertid fokusert på

pårørendeomsorg knyttet til barn med alvorlige varige lidelser, og i mindre grad på pårørendeomsorg for eldre, som også er et område der familier "utøver pleie og omsorg som kommunen ellers plikter å tilby" (ibid. s.7), og som også inngår i det nesten usynlige pleiekorpset.

## 9.2 Metode

### 9.2.1 Informantutvalg

For å gjennomføre studien ønsket vi å intervju pårørende til eldre som i løpet av siste året hadde vært innlagt på sykehus og deretter hadde blitt skrevet ut til hjemmet eller omsorgsbolig med behov for hjelp. Henvendelser ble sendt til flere kommuner med forespørsel om å formidle invitasjon til undersøkelsen til pårørende etter følgende kriterier:

- Helse- og omsorgstjenester: Pårørende til en eldre som har vært innlagt på sykehus i løpet av siste 12 måneder og deretter blitt skrevet ut til hjemmet eller en omsorgsbolig og mottar hjemmesykepleie i hjemmet eller omsorgsboligen.
- Boligsituasjon: Pasienten skal bo hjemme eller i en omsorgsbolig.
- Den pårørende: Det er ønskelig at den pårørende er ektefelle eller partner til pasienten, men det er også aktuelt å intervju barn av pasienten dersom denne ikke har ektefelle/partner.
- Alder: Det er ønskelig at pasienten er pluss/minus 80 år. Den pårørendes alder er underordnet.
- Kjønn: Både kvinner og menn kan delta.

Rekruttering av informanter ble gjort gjennom pleie- og omsorgstjenesten, som valgte ut og henvendte seg til potensielle informanter på vegne av forskerne, og slik at de pårørende deretter kontaktet oss. Det var utfordrende å få kontakt med pårørende, og særlig å finne ektefelle til den aktuelle aldersgruppen. Innenfor prosjektperioden lyktes vi å rekruttere til sammen 8 informanter fra tre kommuner, mens det opprinnelige målet var 10. Noen av informantene ble intervjuet i hjemmet sitt, noen på arbeidsplassen, mens noen kom til vår arbeidsplass for å delta på intervjuet. "Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side", skriver Kvale og Brinkmann (Kvale, Brinkmann, and Anderssen 2009, s. 21), og det var også et mål her. Alle intervjuene fulgte en semi-strukturert intervjuguide (jf. Appendiks K) for å sikre at vi kom innom de samme temaene, men la

samtidig vekt på at samtalen skulle være åpen nok til at informantene kunne bringe inn aspekter og hendelser som de mente var sentrale. Å snakke om nære personers sviktende helse og påfølgende hjelpebehov kan også være sårt og belastende, og det var sentralt å la den pårørende få snakke seg "gjennom" ting uten for mye avbrytelser. For noen av informantene var det også overveldende og kanskje en lettelse å endelig få snakke om disse tingene til en som var villig til å lytte, slik kommentaren fra en av informantene synes å antyde: "Jeg har sikkert pratet hull i hodet på deg. Det er som det gikk hull på en ballong nå. Jeg har ikke pratet så mye på lenge."

En kvalitativ studie som denne er ikke designet for å generalisere, og det er også store forskjeller mellom kommunene i fylket. Undersøkelsen gir altså ikke hele bildet av hvordan kommunene i Sogn og Fjordane møter samhandlingsreformen, men gir likevel bilder av både positive erfaringer og utfordringer som eldre og deres pårørende opplever under samhandlingsreformens regime.

Det er også viktig å understreke at denne studien ikke gir en ren deskriptiv beskrivelse av situasjonen til eldre og pårørende, men deler pårørendes fortellinger om de erfaringer og oppfatninger de har knyttet til temaet. Jackson og Mazzei påpeker at alle fortellinger gir en versjon fremfor en annen, og de betrakter et intervjumateriale som "partial, incomplete, and always being retold and re-membered" (Jackson and Mazzei 2012:3). Den samme episoden gjenfortalt av en annen aktør ville kanskje gitt et annet bilde, men det er like viktig å understreke at de erfaringene og oppfatningene som de pårørende deler med oss er gyldige for dem. Selv om flere og andre informanter ville gitt flere og andre historier må altså de åtte historiene vi skal fortelle om pårørende sine erfaringer betraktes som gyldige historier som viser til mulige scenarier og situasjoner for eldre og deres pårørende.

### **9.2.2 Forsknings spørsmål**

Hovedmålet for denne delundersøkelsen var altså å se på samhandlingsreformens betydning i forhold til helhet, kvalitet, forebygging og hjemmetjenester knyttet til eldreomsorg. Dette ble studert gjennom pårørende sine opplevelser av, erfaring med, involvering i og synspunkter på pleie- og omsorgstjenester som omfattet den eldre. Informantutvalget var basert på utskrivning fra sykehus, men det var kommunehelsetjenestene som ble mottatt etter utskrivning fra sykehuset som sto i fokus for intervjuet.

Gjennom intervjuet stilt vi spørsmål knyttet til samarbeid om og fordeling av oppgaver og dialog mellom ulike aktører i helsevesenet. Pårørende er som nevnt en viktig bidragsyter i omsorg i hjemmet, også for eldre. I denne studien tar vi utgangspunkt i at pårørende må ses som en aktør i eldreomsorgen på linje med øvrige aktører som har i oppgave å ivareta eldre med behov for pleie og omsorg. Vi har stilt spørsmål om hvordan pårørende opplever at pasientens behov blir ivaretatt av helse- og omsorgstjenesten og i hvilken grad pasientens helserelaterte behov ble ivaretatt av den pårørende.

Samhandlingen er sentral ved samhandlingsreformen, slik vi kan se av beskrivelsen av samhandling som et "uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte" ([Helse- og omsorgsdepartementet St.meld. nr. 47 \(2008-2009\)](#), s. 13). Vi har derfor spurt pårørende om hvilke erfaringer de har i forhold til koordinering av helse- og omsorgstjenestene og om samhandling mellom enhetene. I tråd med prosjektets behandling av pårørende som en omsorgsaktør har vi under dette punktet også stilt spørsmål ved hvordan dialog og samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenestene fungerer, og på hvilken måte og i hvilken grad den pårørende har opplevd å bli inkludert i det helhetlige pasientforløpet.

Et sentralt punkt i samhandlingsreformen er å forebygge sykdom og å gjøre flere i stand til å bo lenger i eget hjem, noe som er særlig aktuelt i eldreomsorgen der spørsmål knyttet til egen bolig eller omsorgsbolig ofte er aktuelt. Noen eldre som mottar hjemmebaserte tjenester bor i sitt opprinnelige hjem og noen i boliger som kommunene har tilrettelagt. Dette kan være samlokaliserte boliger og boliger med fast tilknyttede tjenester eller kollektive boligløsninger, som også er representert i undersøkelsen. Vi har stilt spørsmål om boligsituasjonen til pasienten, og i hvilken grad forebyggende eller tilretteleggende hjelp, for eksempel i form av teknologi, har vært tilbudt eller diskutert.

## 9.3 Pårørende erfaringer i Sogn og Fjordane

### 9.3.1 Åtte historier om samhandling mellom eldre, pårørende og kommunal pleie- og omsorgstjenester

Vi har gjennomført dybdeintervju på ca. en time med åtte pårørende til eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester i tre ulike kommuner i Sogn og Fjordane. Ettersom mange av kommunene i Sogn og Fjordane er små har vi valgt å ikke angi i hvilken kommune de eldre og deres pårørende er hjemmehørende. De åtte informantene er et lite utvalg som ikke er egnet til å trekke generaliserbare slutninger, men gjennom dybdeintervjuene er det likevel et tilstrekkelig rikt materiale til å gi innblikk i utvalgte fortellinger om samhandling mellom eldre, pårørende og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

#### De pårørende

Blant de pårørende vi har intervjuet finner vi fem kvinner og tre menn. Med unntak av en ung kvinne i slutten av 20-årene er aldersspennet fra tidlig 50- til midten av 70-årene blant informantene. Seks pårørende er barn av den eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester, mens en er samboer med nevø og en er ektefelle.

#### De eldre

Blant de eldre som disse åtte pårørende har omsorg for, er aldersspennet fra sent i 70-årene til sent i 90-årene, og blant dem finner vi fire mødre, to par med mor og far, en ektemann og en onkel.

Disse grunnleggende opplysningene er angitt i tabellen nedenfor, der alle de pårørende har fått fiktive navn.

**Tabell 1: Oversikt over de pårørende og relasjonen til den eller dem de er pårørende til**

<b>Pårørende</b>	Kari Slutten av 60-årene	Jenny Tidlig 50-årene	Torstein Slutten av 50-årene	Jonas Midten av 50-årene	Randi Tidlig 70-årene	Nina Slutten av 20-årene	Olav Midten av 70-årene	Marianne Midten av 50-årene
<b>Pårørende til:</b>	Mor Tidlig 90-årene	Far (og mor) Midten av 80-årene	Mor Midten av 80-årene	Mor Tidlig 80-årene	Ektemann Tidlig 80-årene	Samboer sin onkel Sent 70-årene	Mor Midten av 90-årene	Far og mor Sent og tidlig 90-årene



De åtte historiene som de åtte pårørende har delt med oss, starter alle med utskriving fra sykehus, og fortsetter med det scenariet som utspiller seg i møtet med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i etterkant av utskrivingen. Vi finner mange fellestrekk på tvers av de åtte fortellingene, men også mange forskjeller.

Ett av de tydeligste fellestrekkene er et ganske unisont uttrykk for å være fornøyd med pleie- og omsorgstjenestene som mottas. Under intervjuene og også ved første gjennomgang av de transkriberte intervjuene var den første og umiddelbare følelsen at i all hovedsak var informantene våre veldig fornøyde. Alle uttalte seg positivt om den hjelpen deres eldre mottok, med uttalelser som dette:

- "Hjemmesykepleien er veldig, veldig grei"
- "Hjemmesykepleien er veldig fine folk og flinke"
- "De er helt fantastiske, personene som jobber i hjemmesykepleien"
- "En kan ikke under noen omstendigheter forlange at noe skal være bedre"

Det har "fungert aldeles perfekt. Jeg kan bruke et så sterkt ord. Det er ikke råd å få det bedre"

Selv den pårørende som var mest kritisk uttalte at hun var fornøyd med 90% av tjenesten som moren mottok. Med andre ord var det et unisont uttrykk for at de pårørende selv og deres eldre opplevde pleie- og omsorgstjenestene som gode og de ansatte som flinke.

Det kan være vanskelig å kritisere helsetjenester som mottas. For det første er både eldre og pårørende prisgitt det helsetilbudet som finnes og vil ofte være helt avhengig av den hjelp de mottar. En av de pårørende sier også at hun selv vet "hvor tungvint ting kan være" i en kommune, og derfor har det "satt langt inne" å skulle klage på pleie- og omsorgstjenestene når noe ikke fungerte. For det andre vil et system eller en institusjon også ha en egen-tyngde gjennom sin eksistens, som i seg selv bidrar til å utdefinere alternativer ([Berger and Luckmann \(1966\) 1991](#)). Begge disse forholdene kan ha som konsekvens at kritikk mot de pleie- og omsorgstjenestene som mottas, blir dempet. Hvorvidt den unisone fornøydheden er et uttrykk for dempet kritikk kan vi ikke vite sikkert. Det vi kan si med stor sikkerhet er imidlertid at de pårørende vi har intervjuet var fornøyd med mye av det de opplevde i møtet med pleie- og omsorgstjenestene. Når vi så nærmer på fortellingene fra de pårørende var

imidlertid ikke bildet så ensartet og unisont og heller ikke så preget av fornøydhets. Det er mange kritiske punkter, mangler eller feil som de pårørende selv eller de eldre hadde opplevd i møtet med helsevesenet. Når vi forsøker å forstå et fenomen, leter vi ofte etter entydige svar og forklaringer; på at noe er enten det ene eller det andre, mens virkeligheten som regel er langt mer kaotisk og mangeartet. Videre i rapporten vil vi fokusere på det som "knirker"; på det som ikke fungerer helt tilfredsstillende og på utfordringer som de pårørende og deres eldre har møtt i helsevesenet etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er viktig å understreke at parallelt med disse mer kritiske eller negative erfaringene finnes det en sterk positiv fortelling om møtet med helsevesenet.

Hvis vi skifter fokus og ser på forskjellene som peker seg ut i intervjuene, er det for det første den eldre sitt behov for hjelp som peker seg ut: Noen av de eldre mottar mye hjelp fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, noen har etter hvert fått så store behov for hjelp at de nylig har flyttet fra sin egen bolig, mens andre har mindre behov for hjelp. Den andre forskjellen som peker seg ut i de pårørende sine historier, er graden av hjelp de *selv* yter til den personen eller personene de er pårørende til. I forhold til hjelpen den pårørende selv yter til den eldre som har pleie- og omsorgsbehov, ser vi konturene av tre grupper, som kjennetegnes av at:

- 1) pårørende yter mye hjelp ut fra konkrete behov hos den eldre,
- 2) pårørende yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp,
- 3) pårørende yter lite eller ingen hjelp.

Innad i disse tre gruppene ser vi konturene av fellestrekk i samspillet mellom den eldre, pleie- og omsorgstjenestene og pårørende, og vi skal begynne med å se hvordan graden av hjelp den pårørende yter bidrar til å skape ulike fortellinger.

## 9.4 Pårørende som yter mye hjelp

**"Det hadde aldri gått hvis ikke vi hadde .... "**

### **Kari, slutten av 60-årene, pårørende til mor i tidlig 90-årene**

Kari, som er pensjonist, er nærmeste pårørende til sin mor som bor i generasjonsbolig i samme tun. Kari sin mor er en tøff dame som inntil for noen år siden selv hadde ansvar for å pleie sin ektemann, inntil han døde. Sist år kom moren på sykehus etter en skade, og derfra har det gått "slag i slag" og hun har gradvis blitt dårligere. Kari bruker svært mye tid på å hjelpe moren. Noe av hjelpen er helse- og pleierelatert, som for eksempel å passe på medisin eller å stille moren, mens det meste er av praktisk art og tilsyn for å se at moren har det greit. Kari trekker grensen ved "personlig hygiene" og "medisinskfaglig ansvar" – det vil hun ikke ha ansvar for overfor moren. Men å avstå fra dette har ikke alltid vært mulig, særlig ikke med personlig hygiene og for eksempel toalettbesøk, fordi Kari er den første som ser morens behov: "Du må jo nekte henne når hun spør 'kan du hjelpe?'. Så det er vanskelig."

Moren får 7-9 besøk av hjemmesykepleien i døgnet, og både hun og Kari er svært fornøyde med det meste av hjelpen de får fra pleie- og omsorgstjenesten. Med noen unntak. Kari er ikke fornøyd med informasjonsflyt og dialog, og det er noen utfordringer med enkelte oppgaver som ikke alltid blir utført av de ansatte. De største utfordringene for Kari er ansatte som ikke gjør alle oppgavene de skal, som å ta ut søppel med bleier etter moren. Samtidig ser Kari at mange av de ansatte er både flinke og hyggelige med moren, og moren liker dem, og da velger hun å gjøre disse oppgavene selv: "noen er så flinke med henne, og hun liker det så godt. Og hun ser ikke om de ikke bærer ut bleie lenger. ... Du velger det vet du. Når de er hyggelige og moren min blir glad når de kommer, så bærer du heller ut bleien etterpå."

Den andre store utfordringen for Kari er at hun føler at hun ikke blir hørt når hun forteller om behov moren har. Hun er overrasket over at ikke alle de ansatte gjør seg kjent med moren gjennom journalen. Blant annet har moren angst og depresjon, og hun føler at dette ikke blir tatt hensyn til. Når moren ikke orket mer og bare ønsket å dø, ble ikke det tatt opp av kommunen: "Nei, det hørte de hver dag også, så det var liksom ikke noe. Så akkurat det med angst og folk med psykiske plager, nei, det hører de liksom ikke på syntes jeg." Kari bor i en liten kommune der de fleste kjenner hverandre, og hun har selv oppsøkt tjenesteleder for

pleie- og omsorgstjenestene flere ganger for å snakke om frustrasjoner i forbindelse med manglende hjelp for moren og om avlastning for henne selv.

Moren har bodd hjemme helt til nå med noen korte avlastningsopphold på sykehjem, men nå ønsker moren å flytte permanent til alders- eller sykehjem fordi hun har fått mye dårligere syn og hørsel og har mye og ofte angst for å være alene hjemme. Kari sin mor trenger altså mye tilsyn daglig, og Kari og mannen hennes ser til og hjelper moren mye hver dag. Uten dem ville ikke moren kunne bodd i eget hjem, mener Kari: "Det hadde aldri gått hvis ikke vi hadde bygd generasjonsbolig og hvis ikke vi var pensjonister". Prisen hun betaler er høy: hun kan sjelden reise bort og får ikke besøkt barnebarn så mye som hun skulle ønske, fordi moren "har blitt prioritert før barnebarna og alt". Kari har stort behov for avlastning, men har i liten grad har fått slik hjelp fra kommunen.

### **"Hadde ikke [hjemmesykepleien] vært her så hadde det ikke vært lett"**

#### **Randi, tidlig 70-årene, pårørende til ektemann i tidlig 80-årene**

Randi er pårørende til sin ektemann, som har flere sykdommer og demens og har vært en del inn og ut av sykehuset det siste året. De bor sammen i sitt eget hjem, og i starten av den perioden da mannen ble dårlig, tok Randi seg av en del stell og pleie, som for eksempel morgenvask. Etter hvert har hjemmesykepleien tatt over alt helse- og kroppsrelatert stell fordi mannen var sint og sur på Randi. Randi er veldig fornøyd med pleie- og omsorgstjenestene som mannen mottar. Mannen får tilsyn av hjemmetjenesten tre ganger om dagen og en gang om natten, og Randi mener at han "absolutt" får den hjelpen han trenger. Hjemmesykepleien tar ansvar for alt som har med helse og pleie, og Randi understreker at "hjemmesykepleien er veldig, veldig grei" og alltid stiller opp med en gang hvis det er noe.

Randi har likevel mye og tidkrevende omsorgsarbeid for mannen, ettersom de bor i samme hus og han trenger mye tilsyn. Randi beskriver ansvaret sitt som "hele døgnet nesten", og det omfatter tilsyn, "mat og klær og sånt". Demens gjør ektemannen usikker hvis Randi forlater ham, og han forlanger å vite hvor hun er, eller insisterer på at hun ikke får bruke bilen for å dra noe sted. For Randi er det dermed ikke de helse-relaterte oppgavene som er tyngende, men kombinasjonen av at mannen har behov for omsorg og tilsyn med at han ikke oppfører seg godt overfor henne: "Så det er ikke noe arbeid sådan, men det er dette her som går og gnir hele dagen som går og sliter". Mannens dårlige humør er ikke synlig for andre, tror Randi, og

det gjør det ekstra vanskelig for henne å be om avlastning eller, aller helst, en permanent plass: "Det sitter langt inne å søke fast plass og sånt. Men alle sier så grei og hyggelig han er når han er noe sted. Og når han er hjemme så, for å si det sånn, er det det motsatte." Mannen ønsker ikke å delta på aktiviteter på dagtid som han får tilbud om gjennom pleie- og omsorgstjenestene, men Randi drømmer om at han kunne være borte noen timer: "Kanskje en dag ... kunne jeg gå meg en tur til fjells" eller reise til tettstedet i nærheten.

### **Primær omsorgskilde og sekundær omsorgskilde**

Begge disse kvinnene har stort omsorgsansvar, og de har det tilsynelatende fordi de har fysisk nærhet til henholdsvis mor og ektemann som trenger pleie og omsorg. For Kari er byggingen av generasjonsbolig utslagsgivende for at hun kan stille opp for moren, og det har konsekvenser for den hjelpen de mottar fra pleie- og omsorgstjenesten: "Det hadde aldri gått hvis ikke vi hadde bygd den der [generasjonsbolig med livsløpsstandard], og hvis ikke vi var pensjonister".

Randi, som tar seg av sin ektemann i deres felles hus, har et omfattende og tyngende ansvar for mannen selv om de mottar mye hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene i hjemmet. Mange av oppgavene som Randi bidrar med er ting som hun enten alltid (mat, klær) eller i lang tid (økonomi) har hatt ansvar for i hjemmet. For Randi er det hjemmesykepleien som bidrar til at ting går rundt: "Hadde ikke de [hjemmesykepleien] vært her så hadde det ikke vært lett".

Både Kari og Randi sin fortelling handler om hvordan en primær omsorgskilde har hovedansvar, men fordi den i seg selv ikke er tilstrekkelig, utfyller en sekundær omsorgskilde og blir dermed en forutsetning for at den eldre får den hjelpen han eller hun har behov for. De skisserer altså en situasjon der den primære omsorgskilden pluss den sekundære omsorgskilden til sammen utgjør den omsorgen som de mener at deres eldre har behov for.

Så langt er Kari og Randi sin fortelling helt identisk, men likevel ser de det fra to helt ulike perspektiv som gir ulikt innhold til primær- og sekundærkilden til omsorg. For Kari er helsevesenet den primære omsorgskilden mens hun selv og mannen hennes bidrar til at moren klarer seg – innforstått at omsorgen fra helsevesenet alene ikke ville vært tilstrekkelig. For Randi det imidlertid hun selv som er den primære omsorgskilden for ektemannen, men hun kunne ikke klart det alene uten helsevesenets bidrag.

### **Pårørende som en aktør i samhandling?**

Både Kari og Randi illustrerer altså hvordan det som de oppfatter som nødvendig omsorg i disse to tilfellene er avhengig av bidrag fra *både* pårørende og pleie- og omsorgstjenesten. Således illustrerer de også pårørende som en aktør i forhold til eldre som har behov for pleie og omsorg. I stortingsmeldingen "Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid" (Helse- og omsorgsdepartementet St.meld. nr. 47 (2008-2009)) blir pårørende i svært liten grad omtalt, og i den grad pårørende nevnes er det i større grad som en forlengelse av mottaker av helsetjenester (pasient og pårørende, og "bruker, familie og frivillige", eks. s. 57) snarere enn som en tjenesteyter for mottakeren av tjenestene. Det vises til at pårørende eller pasienter ofte selv må stå for koordinering mellom deltjenestene (s. 22, 48, 52, 63), men det drøftes i liten grad hvordan samarbeid, samspill, koordinering eller bidrag fra pårørende skal vurderes som en *del av* omsorgstjenestene. I både Kari og Randi sine tilfeller er det ikke koordinering som er den største byrden, men alt fra medisinsk tilsyn, morgenvask og tilsyn til hverdagslige gjøremål, som klesvask og å re opp senger.

Mens samhandlingsreformen i liten grad synes å anerkjenner pårørende som en *ytende* aktør i nettverk med andre aktører som yter pleie- og omsorgstjenester, ser vi altså at i virkeligheten kan pårørende være en sentral omsorgskilde for eldre pleietrengende.

Det som er felles for både Kari og Randi er at de har en kontinuerlig omsorgsoppgave, og de kan ikke forlate hjemmet etter eget for godtbeholdende. De har derfor stort behov for avlastning fra denne situasjonen: Kari har behov for å kunne gjøre sine egne ting, reise på ferie, besøke barnebarn, og Randi har behov for å komme unna ektemannen sin sure og gnagende oppførsel – en oppførsel som han i stor grad skjuler for utenforstående. Både Kari og Randi beklager imidlertid at de ikke får avlastning fra kommunen. Kari peker på den fysiske nærheten og mener det ville vært annerledes hvis ikke de selv hadde tatt initiativ for å legge til rette for at moren skulle klare seg selv: "jeg følte at vi på en måte ble straffet fordi vi hadde tilrettelagt" boligen for moren. Randi på sin side beklager at ikke folk ser behovet hennes for avlastning fordi mannen ikke er like sur og vanskelig mot andre som han er mot henne. Randi har diskutert med både barna og hjemmesykepleien om de skal søke fast plass for mannen, men det "sitter langt inne å søke fast plass", særlig fordi andre oppfatter mannen som "grei og hyggelig".

Kari mener at det ikke har vært god nok dialog mellom henne og kommunen med hensyn til oppgave- og ansvarsfordeling mellom henne og hjemmesykepleien. Randi er fornøyd med dialogen med kommunen, men samtidig er oppgavene hun har overfor mannen i stor grad altså praktiske oppgaver hun har hatt lenge og trolig ville hatt også dersom mannen var frisk, mens det i hovedsak er tilstedeværelse og tilsyn som er det mest tyngende ansvaret for Randi. Tilstedeværelse er en udefinerbar, kanskje til og med usynlige oppgave, fordi det ikke egentlig defineres som en praktisk oppgave i seg selv, og det er fra denne oppgaven Randi drømmer om å få avlastning slik at hun "kanskje en dag" kunne gå "en tur til fjells".

På den ene siden støtter både Kari og Randi opp om pleietrengende eldre som kan fortsette å bo hjemme med deres hjelp. De oppfatter at kommunen også ser det slik ettersom den eldre ikke får plass på alders- eller sykehjem. På den andre siden opplever også begge to at de tjenestene de selv yter til den eldre ikke blir anerkjent av kommunen, ettersom de ikke får aksept for at de har behov for avlastning fra tjenestene de yter. Med andre ord blir de pårørendes bidrag på en og samme tid både inkludert som en stilltiende forutsetning for den eldre sin omsorg, og samtidig blir de pårørendes omsorgsarbeid gjort usynlig på en slik måte at de ikke når frem når de ber om avlastning fra omsorgsarbeidet.

### **9.5 Pårørende som yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp**

De to neste pårørende yter kontinuerlig hjelp til sine foreldre, og for begge gjelder det både mor og far. Det som skiller disse fra den forrige gruppen, er at de ikke har den fysiske nærheten som ga Kari og Randi utstrakt ansvar både daglig og på døgnbasis, og de har heller ikke ansvar for helse og pleie, men snarere for sosial omsorg og praktiske gjøremål. Et annet fellestrekk vi skal se er at Jenny og Marianne, som vi skal møte nedenfor, har et bevisst forhold til at de ønsker å hjelpe foreldrene sine, og en del av hjelpen gir de uten å involvere pleie- og omsorgstjenestene.

#### **"Har de ikke en loggbok ... der det står?"**

#### **Jenny, tidlig i 50-årene, pårørende til far og mor i midten av 80-årene**

Jenny er yrkesaktiv i full tid samtidig som hun driver en gård. Hun er pårørende til mor og far, begge i midten av 80-årene, og som bor i eget hus. Mor har begynnende demens, men er likevel sprek, mens det er far som har en sykehistorie som begynte ett år tidligere med en

skade og påfølgende sykehusinnleggelse. Vi holder derfor fokus på ham i intervjuet. Etter sykehusinnleggelsen har far "vært redusert egentlig både fysisk og også i forhold til å klare seg selv med andre ting". Det siste året har representert "en drastisk endring" i farens liv og han er også et "klassisk" eksempel på hvordan eldre ofte har komplekse og sammensatte helseproblemer: "når du blir eldre er det ikke bare en ting", sier Jenny, "det er en kombinasjon av veldig mange ting... Du har hørsel, du har syn, du har manglende... det er mange ting, sant."

Foreldrene har ikke mottatt noe hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene før faren ble syk, men nå får far hjelp en gang i uken med medisin og med å dusje. I det siste har han hatt daglig tilsyn, noe som også er motivert av mor sin tiltakende demens. Dette ekstra tilsynet ble innført etter at Jenny ringte kommunen og informerte at det var ekstra vanskelig for faren, og da foreslo kommunen selv å avlaste henne og familien.

Pleie- og omsorgstjenestene står for alt stell og pleie av foreldrene til Jenny, og i likhet med de øvrige informantene uttrykker også Jenny stor grad av fornøydhet med pleie- og omsorgstjenestene. Tjenestene de har mottatt

*Synes jeg faktisk har fungert kjempefint. Jeg må si at de som jobber i hjemmesykepleien er veldig fine folk og flinke og skjønner dette med at den vesle samtalen er like viktig som noe annet ... De har vært kjempeflinke synes jeg.*

Foreldrene får likevel mye hjelp av Jenny og de har "en veldig stor familie og vennekrets som stiller opp". Fordi jobben til Jenny er i nærheten av foreldrene er det først og fremst hun som kan hun stille på kort varsel. Jenny og familien hjelper med praktiske ting i huset, gulvvask, med hagearbeid og med å følge og kjøre, samt tilsyn. Jenny understreker imidlertid at foreldrene sine behov ikke bare handler om praktiske ting. Hun og søsteren har lagt vekt på at de "må være litt sosiale" og "ikke bare vasker, ordner og fikser" når de er hos foreldrene. "Det er det de trenger mest, føler jeg, å føle at noen bryr seg og snakker og ... mer enn det praktiske."

"Som enkeltindivid er de kjempeflinke", sier Jenny om de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, men informasjonsflyten mellom de ulike enhetene og innad i enhetene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er en stor utfordring. Kommunen "holder ikke styr



på" informasjonen som angår foreldrene, og foreldrene selv klarer ikke å følge med på avtaler og meldinger. I flere tilfeller har informasjon ikke blitt oppfattet, noe som blant annet har resultert i at faren har fått medisin som han ikke tålte. "Har de ikke en loggbok, tenker jeg, der det står?" undres Jenny. Hun har også opplevd at ulike enheter fra kommunen ikke visste at de var flere som jobbet med samme saken, og de har ringt henne

"fra elektrikeren og fra hun som er leder på sykehjemmet og fra vaktmesteren om den samme tingen. Og fra ergoterapeuten. ... Men da sa jeg 'nå har jeg avtalt med ergoterapeuten. Kan ikke dere snakke sammen?'"

Den manglende informasjonsflyten er også "en av grunnene til at jeg har måttet vært så mye innom", forteller Jenny. Foreldrene "greier ikke å korrigere informasjonsflyten, sant. Så det er vi som på en måte har oversikten, det er ikke kommunen." En kalender på kjøkkenet og avtalebok i stuen er hjelpemidler for foreldrene. Etter hvert har ting gått seg til slik at hjemmesykepleien kontakter Jenny direkte i stedet for mor etter at de forsto at ikke mor klarte å følge med lenger, mens far har kontakt med ergoterapeut og Jenny sin søster har kontakt med fysioterapeuten.

### **"Hjemmesykepleierne ... de er virkelig flinke sykepleiere og ser helheten"**

#### **Marianne, midten av 50-årene, pårørende til mor og far sent og tidlig i 90-årene**

Marianne er i midten av 50-årene og historien hennes handler om både far og mor: "Mor og far er på en måte.. de har liksom alltid vært ett, så vi sier nesten ikke 'mor' uten at vi sier 'far'." Og Marianne sin historie illustrerer at både mor og far må tas i betraktning for å forstå både behov og tilbud om pleie- og omsorgstjenester knyttet til hver av dem.

I likhet med Jenny sine foreldre har også Marianne sine foreldre vært en sentral forutsetning for hverandres velferd. Far har vært syk og avhengig av mor i mange år, og mor tok seg av ham, med noe hjelp. Så ble mor syk og kom på sykehus, og far trengte mye hjelp. Da flyttet Marianne hjem til faren og var borte fra jobb en uke for å ta seg av ham. Hun ba kommunen om avlastning og fikk det. Også etter at mor kom hjem igjen var det klart at mor ikke klarte å ta seg av far, og like før intervjuet fant sted hadde far fått fast plass på sykehjem. Dette skjedde mye raskere enn Marianne hadde forventet: "men det var nok fordi hjemmesykepleien så hvor forferdelig mor var, hvor sårbart dette er, og hvordan hun er helt hjelpeløs og helt

avhengig av vår hjelp og deres hjelp". Kommunene har organisert transport for far slik at han kan komme hjem til mor på dagtid flere ganger i uken, men nå har moren blitt dårligere, og Marianne bor midlertidig sammen med henne for å hjelpe henne.

Marianne er veldig fornøyd med pleie- og omsorgstjenestene, både med hjelp som mottas og med hvor raskt de ansatte reagerer på foreldrenes behov. "De er helt fantastiske, personene som jobber i hjemmesykepleien", og de har vært støtte for moren i den perioden far bodde hjemme.

Det har vært en klar ansvarsfordeling mellom henne og hjemmetjenestene da far hadde behov for hjelp: "De steller far. Vi er på besøk og sitter og prater med dem". Mor har inntil nylig klart å stelle seg selv. I perioder har Marianne likevel måtte yte mer omfattende hjelp enn bare å være på besøk, noe som har vært avgjørende for at mor eller far har kunnet klare seg hjemme. Marianne har ikke hatt formelle møter med pleie- og omsorgstjenesten for å diskutere arbeidsdeling og hjelpetilbud, men hun har "banket på en dør" eller tatt en telefon for å snakke med dem. Det er også hun selv som har "lagt ting til rette og fått til avlastning for far".

### **"Vi har valgt å stille opp ganske mye"**

Et fellestrekk mellom Jenny og Marianne er som nevnt, at de ikke har den fysiske nærheten som gir dem døgnkontinuerlig omsorg for foreldrene. Begge foreldreparene får i hovedsak den pleien og omsorgen som de har behov for fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, men både Jenny og Marianne understreker at det ikke er tilstrekkelig – det er andre ting som er minst like viktig, både praktiske forhold og det å vise sosial omsorg. Både Jenny og Marianne har tatt et bevisst valg og har en tydelig motivasjon for å stille opp for foreldrene sine. Jenny forteller at hun er "ganske mye sammen med foreldrene mine for jeg har anledning til det". Motivasjonen er at de har hjulpet henne, og nå ønsker hun å hjelpe dem: "Vi har valgt å stille opp ganske mye, og det har jeg gjort helt bevisst... en av grunnene til at jeg har kunnet jobbe i 26-27 år full tid er at mine foreldre har stilt opp for mine barn." Fra Jenny sin fortelling forstår vi at hun synes det nå er hennes tur å hjelpe foreldrene som gjennom mange år har hjulpet henne. Også Marianne er bevisst i forhold til kontakten hun har med foreldrene. Hun har vært vekke fra hjembygden i mange år, men flyttet hjem igjen for å ha kontakt med foreldrene: "Grunnen til at jeg flyttet tilbake var mine gamle foreldre, som jeg er glad i og som jeg ønsket skulle ha god kontakt med døtrene våre".

Både Jenny og Marianne er klar over at foreldrene begynner å bli eldre og at deres tid er begrenset. Selv om de begge påtar seg ganske store omsorgsbyrder, er det ikke for alltid, som Jenny illustrerer:

"Jeg har tenkt sånn at nå har foreldrene mine klart seg til de var 85, sant, og det er en voldsomt høy alder. Da tenker jeg at da må jeg kunne klare å stille opp de årene dette kan vare da. Jeg vet ikke hvor mange år det kan være, men det kan ikke bli 20 år, sant. Så jeg har valgt å stille opp, men det er klart det sliter på."

### **Usynlig forutsetninger**

Et annet likhetstrekk mellom Jenny og Marianne sine historier er hvordan noen av forutsetningene for at foreldrene skal kunne klare seg hjemme *ikke* tas opp med pleie- og omsorgstjenesten. For Jenny sin far har moren vært sentral, og faren er helt prisgitt at mor er sprek nok fysisk til å holde orden på de daglige tingene i hjemmet: "Dette fungerer jo bare så lenge mor er frisk, kan du si. Far hadde ikke klart å bo hjemme alene. Det er jeg ganske sikker på", sier Jenny. Dette er imidlertid ikke en problemstilling som har vært diskutert med kommunen. I tillegg utgjør Jenny, familien og venner et "nesten usynlig pleiekorps" (jf. NOU 2011:17) som hjelper til å følge når en av foreldrene skal til lege eller andre avtaler, og til å være sammen med eller se etter den som er igjen alene. Når for eksempel moren skal til sykehus for årlig kontroll, må både hun og far følges opp: "da kan ikke faren min være alene så mange timer. ..og det er sånn som jeg tror ikke de [hjemmetjenesten] helt skjønner. Jeg kunne sikkert ha spurt hjemmesykepleien, men det blir ikke til at du gjør det. Så jeg vet ikke helt om de har skjønt hele bildet." Jenny har ikke brydd seg med å problematisere den innsatsen de gjør, selv ikke når hun tror at kommunene sannsynligvis kunne stilt opp. Det området der Jenny derimot skulle ønske at kommunen hadde tatt kontroll er i forhold til informasjon og dialog både innad i enheten og overfor foreldrene. Hun opplever at kommunen ikke har oversikt og at foreldrene selv ikke klarer å følge med, og undres hvordan andre klarer seg:

*Det er veldig rart, syntes jeg, at de [kommunen] ikke klarer å holde... for det er ikke så vanskelig. Det er pasienter som er mer krevende enn min far, tenker jeg ... som ikke har en kone som er like i nærheten og ikke har to døtre som er innom hele tiden. ... Jeg har jo barndomsvenner som bor på helt andre kanter av landet og som har foreldre i 90-årene som er mye mer pleietrengende enn mine, og da tenker jeg hvordan kan dette gå når ikke de i kommunen holder styr på informasjonen?*

Også Marianne velger å stille opp når det skjer noe spesielt, som de periodene hun har bodd med enten mor eller far for å ta seg av dem. Også hun har således vært en del av et "nesten usynlig pleiekorps" og en ubetalt ressurs for kommunens pleie- og omsorgstjenester. Fordi hun også har måttet være borte fra jobb i disse periodene, har hun vært nødt til å be om avlastning, og i motsetning til Kari og Randi har Marianne lyktes i å få avlastning når hun har bedt om det, blant annet for kunne delta på en jobbreise: "ellers så kunne jeg ikke ha reist". Også Marianne stiller spørsmålet "hva med de andre?" – de som ikke har noen som tar seg av dem, og sier

*[jeg] tror det er lettere å være syk og gammel og skrøpelig hvis det er noen som bryr seg voldsomt om dem, og som står på for å hjelpe deg. ... det å ha pårørende som er veldig glad i en og kjenner en godt og er tett på, det tror jeg betyr veldig mye.*

Gjennom den hjelpen de har bidratt med til foreldrene sine i perioder har både Jenny og Marianne fungert som avlastning for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i så stor grad at de kommunale tjenestene (eller foreldrene!) ville ha blitt akutt og direkte påvirket dersom ikke Jenny og Marianne hadde stilt opp.

## **9.6 Pårørende som yter lite eller ingen hjelp**

Hjemmetjenesten steller og vi besøker, sa Marianne om sin rolle i forhold til sine foreldre, mens hun i virkeligheten spilte en langt mer aktiv part i foreldrenes omsorgsbehov. Den siste gruppen passer imidlertid bedre til Mariannes egenbeskrivelse, idet den preges nettopp av pårørende som bryr seg og har kontakt med eldre med pleie- og omsorgsbehov, men som samtidig inntar en ganske passiv rolle i forhold til den eldre sitt pleie- og omsorgsbehov. Denne gruppen omfatter tre av de pårørende som ble intervjuet: Torstein, Jonas og Olav, og alle tre er pårørende til sine mødre i 80- og 90-årene.

## **"Hun klarer jo det meste selv"**

### **Torstein, slutten av 50-årene, pårørende til sin mor i midten av 80-årene**

Torstein er i slutten av 50-årene, i jobb og er en av flere i familien som har omsorg for moren, som er i midten av 80-årene. Moren bor alene i eget hus. Hun ble akutt syk for to år siden og hadde sykehusopphold og opphold på sykehjem for opptrening etter det. Nå er hun tilbake i sitt eget hjem, der hun helst vil være. Kommunen har nylig bidratt med å tilrettelegge huset og har gitt henne oppbygd toalettstol, håndtak ved dører og komfyrvakt – alt uten Torstein sin innblanding. "Det er egentlig kommunen som har ordnet med alt det der, uten at vi har bedt spesielt om det." Moren får besøk av hjemmesykepleie hver morgen i tillegg til ukentlig hjelp til å bade, etter at hjelpen har blitt nedtrappet fra flere daglige besøk, samt middag i perioden like etter at hun kom hjem fra sykehjemmet. Nå lager moren sin egen mat igjen og holder på å trene seg opp.

Morens helse og forhold som har direkte med stell og pleie tar kommunen seg av, og det har vært lite dialog mellom pårørende og kommunen. Torstein mener imidlertid at det ikke er nødvendig, "for hun klarer jo det meste selv. Hun fungerer helt greit sånn tankemessig."

Bortsett fra vask i huset, som hun får hjelp til annen hver uke, er det familien som sørger for praktiske gjøremål og hjelp i hverdagen. Torstein eller andre i familien tar henne med på handling en til to ganger i uken, de hjelper med å vaske klær og "alt forefallende arbeid" rundt i hus og hage. Mye av dette gjorde familien også før moren ble syk, så Torstein mener det ikke er så stor forskjell på hans og familiens ansvar og oppgaver overfor moren nå i forhold til tidligere. Likevel stiller også han spørsmålet om hvordan moren skulle ha klart seg uten familien: "Jeg lurer på hvordan det hadde vært om vi ikke hadde bodd på samme plassen?"

I likhet med de fleste pårørende vi har intervjuet er også Torstein fornøyd med det tilbudet moren får gjennom de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Han mener at de ansatte i hjemmesykepleien kjenner moren og hennes tilstand godt. Han savner ikke at pårørende har dialog med pleie- og omsorgstjenesten, men han stiller spørsmål ved om ikke enkelte ting kanskje kunne vært samordnet bedre: "Det er klart at det ofte har vært mange turer til sykehuset og sånt da, og det kan jo.. det hadde kanskje vært greit å samordne det bedre med.. En gang skal de undersøke for det, og så burde de undersøke noe annet samtidig". Når moren er til undersøkelse blir som regel alt ordnet fra sykehuset, men det har hendt at familien har

fulgt henne, blant annet da hun måtte til Bergen, "men det er vel forståelig" for det var "en hel dagstur". For Torstein, i motsetning til de foregående pårørende, har morens behov for pleie og omsorg hatt relativt lite påvirkning på hverdagen hans. Hjelpen som familien yter beskriver han som omtrent lik den hjelpen moren fikk før hun ble syk.

**"En kan ikke under noen omstendigheter forlange at noe skal være bedre."**

### **Jonas i midten av 50-årene, pårørende til sin mor i tidlig 80-årene**

Jonas er bonde og jobber "360 dager i året, kveld og morgen". Han er pårørende til sin mor som er tidlig i 80-årene, og som bor på gården i et "alderstilpasset" hus, som en kårbolig. Moren var sprek og aktiv inntil hun fikk en betennelse etter et sykehusopphold som gjorde at "hun ble vekkrest, både fysisk og mentalt". Hun ble skrevet ut fra sykehus til sykehjem der hun fikk trening og oppfølging. Moren ønsket ikke å flytte hjem igjen, men "så var det vel hjemmesykepleien som fikk overtalt henne til at ... hun skulle prøve å klare seg selv hjemme med betydelig hjelp en periode. .... Så det ble satt inn store ressurser på at hun skulle klare seg tilbake igjen." Jonas er veldig fornøyd med hjelpen moren fikk fra kommunen og mener de fikk det hun hadde behov for uten å mase: "Jeg tror vi er heldige som bor i en kommune som har råd til å bruke de pengene som trengs på det". Hun fikk "helt fantastisk" oppfølging under rehabiliteringen, og Jonas konkludere med at "en kan ikke under noen omstendigheter forlange at noe skal være bedre."

I starten ble familien innkalt til møte når det skulle skje endringer i behandlingsopplegget rundt moren, og de "forskjellige deler av kommunen ... satt seg ned og samrådet om hva de skulle gjøre". Etter hvert har moren "tatt over ansvaret selv", og Jonas og familien har ikke opplevd morens sykdom som belastning for dem: "kommunen har ikke bedt meg å gjøre noen ting". Moren "er nå sin egen herre ... så det er hun selv som bestemmer nå i alle fall". Han og familien ser daglig til moren, men han setter klare grenser for hva som er hans rolle ut fra hva han oppfatter som morens privatliv: "Hun er selvstendig, så jeg synes ikke at jeg skal være med inn på legekonsultasjon når hun har time. ... Jeg synes at hun burde ha sitt privatliv."

Jonas mener at moren er helt tilbake til en helsetilstand der hun igjen klarer seg selv. Og selv om han skryter av hjelpen de har fått gjennom pleie- og omsorgstjenesten, trekker han frem en annen faktor også, nemlig trusselen om å miste sertifikatet. Moren kjørte sin egen bil inntil hun ble syk. Da hun var til legekonsultasjon opplevde hun at "de ville ta fra henne sertifikatet".

Jonas mener imidlertid at både det at moren ble sendt hjem til sin egen bolig og trusselen om å miste sertifikatet fungerte som "en fordel, for da måtte hun ta seg sammen ... og prøve å komme seg i såpass god form at hun fikk igjen sertifikatet". Jonas ba om at de ikke skulle ta fra henne sertifikatet, og moren fikk beholde det for to nye år, og dermed kan hun igjen "fungere sosialt". Jonas er imidlertid skeptisk til at både overlegen og de ansatte på aldershjemmet støttet forslaget om at moren ikke skulle få beholde sertifikatet sitt, at de ikke så at "har du en gulrot så skjerper du deg".

### **Om å komme tilbake og å engasjere den eldre selv**

Jonas sin mor illustrerer enda en ny side ved samhandling rundt eldre, der stikkordet kanskje kan være "å komme tilbake". I Jonas sin fortelling har samhandling innad i kommunen og mellom pleie- og omsorgstjenestene, moren og ham selv som pårørende fungert veldig godt. Han viser til en fin balansegang der han selv har vært involvert og tilstede i dialog når moren ikke selv har klart å være en dialogpartner, mens han har trukket seg tilbake og viser respekt for morens privatliv når hun er i form til å klare seg selv. Jonas mener han yter lite hjelp overfor moren fordi pleie- og omsorgstjenestene har fungert tilfredsstillende. Men i motsetning til noen av de andre pårørende som mener deres eldre har blitt skrevet ut av sykehus eller sykehjem for tidlig, er det nettopp det å "komme tilbake", både fysisk og praktisk, som opptar Jonas. Det at moren ble sendt hjem før hun følte seg klar til det gjorde at hun måtte skjerpe seg. Ønsket om å få beholde sertifikatet var en gulrot som også bidro til at moren selv måtte engasjere seg for sin velferd, mener Jonas. På dette viset skiller Jonas sin historie seg fra de andre syv, ved at det er først og fremst i hans historie vi kan se hvordan den pleietrengende eldre selv blir direkte utfordret og engasjert for selv å bidra til å forbedre situasjonen sin.

For Jonas sin mor kan vi dermed introdusere en ny faktor i forhold til den totale innsatsen som de pårørende mener at deres eldre har behov for i forhold til egen helsetilstand, nemlig moren sin egeninnsats for å kunne klare å bo hjemme, der gulroten – sertifikatet – var en sentral drivkraft og en forutsetning for at hun skulle kunne leve et godt liv i eget hjem.

## **"Besøksrollen"**

### **Olav i midten av 70-årene, pårørende til sin mor i midten av 90-årene**

Olav er i midten av 70-årene og pårørende til sin mor. Olav sin kone deltok på intervjuet, og de to var sammen om omsorgen for moren. Moren, som er i midten av 90-årene, bodde i eget hus inntil for noen få år siden da hun flyttet til en omsorgsleilighet. Der hadde moren "likt seg godt", særlig i starten da de var "seks-syv eldre damer som satt og drakk kaffe og koste seg omtrent daglig", men etter hvert falt flere bort, matlysten ble dårlig og moren har derfor vært på sykehus i flere omganger. Nå har hun "permisjon fra leiligheten og er borte på aldershjemmet". Olav tror at "tiden er moden til at hun får litt mer hjelp", og at "hun er moden for å flyttes et hakk videre i systemet". Kommunen er klar over dette og "har henne i mente", men har ikke funnet plass til henne ennå.

I omsorgsboligen har moren stelt seg selv, men har fått mat, og har hatt tilsyn 2-3 ganger om dagen og om natten. Olav understreker at moren er helt klar og skarp, og liker godt å prate med folk. De ansatte "setter seg ned og tar tid med henne. Og hun er jo en våken dame og en skarp dame, så de liker å snakke litt med henne". Nettopp det at de ansatte samtaler mye med moren gjør at de "oppdager jo egentlig forholdsvis fort når hun blir dårlig ... fordi de kjenner henne".

Olav og konen er entydig tilfreds med de pleie- og omsorgstjenestene moren mottar. Olav mener det har "fungert aldeles perfekt. Jeg kan bruke et så sterkt ord. Det er ikke råd å få det bedre." Konen er helt enig: "Eldreomsorgen og samarbeidet her synes jeg er usedvanlig bra". Selv har de vært lite involvert i diskusjoner om den hjelpen moren får, og konen supplerer: "Egentlig er bestemor så oppegående at hun klarer selv å si og bestemme." Deres egen rolle beskriver de som "besøksrollen" – de "besøker og går innom". Utover den omsorgen moren allerede mottar mener Olav at "det er ikke mer ansvar å ta, egentlig". Moren er tilfredsstillende ivaretatt av kommunen i alt helsemessig og praktisk og av familiens besøksrolle. I likhet med Jonas peker også Olav på at egeninnsats er viktig, og mener at "for mye" hjelp heller ikke er positivt: "skulle hun fått mer [hjelp] så hadde hun blitt enda mer doven, for hun har en liten tendens til å bli litt sånn 'ja, men de kan jo hjelpe meg', vet du".

Den eneste usikkerheten som kommer frem i intervjuet med Olav og konen dreier seg om den medisinske behandlingen moren får, idet de har opplevd at hun får ulik medisinsk behandling



ved ulike enheter, og der endringer i medisin som gjøres ved en enhet opphever endringer som nylig var gjort ved en annen enhet. "Såne ting, det liker jeg dårlig. Det har de ikke informert om" sier konen, men Olav er ikke like opprørt, og mener i stedet at "det er ren idioti å blande seg opp i det ... Du kan lure på hvorfor de gjør det, men det er kort og greit fordi det er vanskelig."

### **Kommunens tilbud gir tilstrekkelig pleie- og omsorg**

Felles for Torstein, Jonas og Olav er at de yter lite omsorg utover praktisk hjelp, og de har primært "besøksrollen" overfor sine respektive eldre. Kommunens pleie- og omsorgstjeneste gir all nødvendig praktisk og helsemessig omsorg, og alle tre uttrykker svært stor grad av fornøydhet med kommunens tilbud, som har "fungert aldeles perfekt", og en "kan ikke under noen omstendigheter forlange at noe skal være bedre". Hvis vi holder det sosiale behovet som støttes gjennom "besøksrollen" og praktisk hjelp i hjem og hage utenfor, illustrerer Torstein, Jonas og Olav sine historier eksempler der pleie og omsorgsbehovet blir dekket av kommunens tjenester, uten særlig medvirkning fra pårørende.

## **9.7 Omsorgsansvar flytter med brukeren**

### **"Å reise på besøk til ham og så kjører vi ham på tur og sånt"**

#### **Nina, slutten av 20-årene, pårørende til samboeren sin onkel i slutten av 70-årene**

Den siste av informantene har en litt mer variert erfaring som pårørende og kunne vært plassert både i den første gruppen (pårørende som yter mye omsorg) og i siste gruppen (pårørende som yter lite) som er presentert over, og minner om at eldre sitt behov for pleie og omsorg ikke er en statisk tilstand.

Nina skiller seg imidlertid ut fra de andre også på flere måter. Hun skiller seg ut ved å være yngre enn de øvrige pårørende vi har intervjuet, men også fordi hun ikke er barn av eller direkte i slekt med den eldre hun er pårørende til, som er samboeren sin onkel. Likevel har Nina i perioder hatt mye ansvar for onkelen, som bodde i egen bolig like ved. Hun og samboeren har hjulpet ham daglig med å handle, men så kom onkelen på sykehus og ble mye dårligere. Da han kom hjem igjen falt mye arbeid på henne og samboeren: "Det var et ganske stort ansvar å passe på ham hele tiden og se at alt var bra. Han måtte ha hjelp til alt.

Å komme seg opp i senga, komme seg opp av senga. Det var et stort ansvar for oss", sier Nina. Hun forklarer at de påtok seg ansvaret på vegne av familien fordi onkelen "ikke ville ha mer hjemmesykepleie hjemme ... fordi han følte at han var for ung til å få hjemmesykepleie."

Nina og onkelen sin fortelling viser en ny side ved hvordan pårørende veves inn i omsorgsansvar for eldre. Onkelen sin uvilje mot å ta imot hjelp er ikke unik, og vi finner spor av tilsvarende uvilje i nesten alle historiene: både Randi sin ektemann og Marianne sin far ville helst slippe å delta på avlastning i form av dagtilbud; Jenny sin far ble stresset av å reise til fysioterapeut og sluttet med det; og Olav sin mor trivdes ikke med bofellene på aldershjemmet. I flere av disse tilfellene økte dette byrden på de pårørende, men aller mest på Nina og samboeren, som måtte ta hele ansvaret for pleie og omsorg, og hun opplevde det også som "et stort ansvar for oss".

Den største bekymringen for Nina var imidlertid ikke det tunge ansvaret med å se etter onkelen hjemme, men med å følge med ham når han var på sykehuset. Nina var ganske godt kjent med onkelens helsetilstand etter å ha passet og stelt ham, og fulgte med ham til sykehus da han ble syk: "For ham hadde det stort betydning, for han var så dårlig at han ikke fikk med seg hva legene sa". Dialogen med sykehuset var imidlertid vanskelig: når Nina forsøkte å dele sin kunnskap om onkelens helse ble hun ikke hørt, de ansatte på sykehuset kom ikke frivillig og snakket med dem, og det "var ikke alltid de ville si det til oss". Heller ikke hjemmesykepleien ble hørt av sykehuset, som på et vis synes å ha monopolisert kunnskap om onkelens helse. For Nina fremsto hendelsen som både nedverdiggende og fysisk vondt for onkelen: "De var veldig, veldig hardhendte med ham". Og hendelsen fremstår som undertrykkende for de pårørende: "Når vi spurte om ting så følte vi vel at vi... vi fikk svar, men at de ikke brydde seg. ... Det var heller ... det var ikke alltid de ville si det til oss." I motsetning til forholdet til sykehuset er Nina sitt forhold til pleie- og omsorgstjenestene mye bedre. Fra hjemmesykepleien får de både god og tilstrekkelig informasjon, og de ansatte er godt kjent med onkelen og hans behov. Hvis det er noe onkelen ønsker hjelp til, ringer de til hjemmesykepleien: "De er veldig hyggelige og gode til å hjelpe når du spør."

Ut fra fortellingen så langt kunne Nina vært plassert i den første kategorien: pårørende som yter mye hjelp, der hun har likhetstrekk med Kari og Randi, særlig i forhold til at fysisk nærhet i perioder har gitt henne et stort omsorgsansvar. I løpet av den siste tiden har imidlertid onkelen fått fast plass i et bokollektiv der det er kontinuerlig tilsyn. Etter at onkelen flyttet har

ikke lenger Nina og samboeren hovedansvar for pleie og omsorg for ham. Nå er deres rolle snarere "å reise på besøk til ham og så kjører vi ham på tur og sånt." Det er ingenting hun gjør nå som hun *må* gjøre eller ikke ønsker å gjøre: "det er sånn som jeg ønsker selv å hjelpe".

Nina sin historie illustrerer et poeng som også Jenny pekte på, nemlig at eldre sine behov for hjelp fra pårørende gjelder en tidsavgrenset periode. Nina illustrerer også hvordan pårørende strekker seg for å bidra til å hjelpe sine nære. I likhet med Marianne, selv når onkelen åpenbart kunne fått hjelp fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene tar Nina og samboeren selv ansvaret og må "trå til for resten av familien" som det "ikke var noe hjelp i." Selv om overgangen fra å motta hjelp fra Nina til å motta hjelp fra kommunen har vært tung for onkelen, har det betydd at Nina og samboeren slipper å sitte med hovedansvaret for onkelens pleie og omsorg.

Ser vi dette i forhold til samhandlingsreformens mål om at den enkelte skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig ser vi også tydelig hvordan dette målet er avhengig av pårørende. Nina som pårørende, selv med den relative familiemessige avstanden hun har til samboeren sin onkelen, har vært en forutsetning for at onkelen kunne bli i eget hjem så lenge som han var. Sett fra kommunens perspektiv har det åpenbart vært betydelige besparelser å hente på at onkelen har blitt tatt hånd om av Nina og samboeren. Og omvendt: etter at onkelen fikk plass i bokollektivet er det kommunen som tar regningen, mens Nina og samboeren kan innta den langt mindre ressurskrevende besøksrollen.

## 9.8 Tema på tvers

Det er flere tema, erfaringer og spørsmål som går på tvers av informantene. Noen gjør det selvsagt fordi vi stilte de samme spørsmålene til alle informantene, mens andre tema dukket opp av seg selv, som for eksempel "for tidlig" utskriving. Nedenfor skal vi kort oppsummere noen slike tverrgående problemstillinger.

### **Dialog med pårørende**

Et av spørsmålene vi stilte handlet om hvordan de pårørende opplevde dialog med og informasjon fra pleie- og omsorgstjenestene. Svarene harmonerer ikke med grupperingen vi har brukt ovenfor, men spriker innad i alle tre gruppene:

- Blant de pårørende som yter mye hjelp, svarer Kari at dialog og informasjon har vært dårlig, mens Randi er fornøyd.
- Blant pårørende som yter kontinuerlig hjelp, svarer Jenny at informasjonsflyten har vært dårlig, mens dialogen mellom henne og kommunen delvis har fungert. For Marianne i samme gruppen har dialogen vært god, og hun har fått nødvendig informasjon.
- For alle tre i gruppen som yter lite hjelp pluss Nina, har dialog med og informasjon fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten vært tilfredsstillende, men det omfatter også situasjoner med lite eller ingen dialog og informasjon når den eldre selv er i stand til å holde rede på informasjon.

De pårørende vi har intervjuet opplever altså store forskjeller i dialog med de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, men også ulik grad av behov for å ha en slik dialog. For Kari, som opplever stor omsorgsbelastning med sin mor er dialog med pleie- og omsorgstjenestene viktig, men hun opplever den som mangelfull, både i forhold til informasjon om morens tilstand og sitt eget behov for avlastning.

Randi, som også har en omfattende omsorgsbyrde for sin ektemann, mener informasjon og dialog har vært god, men som vi så, har hun også et udekket behov for avlastning som ikke har blitt fanget opp av pleie- og omsorgstjenesten. I den andre enden av skalaen – eldre som er "oppegående", som Olav uttrykker det, eller "sin egen herre", som Jonas sier om sin mor – kan dialog med pårørende virke invaderende på privatlivet. Samtidig har både Olav og Jonas opplevd at de blir informert når det er nødvendig, når noe spesielt oppstår eller når det planlegges endringer i pleie- og omsorgstilbudet.

Ulike praksiser, ulike behov og ulik grad av involvering av de pårørende gjør spørsmål om dialog og informasjon mellom pårørende og pleie- og omsorgstjenestene til en kompleks problemstilling. Kanskje kunne en større grad av rutinemessig behandling av dialog og informasjon sikret at flere av de nære pårørende ville oppleve dialog og informasjon som tilstrekkelig. Manglende invitasjon til dialog eller informasjon for flere av de pårørende vi har intervjuet antyder at ikke alle kommuner har en systematisk kontakt med pårørende til pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester. I tillegg har den dialogen som har vært i liten grad behandlet den pårørende sine eventuelle behov som skapes av omsorgssituasjonen. Kanskje kunne for eksempel Randi sitt behov for avlastning fra sin ektemann blitt avdekket

dersom dialogen med kommunen hadde vært tettere og også fokusert på pårørende som en omsorgsaktør.

### **Sendt hjem for tidlig**

Med samhandlingsreformen ble hovedansvaret for å følge opp pasienter etter at spesialisthelsetjenesten hadde gjort sin "spesialistjobb" ferdig overført til kommunene. Pasienter skal raskere ut av sykehusene, og kommunene har dermed fått ansvar for, relativt sett, sykere pasienter enn tidligere. Selv om det ikke var et spørsmål vi stilte, fortalte hele fem av åtte at deres eldre ble sendt hjem for tidlig i forhold til helsesituasjonen, mens en fortalte at moren ble sendt hjem tidligere enn hun selv var klar for. Også denne erfaringen går på tvers av grupperingen i forhold til hvor mye omsorg den pårørende selv har stått for:

- Kari sin mor ble sendt hjem fra sykehjemmet mens hun fortsatt var omtåket, samtidig som Kari var syk og ute av stand til å yte den omsorgen som moren hadde behov for.
- Randi sin ektemann ble sendt hjem fra sykehuset, men ble sendt tilbake innen et døgn på grunn av fortsatt behov for medisinsk oppfølging.
- Jenny sin far var fortsatt i narkose da han ble sendt fra sykehus til sykehjem, og opplevde feil medisinsk behandling ved sykehjemmet som forverret situasjonen.
- Nina og samboerens onkel ble sendt hjem fra sykehuset for tidlig. Nina sin kunnskap om onkelen gjorde at hun sa fra til sykehuset, men også her uten å nå frem med beskjeden: "'ja, det er greit og dere kan sende han hjem, men dere har han igjen om noen dager.' Og vi fikk riktig, men de ville ikke ta imot den informasjonen."
- Torstein mener at også hans mor ble skrevet ut for tidlig: "det var det jo selvsagt en vurdering av de som står for dette på sykehjemmet. Av legene. Men vi syntes vel selv at hun måtte hjem litt for tidlig første gangen. ... Og det viste seg at det... Hun datt jo også da. Det var noen få dager etter hun kom hjem. Da var det retur til sykehjemmet. Så den hjemsendingen, den var litt i tidligste laget."
- Jonas sin mor ble sendt hjem fra rehabiliteringen på sykehjemmet før hun selv følte seg klar. Jonas selv mener imidlertid ikke at moren ble sendt ut for tidlig, som vi har sett, men snarere at det bidro til at hun "måtte ta seg sammen" for å oppnå selvstendighet igjen.

"For tidlig" er i disse tilfellene basert på at den eldre enten måtte sendes tilbake eller opplevede konkrete helsemessige problemer like i etterkant av utskrivningen. Blant informantene er det bare Olav og Marianne som ikke har opplevd at foreldrene har blitt sendt hjem fra sykehus eller sykehjem "for tidlig", mens seks av informantutvalget på åtte har opplevd en situasjon som de selv eller deres eldre har oppfattet som "for tidlig" utskrivning.

### **Tilrettelegging, teknologi og framtid**

Den økende gruppen eldre vil kreve at flere eldre får hjelp til å bo i eget hjem lenger. Det er sterk forhåpning knyttet til at noe av den hjelpen som eldre mottar for å kunne bo lenger i eget hjem skal kunne erstattes med tilrettelegging av omgivelsene. Teknologi, eller det nye begrepet "velferdsteknologi", er ett av tiltakene som er foreslått for å nå samhandlingsreformens målsettinger (Helse- og omsorgsdepartementet Meld. St. 29 (2012–2013) s. 109). Med unntak av trygghetsalarm, som alle bortsett fra Randi sin ektemann har, var det imidlertid lite teknologiske hjelpemidler involvert i de åtte historiene vi har presentert. Flere hadde på eget initiativ og på egenhånd fått tilpasset boligen sin, mens Jonas sin mor fikk hjelp fra kommunen til å sette inn blant annet håndtak. Jenny sine foreldre skulle også få installert komfyrvakt etter farens sykehusopphold. Det tok imidlertid nesten et helt år før den ble installert, og da var moren sin demens kommet så langt at "da var det for seint. Moren min klarte ikke å takle den", og den måtte tas bort igjen.

Gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram er det Helsedirektoratets mål at velferdsteknologi skal bli en integrert del av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene innen 2020. Utprøving og pilotprosjekt innen velferdsteknologi er i stor grad rettet mot eldre med nedsatt funksjonsevne eller kognitivt svikt, med mål at de skal kunne bo trygt i eget hjem lenger (Helsedirektoratet 2012). Studier av velferdsteknologi i bruk har vist at når teknologi innføres vil nye roller måtte utformes for både bruker, ansatt og pårørende (Moser and Thygesen 2013). Et spørsmål som går igjen hos flere av de pårørende vi har intervjuet er dette "hva med de andre?" – hva med dem som ikke har familie som utfyller tjenestene fra helsevesenet? Når vi ser på de uuttalte og "nesten usynlige" forutsetningene for at de eldre skal klare seg, er det klart at utfordringen med innføring av velferdsteknologi ikke bare handler om å redefinere de rollene vi allerede ser tydelig, men like mye om å avdekke de usynlige hjelperne i nettverket rundt de eldre, der pårørende er en viktig aktør. En annen utfordring Jenny peker på er manglende diskusjoner om fremtiden, og manglende fokus på helheten: "de hadde liksom stort fokus på min far, men han fungerer jo bare hvis min

mor fungerer", og hun savner at kommunen vil "se hele bildet". Kanskje henger dette også sammen med spørsmålet om veien går "tilbake" (til tidligere form og fortsatt sertifikat) eller "fremover" (til "neste hakk i systemet") når eldre får behov for pleie og omsorg. Jonas sin mor er et godt eksempel på hvordan disse to alternativene eksiterer side om side, ettersom hun tilsynelatende møtte en oppfatning som betvilte at hun ville komme "helt tilbake", noe hun likevel klarte (kanskje mer til tross for, enn med motivasjon fra helsevesenet). For andre, kanskje særlig Randi og Olav sine respektive eldre, synes det imidlertid å være viktigere å ha en dialog om veien fremover, eller "neste hakk i systemet".

### **Kvinner som omsorgspersoner**

Blant de åtte informantene vi har intervjuet er det kun kvinner blant dem som har tunge omsorgsoppgaver. Hvorfor det er slik, og om det er fordi menn påtar seg mindre omsorgsansvar, om kommunene yter mer der det er menn som står som nærmeste pårørende, eller om det er rene tilfeldigheter, kan vi ikke vite. Det vi ser er imidlertid at omsorgen som ytes har konkrete og omfattende konsekvenser for noen av de kvinnelige pårørende vi har intervjuet: for Kari og Randi påvirkes hele og alt ved hverdagen idet de i stor grad er bundet til hjemmet på grunn av omsorgsansvaret. For Jenny og Marianne er det like ens betydelig inngripen i deres hverdag i perioder, og de har begge måtte være borte fra jobb, for Marianne relativt mye, for å bistå foreldrene. Like ens forteller Nina at hun har brukt mye tid i hverdagen mens samboerens onkel bodde hjemme på gården. Bare Torstein blant de mannlige informantene gir uttrykk for at han av og til har brukt arbeidstid på å følge moren til lege eller sykehus, mens både Jonas og Olav gir uttrykk for at mødrenes sykdom ikke har representert noen spesiell belastning på dem. Mens vi i Norge scorer høyt på internasjonale mål på likestilling har vi samtidig "et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkeder i den industrialiserte verden" (NOU 2008:6, s.40). Pleie- og omsorgssektoren er den yrkessektoren som er sterkest kvinnedominert, med mer enn tre fjerdedeler kvinner blant de ansatte (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet Meld. St. nr. 6 (2010-2011)). Således er vi mer vant til å møte kvinner som yter omsorg enn menn som yter omsorg. Selv om det empiriske materialet her er for lite til å trekke konklusjoner ser vi at tendensen støttes av andre studier. Breimo har observert at pleie- og omsorgstjenestene omtaler bidrag fra pårørende kvinner og menn forskjellig, med større forventninger til at kvinner som pårørende bidrar med hjelp, mens menn i større grad ble omtalt med skryt og dels overraskelse for sitt bidrag (Breimo 2014). En studie gjennomført av NOVA viser en tendens til kjønnsforskjeller i tildeling av offentlige pleie- og omsorgstjenester, både ved at hjelpetrengende eldre som har døtre som pårørende

mottar mindre hjelp fra det offentlige, og ved at hjelpetrengende eldre menn får mer hjelp enn kvinner (Berge, Øien, and Jakobsson 2014).

### **Hva mener pårørende utgjør et godt pasientforløp?**

Det siste gjennomgående spørsmålet vi skal trekke frem var også stilt som et spørsmål til alle informantene: "Hva utgjør et godt pasientforløp?"

Svarene går langs to akser; en handler om organisering av pleie- og omsorgstjenester, mens den andre handler om hvordan de eldre opplever de ansatte som kommer inn i hjemmene deres.

- For Kari handler et godt pasientforløp om "slike overskuddspersoner som kommer inn og sier 'hallo'" med glad og lys stemme, som får "godt humør i henne. .. Å ha respekt for henne. Å behandle henne likeverdig."
- Randi svarer ikke direkte på spørsmålet, men sier i stedet "De skriver alt for tidlig ut fra sykehuset i alle fall". Videre forteller hun om en gang ektemannen ble sendt for tidlig hjem ut fra medisinsk tilstand, og en gang han ble værende på sykehjemmet slik at hun selv og barna kunne reise i barnedåp. Således kan det virke som om hun svarer like mye på hva som gjør ektemannens pasientforløp godt for henne selv. Og kanskje peker hun på en viktig distinksjon, nemlig at pasientforløp også må ta pårørende med i regnestykket i den grad pårørende er involvert i pleie- og omsorgssituasjonen, slik Randi i høy grad er.
- Jenny er opptatt av at kommunene må vurdere helheten i situasjonen, og kanskje også å tenke mer på fremtid og forebygging, noe hun ikke opplever i forhold til sine foreldre.
- Marianne mener at det som gjør et pasientforløp godt er å ha "noen som bryr seg" og "står på for å hjelpe deg", og "det å ha pårørende som er veldig glad i en og kjenner en god, og er tett på" og som ser når det er noe som ikke stemmer.
- Nina peker på det samme: det at noen bryr seg om dem er det viktigste.

Blant kvinnene er det altså i hovedsak det menneskelige og medmenneskelige aspektene som understrekes. Torstein, Jonas og Olav er mer praktisk i sin beskrivelse av et godt pasientforløp:



- For Torstein er det å ikke bli sendt hjem for tidlig og kanskje å få samordnet undersøkelser når en først er sendt til sykehus.
- For Jonas handler det om at kommunene har tilstrekkelig økonomi til å yte den nødvendige hjelpen.

Også Olav viser til at kommunene bør kunne tilby rett plass til rett tid, men han understreker også at tid og nærhet og noen som bryr seg er viktig. Samtidig nøler han altså ikke med å vise til det pasientforløpet moren har hatt som eksempel på et pasientforløp som har "fungert aldeles perfekt".

### 9.9 Samhandling – sømløs integrasjon?

Vi startet denne tredje delundersøkelsen med et ønske om å få mer kunnskap om *brukernes vurderinger av pleie- og omsorgstjenestene*, og vi valgte å gjennomføre studien med et *pårørendeperspektiv* og med fokus på pårørende som aktør. Vi har fått et bilde både av hvordan de pårørende opplever de tjenestene som de eldre mottar, og av hvordan de pårørende opplever det å være pårørende. Noen av forholdene rundt det å være pårørende til brukere av pleie- og omsorgstjenester ville kanskje ikke vært synlig dersom studien hadde blitt gjennomført med intervjuer med brukerne selv – og kanskje er det forhold rundt det å være eldre bruker av pleie- og omsorgstjenestene som ikke har vært mulig å avdekke gjennom pårørendeperspektivet. I tillegg har metoden for å velge ut informanter gått gjennom pleie- og omsorgstjenesten, og kanskje har dette også påvirket hvilke informanter vi har fått tilgang til. Dybdeintervjuene gir likevel viktig informasjon om situasjoner og problemstillinger i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene etter samhandlingsreformen. For det første har vi sett at alle de pårørende vi har intervjuet gir uttrykk for at de er fornøyde med de pleie- og omsorgstjenestene de mottar, som de mener er fra "aldeles perfekt" til 90 % bra. Alle de positive uttalelsene og vurderingene gir åpenbart et positivt vitnesbyrd om pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Men hvordan henger det sammen med samhandlingsreformens mål om helhetlig pasientforløp, med målet om å flytte pasienter raskere til hjemkommune, og ikke minst, med pårørende som aktør?

#### **Samhandlingsreformens mål om helhetlig tjeneste**

Helhetlig pasientforløp, samhandling mellom enhetene og sømløst pasientforløp er uttrykk som brukes for å beskrive målene med samhandlingsreformen. Dette gjelder samarbeid mellom enhetene i helsevesenet; mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste,

ergoterapeuter og fysioterapeuter og andre yrkesgrupper i helsevesenet. Som de åtte historiene fra pårørende viser, er samhandlingen mellom disse enhetene varierende. I noen av historiene synes samhandlingen mellom enhetene å fungere godt, som i Jonas sin fortelling, der de "forskjellige deler av kommunen ... satt seg ned og samrådet om hva de skulle gjøre". I motsatt ende av samhandlingsskalaen finner vi Jenny, som har stilt spørsmålet "Kan ikke dere snakke sammen?" til kommunen, og som bruker mye tid for å samkjøre informasjon rundt foreldrene fordi de ulike enhetene i kommunen tilsynelatende ikke gjør det. Noen av brukerne vi har blitt kjent med gjennom pårørendeperspektivet synes altså å være omfavnet av relativt "sømløse" og samhandlende pleie- og omsorgstjenester, mens andre brukere og deres pårørende erfarer at de må forholde seg til pleie- og omsorgstjenestene som en serie separate enheter.

### **Samhandlingsreformens mål om å yte helsetjenester nær hjemmet**

En av de vesentlige endringene med samhandlingsreformen var målet om å yte helsetjenester nær hjemmet, altså tidlig overflytting fra spesialisthelsetjenesten til egen kommune. I de åtte historiene vi har delt her ser det ut til at kommunen i all hovedsak klarer å gi den pleie og omsorg som er nødvendig, når eldre flyttes fra spesialisthelsetjenesten og hjem i egen kommune. Felles er et relativt unisont uttrykk for at pleie- og omsorgstjenestene som de eldre mottar er gode, og at de ansatte i hovedsak er både flinke og hyggelige med de eldre.

### **Pårørende som ytende aktør**

Den største forskjellen når vi ser situasjonen gjennom et pårørendeperspektiv, er knyttet til pårørende som ytende aktør og graden av hjelp som ytes til de eldre, slik vi har illustrert i de tre gruppene; pårørende som yter mye hjelp, pårørende som yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp, og til sist, pårørende som yter lite hjelp. Ser vi de tre gruppene sammen, ser vi at fysisk nærhet synes å utgjøre en vesentlig faktor i forhold til graden av hjelp som ytes fra de pårørende vi har intervjuet: fysisk nærhet, i samme eller tilstøtende bolig, gir stort ansvar for Kari, Randi og delvis for Nina. Deretter synes kjønn å ha betydning i vår studie, der kvinner i vårt informantutvalg beskriver at de har større omsorgsbyrder enn det menn i utvalget gjør. Dette gjelder igjen Kari, Randi og Nina, og i perioder også Jenny og Marianne – altså alle de fem kvinnene vi har intervjuet.

Det er også når vi ser på pårørende som en ytende aktør vi nærmer oss de kanskje mest problematiske områdene, som er informasjon, kommunikasjon og avlastning. De pårørende er

som nevnt i all hovedsak positive til de pleie- og omsorgstjenestene som mottas fra kommunen, mens de negative historiene handler delvis om informasjon og kommunikasjon innad i kommunen og delvis om manglende dialog mellom kommunen og pårørende. I tillegg handler det også om manglende oppfølging av pårørende sine behov for avlastning fra omsorgssituasjonen, noe som er særlig belastende for Kari og Randi – de to pårørende i vårt utvalg som yter mest pleie og omsorg for hhv. mor og ektemann.

Blant informantene i denne studien kan det dermed se ut som om noen kommuner har engasjert seg mer enn andre for å skape et helhetlig og sømløst pasientforløp, mens alle de åtte pårørendefortellingene viser til kommunale pleie- og omsorgstjenester som klarer å møte pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn det som var normen før samhandlingsreformen. De eldre og deres pårørende er, som vi har sett, jevnt over svært fornøyd med hjelpen de får fra pleie- og omsorgstjenestene. Med hensyn til pårørende som aktør, særlig de av de pårørende som i høy grad er *ytende* aktører, ser det derimot ikke like lyst ut. Selv om pårørende i disse tilfellene utgjør vesentlige forutsetninger for at deres eldre kan fortsette å bo hjemme, kan vi ikke gjennom disse historiene se at det finnes et fungerende apparat som anerkjenner pårørende som en ytende aktør innen pleie- og omsorgstjenester eller som håndterer behov som oppstår hos pårørende når de inntar rollen som ytende aktør.

### **9.10 Sammendrag.**

Målet med den tredje delundersøkelsen var å få kunnskap om brukernes vurderinger av pleie- og omsorgstjenestene og deres opplevelse av kvalitet, helhet og samhandling i tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. For å få fram brukeres perspektiv har vi gjennomført dybdeintervju med åtte pårørende til eldre som har vært på sykehus og deretter har blitt utskrevet til hjem eller omsorgsbolig der de mottar pleie- og omsorgstjenester. Fem kvinner og tre menn ble intervjuet, og de representerte pårørende til mødre, par med mor og far, ektemann og onkel.

Fellestrekk blant informantene var at alle uttalte seg positivt om den hjelpen deres eldre mottok fra kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Forskjeller handlet primært om i hvor stor grad den pårørende selv bidro med pleie og omsorg til den eldre. Tre grupper pekte seg ut, kjennetegnet av at:

- 1) pårørende yter mye hjelp ut fra konkrete behov hos den eldre
- 2) pårørende yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp
- 3) pårørende yter lite eller ingen hjelp

Blant pårørende som yter mye hjelp ut fra konkrete behov hos den eldre finner vi Kari, pårørende til sin mor som bor i samme gårdstun, og Randi, som er pårørende til sin hjemmeboende ektemann som har demens i tillegg til annen sykdom. Begge yter mye daglig pleie og omsorg og utgjør en forutsetning for at henholdsvis mor og ektemann skal kunne bo i eget hjem. Begge er bundet til hjemmet på grunn av omsorgssituasjonen, og begge savner avlastning.

Blant pårørende som yter avgrenset, men kontinuerlig hjelp finner vi Jenny og Marianne, som begge er i 50-årene og pårørende til både mor og far. Begge foreldrepårene får oppfølging fra kommunens pleie- og omsorg, men likevel har begge kvinnene måtte trå til ekstra i perioder. Begge to gir uttrykk for at de bevisst har valgt å hjelpe foreldrene så mye som de gjør, selv om de vet at kommunen kunne eller burde gitt mer hjelp i enkelte situasjoner. Således fungerer begge som en avlastning for kommunen.

Blant pårørende som yter lite eller ingen hjelp, finner vi tre menn, som alle er pårørende til sine mødre. Mødrene har behov for varierende grad av hjelp, men i alle tilfeller yter kommunens pleie- og omsorgstjeneste det som er nødvendig. Et fellestrekk er at de pleie- og omsorgsbehov som deres eldre har, i liten grad har vært ekstra belastning i deres egen hverdag, slik særlig Kari og Randi erfarer, men som også Jenny og Marianne har opplevd. Disse tre mennene inntar i hovedsak «besøksrollen» overfor sine mødre, i tillegg til noe praktisk hjelp i hus og hage.

Den siste informanten er en ung kvinne som er pårørende til samboerens onkel. Hun og samboeren opplever en markant endring, fra å ha hovedansvar for å pleie onkelen da han bodde hjemme og nektet å ta imot kommunens pleie- og omsorgstjeneste, til å innta «besøksrollen» etter at onkelen har blitt flyttet til et bokollektiv.

Spørsmål om et helhetlig pasientforløp med dialog innad i kommunen og mellom pleie- og omsorgstjenestene, bruker og pårørende viser resultat på tvers av inndelingen over. Vi finner ulike praksiser og ulik grad av involvering av de pårørende fra pleie- og omsorgstjenesten. I noen tilfeller er dialogen god, noen savner dialog, mens andre påpeker at mor «klarer jo det meste selv. Hun fungerer helt greit sånn tankemessig», slik at pårørende ikke opplever et behov for dialog med kommunen omkring den eldre.

Andre tema som går på tvers av inndelingen over, er erfaring med at den eldre skrives ut for tidlig fra sykehus eller sykehjem, i betydningen at han eller hun må sendes tilbake eller få spesiell medisinsk oppfølging. Vi ser også at det i denne informantgruppen er kvinner som har de tyngre omsorgsoppgavene, mens alle de mannlige informantene tilhører gruppen som yter lite eller ingen hjelp til den eldre. På spørsmål om hva de pårørende mener utgjør et godt pasientforløp, går svarene langs to akser: én handler om organisering av pleie- og omsorgstjenester, mens den andre handler om hvordan de eldre opplever de ansatte som kommer inn i hjemmene deres, og betydningen av «noen som bryr seg».

Helhetlig pasientforløp, samhandling mellom enhetene og «sømløst» pasientforløp er viktige stikkord for samhandlingsreformen. Blant informantene varierer det hvor helhetlig og sømløst de har opplevd at pleie- og omsorgstjenesten fungerer, og vi ser noen brukere som synes å være omfavnet av relativt sømløse og samhandlende pleie- og omsorgstjenester, mens andre brukere og deres pårørende erfarer at de må forholde seg til pleie- og omsorgstjenestene som en serie separate enheter. Et annet viktig mål med samhandlingsreformen er å yte helsetjenester nær hjemmet, og i de åtte tilfellene vi har møtt her, ser det ut til at kommunen i all hovedsak klarer å gi den pleie og omsorg som er nødvendig når de eldre flyttes fra spesialisthelsetjenesten og hjem i egen kommune.

Med hensyn til pårørende som aktør, særlig de av de pårørende som i høy grad er ytende aktører, viser ikke fortellingene fra de åtte informantene at det finnes et fungerende apparat som anerkjenner pårørende som en ytende aktør innen pleie- og omsorgstjenester eller som håndterer behov som oppstår hos pårørende når de inntar rollen som ytende aktør.

## Veien videre – områder for forbedringer i hjemmetjenesten

Resultater fra våre studier gir grunn for å framheve følgende områder for forbedring:

- 1. Sørge for at medikament sendes med pasientene, eller at resept blir lagt inn i datasytemet «mine resepter» i god tid før utreise slik at medikamentene kan skaffes av hjemmetjenesten før pasienten kommer hjem.**

Det er igangsatt mange ulike prosjekter i Sogn og Fjordane i tilknytning til innføring av samhandlingsreformen (se appendiks K). Flere av prosjektene har som mål å forbedre den elektroniske kommunikasjonen mellom helseforetakene og kommunene, og vil kunne bidra til en positiv utvikling for å sikre at eldre får tilgang til riktige medisiner.

Dette er et område som også har fått stor oppmerksomhet fra sentrale myndigheter.

Kommunale enheter som håndterer resepter for brukerne sine, har tilpasset rutinene til e-resept. De aller fleste legekantor og legevakter benytter e-resept. De regionale helseforetakene har begynt arbeidet med å tilrettelegge for at også rekvirenter ved sykehus skal kunne sende resepter elektronisk. Når det gjelder kommuner som bruker multidosesystem, vil alle fastlegesystemer ha støtte for multidosefunksjonalitet i e-resept i løpet av 2015. Inntil da må forskrivningene for multidosepasienter fortsatt gjøres på ordinasjonskort (Helsedirektoratet, 2014b).

- 2. Sikre god informasjon ved utreise**

For de eldre skrøpelige pasientene kan hjemmetjenesten spille en helt sentral rolle i å sikre kontinuitet i tjenesten. Tjenesten kan påvirke behovet for øyeblikkelig hjelp, sykehusinnleggelse, unødvendige reinnleggelse og hindre at eldre må flytte mellom ulike kommunale tilbud (Wai Kan B. A. Chiu & Robert PhD Newcomer, 2007; Meret-Hanke, 2011; M.D. Naylor m.fl., 2011). En viktig faktor for hjemmetjenestene blir da tilgang til viktig informasjon. Manglende adekvat informasjon kan medføre vansker med å yte hensiktsmessig omsorg. Formaliserte rutiner for informasjonsutveksling må lages. Likeså må fagpersonene selv være klar over betydningen av at de har ansvar for å både å gi og skaffe seg rett informasjon. Dette gjelder både ansatte både i hjemmetjenesten og ansatte på sykehus. Vår studie viser på samme måte som andre studier at det kan være ulike barrierer for informasjonsutveksling fra sykehus. Oppmerksomhet rettet mot barrierene kan hjelpe ansatte

og deres ledere til å være mer oppmerksomme på de forutsetninger som trengs for å oppnå en tilfredsstillende informasjonsutveksling og dermed sikre kontinuiteten (Olsen, 2013).

### **3. Sikre trygge og gode pasientreiser**

Satsing på hjemmebaserte tjenester forutsetter ekstra oppmerksomhet på gode transportmuligheter for eldre, både transport for at eldre skal komme seg dit de selv ønsker og transport mellom ulike offentlige tilbud. I kommuner og fylker med lange avstander og spredt bosetting blir dette særdeles viktig å ta hensyn til.

Hvordan Eldres konsultasjoner og reiser koordineres og legges til rette, bør undersøkes nærmere. Samtidig bør det også bli mulig å melde inn avvik når det gjelder transportordninger knyttet til eldre og skrøpelige pasienter. I intervjuene la våre informanter vekt på at helseforetakene systematisk og rutinemessig bør gjøre vurdering av transportmåte med hensyn til avstand og tilstanden til eldre. Informantene la også vekt på at transporten hjem skulle være forutsigbar og ikke bli til unødig belastning og skape bekymring for pasienten. Alternative løsninger som oppretting av en egen Helseekspress bemannet med helsepersonell og bære ble nevnt som en mulighet.

### **4. Utvikle rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling mellom hjemmetjenesten og poliklinikker.**

Våre undersøkelser tyder på at samarbeidet med poliklinikker er så godt som fraværende.

Mye behandling skjer nå poliklinisk. Dette stiller store krav til god informasjon i de korte møtene som finner sted på en poliklinikk (Haugsett, 2002). Mangelfull kommunikasjon kan resultere i at klinisk nøkkelinformasjon ikke når helsepersonell i primærhelsetjenesten, og føre til uheldige konsekvenser for pasientene. God kommunikasjon med ulike deler av helsetjenesten er viktig for framtidens poliklinikker og bør vies videre oppmerksomhet (Shepperd m.fl., 2013). Utarbeiding av bedre rutiner for enklere informasjonsflyt mellom poliklinikkene og hjemmetjenesten bør dermed være et satsingsområde.

Dette er et område der det er behov for mer forskning og utprøving av metoder for samarbeid: Hvordan viktig informasjon bedre kan formidles mellom polikliniske tjenester og kommunehelsetjenestene. Prosjekter som er satt i gang med mål om å bidra til økt bruk av

IKT-løsninger i kommunikasjonen mellom de ulike instansene i helsetjenesten (vedlegg), bør se spesielt på kommunikasjon mellom poliklinikker og hjemmetjenesten.

**5. Ytterligere styre samarbeidet med fastleger med gode kommunikasjonssystem og særlig med hjemmebesøk og hyppig legetilsyn til svært syke eldre, noe som også er foreslått av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet., 2014a).**

Som ovenfor nevnt er flere ulike prosjekter satt i gang i Sogn og Fjordane for å forbedre den elektroniske kommunikasjonen mellom fastlegen og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (appendiks P). Vi har sett i våre undersøkelser at bruk av elektroniske meldinger er positivt evaluert av informantene.

Dersom legene som har ansvaret for legemiddelbehandlingen av de eldre pasientene sjelden ser pasientene, kan det få store negative konsekvenser for pasientene (Modin & Furhoff, 2002). At fastleger rykker ut og gjør hjemmebesøk er helt nødvendig ved alvorlige sykdommer. I slike situasjoner kan forflytning av pasienten ikke bare være en helt urimelig belastning for den eldre, men også innebære en risiko for pasienten (Legevakthåndboken, 2014).

**6. Forbedre samarbeidet mellom legevakt og hjemmetjeneste for å sikre kvaliteten på behandlingen og pasientomsorgen ved legevaktsbesøk.**

Oversikten over prosjekter i Sogn og Fjordane viser at flere prosjekter handler om interkommunalt samarbeid om utvikling av legevaktstjenester (appendiks K). Legevaktsbesøk kan være svært belastende for eldre dersom legevakten ikke er lagt til rette for mottak av eldre.

Våre undersøkelser tyder på at kommunikasjonen mellom hjemmesykepleie og legevakt er et punkt som må forbedres. Legevaksleger kjenner nødvendigvis ikke alle de eldre pasientene som kommer til legevakten fra før, og det er ikke felles datasystem med hjemmetjenesten. Ekstra vanskelig vil det være for de eldre dersom ingen følger den eldre når den eldre selv ikke kan gi aktuelle opplysninger. Våre funn på dette området er i samsvar med andre undersøkelser. Legene må ta imot eldre som kommer fra eget hjem eller fra sykehjem. De eldre kommer gjerne i ambulanse eller taxi, oftest alene uten pårørende eller pleiepersonell og



uten at legevakten har forhåndsopplysninger. Vi vet også at eldre langt oftere legges inn i sykehus fra legevakt enn fra fastlege (Storli, 2012).

Ansatte i hjemmetjenesten må sikres faglig støtte i helger og på ettermiddager for ulike pasientgrupper, også personer med psykiske lidelser og rusproblemer.

**7. Kommunen bør utvikle kompetanseplaner for alle ansatte i hjemmetjenesten og bygge systematisk opp kompetanse i hjemmetjenesten. Kompetanseplaner bør omfatte både høgskoleutdannede og helsefagarbeidere. Det bør være særlig oppmerksomhet på nyutdannedes behov for opplæring og støtte.**

Vår undersøkelse har på samme måte som andre undersøkelser, vist at hjemmetjenesten har fått mange nye oppgaver etter samhandlingsreformen, og da i tråd med intensjonen i reformen. Denne utvidelsen vil stille krav til kompetanse og bemanning. God kompetanse kan redusere unødvendige sykehusinnleggelse og gi mulighet til behandling der pasienten befinner seg. Behov for kompetanseutvikling innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester ble påpekt allerede før samhandlingsreformen ble iverksatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005–2006).

Mange har pekt på behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere. Dette er viktig. Sykepleierne må ha kompetanse til å følge med på og i bidra i behandling som før ble gjort på sykehus. Kompetanseplaner må imidlertid omfatte alle ansatte. Vi har sett at hjelpepleiere og helsefagarbeidere er involvert i mange oppgaver og har et stort ansvar, men samtidig er de ikke i samme grad omfattet av kompetanseoppbyggende tiltak.

Vi må anta at hvilken videreutdanning ansatte velger, vil påvirkes av hvilke utdanningstilbud som eksisterer nær bosted og av støtteordninger som arbeidsplassen velger å tilby. Et tiltak på dette området vil derfor være at Høgskolen i Sogn og Fjordane tilbyr utdanningstilbud som etterspørres i denne undersøkelsen, eventuelt i samarbeid med kommunene. På Høgskolen i Sogn og Fjordane er det flere videreutdanningstilbud som har eldre i fokus. En ny utdanning er akuttsykepleie i kommunehelsetjenesten. Dette tilbudet er etablert med tanke på behov for kompetanse i forbindelse med opprettelse av øyeblikkelig hjelp-tilbud. Noen kommuner har allerede etablert et slikt tilbud, andre er i ferd med å utvikle den kompetansen et slikt tilbud

vil kreve. Vi har også sett at det også er behov for kompetanseoppbygging innen mange andre områder som ikke direkte har med øyeblikkelig hjelp-tilbudet å gjøre.

Personlig motivasjon spiller en rolle når ansatte vurderer å ta videreutdanning. Det kreves flere ressurser og mer personlig innsats å ta en videreutdanning enn å delta på kurs og andre kortvarige opplæringstiltak. Hospitering vurderes som et svært nyttig virkemiddel for kompetanseutvikling. Både dette tiltaket og deltakelse på videreutdanning kan imidlertid være ressurskrevende kompetansetiltak. Kostbare kompetansetiltak kan allikevel lønne seg når man tar hensyn til det store faglige utbytte for deltakerne og den mer langsiktige læringseffekten. Andre opplæringstiltak som er mindre ressurskrevende kan gi mindre læring og kompetanseøkning og dermed være dyrere eller kanskje til og med ulønnsomme i det lange løp. Dette kan for eksempel gjelde for mange kortvarige kurs som kommunene kanskje i realiteten på lang sikt vil få lite igjen for. Et viktig prosjekt for utvikling og utprøving av modeller for hospitering kan i denne sammenhengen være «Felles hospiteringsordning», som er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Førde og kommunene i Sogn og Fjordane (appendiks P).

Det er behov for mer forskning på verdien av ulike kompetansehevende tiltak, gitt den store mengden kurs som i dag tilbys for ansatte i eldreomsorgen og hjemmetjenesten. Vi har lite kunnskap om verdien av denne typen opplæring.

Kompetansehevende tiltak må også sees i sammenheng med bruk av tverrfaglige og flerfaglige team.

## **8. Systematisk arbeid for å forbedre og sikre god informasjonsutveksling når den eldre flytter mellom ulike kommunale tilbud.**

I og med oppbygging av kommunale legevaksordninger og mer bruk av sykehjem som midlertidig opphold etter sykehusopphold, vil behovet for kommuneinternt samarbeid øke. Å få til et godt samarbeid mellom ulike kommunale instanser kan være likeså viktig for den eldre som et godt samarbeid mellom sykehusene og kommunene.

## 9. Mer systematisk bruk av tverrfaglig og flerfaglig arbeid.

Vi har sett at det mangler formalisert flerfaglig/tverrfaglig arbeid om *og med* eldre. Denne type faglig samarbeid er helt nødvendig for å møte behovene til eldre med sammensatte helseproblemer og for å kunne utnytte kompetansen som den samlede helse- og omsorgstjenesten i kommunen har. Kompleksitet og endringer i pasientsituasjoner kan oversees av både lege og sykepleier i kommunale helse- og omsorgstjenester (Taft, Pierce, & Gallo, 2005). Også andre studier viser at fastlege og hjemmesykepleie sjelden rutinemessig samarbeider om disse pasientene (Helsetilsynet, 2009; Næss, 2008, 2011). Allerede i 2007 ble det påpekt at systematisering og formalisering av samarbeidet mellom den enkelte tjenestemottakerens fastlege og hjemmesykepleien burde bli bedre (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). En studie har vist at sykepleierne i primærhelsetjenesten i større grad enn legene er innstilt på et slikt samarbeid (Hanson, Andersson, Magnusson & Holm, 2002). Dette kan handle om at legene i større grad enn sykepleierne er sosialisert inn i en rolle som autonome eksperter. Bred, tverrfaglig vurdering kan være avgjørende for bedring for eldre og kan redusere sannsynligheten for innleggelse både på sykehjem og sykehus (Beswick m.fl., 2008). Undersøkelser har vist at eldre selv forventer et samarbeid mellom hjemmesykepleier og leger (Næss, 2011). Et tverrfaglig arbeid vil kunne ta hensyn til mange ulike behov eldre har, og må også sikre involvering av pårørende og de eldre selv.

I mange vestlige land har det foregått en faglig styrking av hjemmetjenestene. Satsing på mobile ressursteam og faste kontaktpersoner er tiltak som går igjen, både til å støtte øyeblikkelig hjelp og til oppfølging etter innleggelse på sykehus. Studier kan tyde på at man kan oppnå like gode behandlingsresultat hjemme for noen pasientgrupper av eldre som på institusjon (S.H. Shepperd m.fl., 2009). I tillegg viser studier at denne type tilbud kan gi høyere kvalitet og økt pasienttilfredshet til en lavere kostnad (Casas A m.fl., 2006; Dickson & Mackenzie, 2012; Hoff, Weller & DePuccio, 2012). Likeså viser studier positive resultater for rehabilitering som foregår i hjemmet (Askim, Rohweder, Lydersen & Indredavik, 2004). En absolutt betingelse for at dette skal være mulig, er at det finnes aktuell fagkompetanse i kommunene, og i den sammenhengen kan bruk av ulike typer faglig teamarbeid være viktige redskap.

På dette området er det behov for mer forskning, det vil si forskning og utprøving av ulike modeller for tverrfaglig og flerfaglig arbeid og av vurdering av betydningen av disse for både tjenesten og de eldre.

Prosjektet «Tjenester lokalisert til SMS i Flora», som er et samarbeidprosjekt mellom Flora kommune og Helse Førde med blant annet mål om «utvikling av tverrfaglige og samordnede tjenester», kan kanskje være en arena for utvikling av nye modeller for tverrfaglig samarbeid i hjemmetjenesten (appendiks P).

#### **10. Sørge for at ansatte i hjemmetjenesten får tilstrekkelig støtte fra spesialisthelsetjenestene, legevakt og fastleger i arbeidet med personer med rusproblemer og psykiske lidelser.**

En ny nasjonal veileder innen arbeid med rus og psykiatri vektlegger at det må samarbeides for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til disse pasientgruppene (Helsedirektoratet, 2014b). Et godt fungerende samarbeid mellom fastlegen, annet helse- og omsorgspersonell i kommunen, spesialisthelsetjenesten og øvrige kommunale tjenester er viktig for å sikre helhetlige og faglig gode tjenester. I tillegg er legevakten sentral i denne typen problemstilling. Legevakten skal til enhver tid sikre innbyggerne øyeblikkelig medisinsk hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og samarbeidende tjenester. Legevaktslegene bør være spesielt oppmerksom på endringer i helsetilstanden hos pasienter, med alvorlige rusrelaterte problemer. Videre bør det være utarbeidet lavterskeltilbud som et bindeledd mellom brukere og øvrig hjelpeapparat (Ådnanes, Kaspersen, Hjort & Ose, 2008).

#### **11. Våre resultater viser positive holdninger til bruk av IKT- og velferdsteknologiske løsninger, men peker også samtidig på et stort opplæringsbehov på dette området.**

Resultater fra vår undersøkelse gir grunn for å anta at ansatte ikke vil være en bremsekloss i innføring av nye teknologiske løsninger, men tvert imot ønske disse velkommen dersom kommunen legger til rette og har gode planer for å ta i bruk ulike løsninger.

I 2013 ble det i Norge etablert en statlig økonomisk tilskuddsordning som er rettet mot kommunene til støtte for såkalt trygghetsteknologi.<sup>4</sup> Tilskuddsordningen stiller ulike krav til kommunene som forutsetning for tildeling. Blant annet stilles det krav om beskrivelse av pasientmedvirkning, samarbeid, resultater, forankring, medarbeiderinvolvering, påvirkning på arbeidsmiljøet og plan for fast drift. Denne typen krav kan bidra til en helhetlig tilnærming i innføring og bruk. I tillegg bør det også stilles krav om opplæring ved innføring av nye løsninger. Denne opplæringen må også inneholde opplæring i vurderinger av pasientenes kompetanse og kapasitet med tanke på innhenting av samtykke både fra primærpasient og pårørende. Ulike typer teknologier vil kreve ulike typer kapasitetsvurderinger (Moye, Marson & Edelstein, 2013). Det å ta i bruk ulike typer trygghets- og overvåkingsteknologier i pasientenes private sfære vil kreve at både primærpasienter og pårørende er innforstått med og gir samtykke til installering og den bruken som er planlagt. Pårørende og primærpasienten har nødvendigvis ikke samme syn på og vurdering av behovet for velferdsteknologi og IKT-virkemidler.

I institusjonene vil kollegialæringen spille en viktig rolle som supplement til den teoretiske opplæringen også i bruk av velferdsteknologiske og IKT-baserte løsninger. Et tiltak, i tillegg til den mer systematiske teoretiske opplæringen og utdanningen, kan være å etablere faste fora for diskusjon om utfordringer relatert til bruk av IKT (Powell m.fl., 2010). Her kan blant annet aktuell kunnskap og informasjon som allerede finnes om ulike teknologiske løsninger, formidles, og prinsipielle verdimeslige og praktiske utfordringer kan drøftes.

## **12. Det kommer fram i samtaleintervjuene våre at helsepersonell opplever utfordringer knyttet til samarbeidet med pårørende.**

En forklaring på at helsepersonell opplever utfordringer kan være at helsepersonell mangler kompetanse i samhandling med pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2011–2012). Våre resultater tyder på at det er lite opplæring i pårørendearbeid i grunnutdanningen, og at dette heller ikke blir vektlagt i videreutdanning eller kurs. Disse resultatene peker på at både utdanningsinstitusjonene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør fokusere mer på opplæring i pårørendearbeid. Ingen av samhandlingsprosjektene (appendiks K) som er satt i

---

<sup>4</sup> Helsedirektoratet (2013) Velferdsteknologi i kommunene. Oslo: Helsedirektoratet.  
<http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/tilskudd-til-velferdsteknologi-i-kommunene.aspx>.

gang, handler helt spesifikt om pårørende og modeller for utvikling av prosjektet som er igangsatt med tanke på utvikling av nye modeller for avlastning for, støtte til og samhandling med pårørende. Det er heller ingen prosjekter som handler om utvikling av ansattes kunnskap om pårørendeomsorg.

## Litteratur

- Aamodt, P.O., & Tjerbo, T. (2012). Får vi nok personell til omsorgstjenestene? Sammendrag og Evalueringen av kompetanseløftet 2015. NIFU.
- Aase, K, Laugaland, K.A., Dyrstad, D.N. & Storm, M. (2013). Quality and safety in transitional care of the elderly: the study protocol of a case study research design (phase 1). *BMJ Open*, 3(8). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003506
- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago og London: University of Chicago Press.
- Akner G. (2010). Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt flere. *Läkartidningen*, 44/107.
- Askim, T., Rohweder, G., Lydersen, S. & Indredavik, B. (2004). Evaluation of an extended stroke unit service with early supported discharge for patients living in a rural community. A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 18, 238–248.
- Bakkeli, V., Steen Jensen, R. & Moland, L.E. (2013). Kompetanse i kommunene: FAFO 2013:51. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. Meld. St. nr. 6 (2010-2011). *Likestilling for likelønn*.
- Bauer, M., L. Fitzgerald, E. Haesler, and M. Manfrin. 2009. "Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence." *Journal of Clinical Nursing* 18 (18):2539-2546. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x.
- Berge, Thea, Henning Øien, and Niklas Jakobsson. 2014. Formell og uformell omsorg. Samspillet mellom familien og velferdsstaten. Velferdsforskningsinstituttet NOVA, notat 3/2014.
- Berger, Peter, and Thomas Luckmann. (1966) 1991. *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*: Penguin Books.
- Breimo, Janne Paulsen. 2014. "Koordinering og tilstedeværelse – om kjønnete forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser." *Tidsskrift for kjønnsforskning* (3-4):253-269.
- Beswick, A.D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Goberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371(9614), 725–735. doi: 10.1016/s0140-6736(08)60342-6
- Boling, P.A. (2009). Care Transitions and Home Health Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(1), 135+.
- Bollig, G., Ester, A. & I., L.S. (2010). Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 304–311.
- Brevik, I. (2010). De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007 (Vol. NIBR-rapport 2010:2): Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR).
- Brunborg, B. (2012). Aktiv praksis i hjemmetjenesten. *Sykepleien* 100(11), 62–65. doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0118
- Busch, T., & Vanebo, J. (red.) (2011). *Interne markeder – fokus på bestiller–utfører-modellen* (Vol. 3.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cain, C. H., E. Neuwirth, J. Bellows, C. Zuber, and J. Green. 2012. "Patient experiences of transitioning from hospital to home: An ethnographic quality improvement project." *Journal of Hospital Medicine* 7 (5):382-387. doi: 10.1002/jhm.1918.
- Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich, J., Roca, J., Hernandez, C., Alonso, A. m.fl. (2006;). Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients *European Respir Journal*, 28, 123–130.
- Chiu, W.K.B.A. & Newcomer, R.P. (2007). A Systematic Review of Nurse-Assisted Case Management to Improve Hospital Discharge Transition Outcomes for the Elderly. *Professional Case Management November/December*, 12(6), 330–336.
- Coleman, E.A., Min, S.J., Chomiak, A. & Kramer, M.A. (2004). Posthospital Care Transitions: Patterns, Complications, and Risk Identifications. *Health Services Research Journal*, 39(5), 1449–1465.

- Dickson, G., & Mackenzie, F. (2012). Shifting the balance of care. *NHS Scotland*
- Fermann, T. & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: K. Kirkevold, Brodtkorp & A. H. R. (red.), *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (2003).
- Foster, C., Hillsdon, M. & Thorogood, M. (2004). Environmental perceptions and walking in English adults. *Journal of Epidemiol. Commu. Health*, 58, 924–928.
- Foster, N.L. (2003). *The application of software and safety engineering techniques to security protocol development*. Submitted for the degree of Doctor of Philosophy, University of York, Department of Computer Science.
- Garasen, H. & Johnsen, R. (2007). The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Services Research.*, 7, 133.
- Garfinkel, D. & Mangin, D. (2010). Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Archives of Internal Medicine*, 170(18), 1648–1654.
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. (Vol. Fafo-rapport 2011:12).
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Oslo: NOVA-rapport 8/2013.
- Gjevjon, E.R., Romøren, T.I., Kjøs, Ø.B. & Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *Journal of Nursing Management.*, 21, 182–190. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x
- Hanson, E., Andersson, B.A., Magnusson, L., Lidskog, R. & Holm, K. (2002). Information Centre: responding to needs of older people and carers.[Review]. *British Journal of Nursing*, 11(14), 935–940.
- Haugstlett, J. (2002). Hva informerer vi om – og hvordan gjøres det. *Sykepleien*, 90(12), 44–47. doi:10.4220/sykepleiens.2002.0036
- Hellesø, R. & Fagermoen, M.S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal Of Integrated Care*, 18.
- Hellesø, R., Lorensen, M., & Sorensen, L. (2004). Challenging the information gap - the patients transfer from hospital to home health care. *International Journal of Medical Informatics*, 73 (7–8), 569–580. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2004.04.009
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008–2009). *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*: Innhentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling.html?id=650113>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *St.meld. nr 29. Morgendagens omsorg.*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>.
- Helse- og omsorgsdepartementet & Sosialdepartementet (2004). *NOU 2004-18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *St.meld. nr. 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Innhentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005–2006). *St.meld. nr. 25. Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Innhentet fra [http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDF\\_S.pdf](http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDF_S.pdf).



- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2014).
- Helsedirektoratet. (2012). Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013 - 2013 (pp. 49).
- Helsedirektoratet. (2014a). *Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014–2016)*. Helsedirektoratet Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-handlingsplan-for-e-helse/Publikasjoner/IS-2179.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). *NASJONALE MÅL OG PRIORITERTE OMRÅDER FOR 2014. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet*. Oslo: Helsedirektoratet - Divisjon administrasjon. Avdeling plan og økonomi
- Helsedirektoratet (2014b). Unngå dobbeltforskrivning til multidosepasienter Retrieved 09.12.14, from <http://helsedirektoratet.no/it-helse/eresept/rutiner-for-multidoseforskrivning/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2007). Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon. IS-1420. In Helsedirektoratet (Ed.): Omsorgstjenester.
- Helsedirektoratet (2010a). Nasjonal retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet. IS-1701. Oslo.
- Helsedirektoratet (2010b). *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Primær- og spesialisthelsetjenesten 12/2010*. .
- Helsedirektoratet (2014a). Samhandlingsstatistikk, Samhandlingsreformen, Samdata. In B. M. Huseby (Ed.), *IS-2138*. Oslo: Avdeling økonomi og analyse.
- Helsedirektoratet (2014b). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. IS- 2076. Oslo.
- Helsedirektoratet (2014c). *Samhandlingsstatistikken 2012-13*. Oslo: Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-2013.pdf>.
- Helsedirektoratet (2014d). Spesialisthelsetjenesten 2013. Samdata. IS-2194. Oslo: Retrieved from <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten-2013/Publikasjoner/is-2194-samdata-2013.pdf>
- Helsetilsynet (2009). Rapport fra tilsyn med hjemmetjenester til pasienter i hjemmesykepleien. Oslo kommune bydel Gamle Oslo. Oslo: Helsetilsynet i Oslo og Akershus.
- Hermansen, Å. (2011). Organisering og eierformer innen pleie- og omsorgssektoren: Fafo.
- Hermansen, Å. & Grødem, A.S. (2013). Organisert for samhandling? *Sykepleien Forskning* 8(4), 354-361 doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0141
- Hoff, T., Weller, W., & DePuccio, M. (2012). The patient-centered medical home: A review of recent research. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. 69(6), 619-644.
- Hughes, E.C. (1951). Studying the Nurse`s Work *The American Journal of Nursing Lippincott Williams & Wilkins and Wolters Luwer health, Inc*.
- Jackson, Alecia Y., and Lisa A. Mazzei. 2012. *Thinking with Theory in Qualitative Research. Viewing Data Across Multiple Perspectives* London and New York: Routledge.
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2013). Comprehending the situation of family caregivers with a relative having dementia. [Artikkel]. [Å forstå pårørende til personer med demens]. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(1), 22-28.
- Kassah, B.L.L., Nordahl-Pedersen, H. & Tønnesen, S. (red.) (2014). *Vilkår for samhandling og et helhetlig pasientperspektiv i helse- og omsorgstjenestene*. (Vol. 1). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, Steinar, Svend Brinkmann, and Tone M. Anderssen. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju: Gyldendal akademisk*.
- Lov av 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen.
- Krumholz. H.M. (2013). Post-Hospital Syndrome - An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *The New England Journal of Medicine*, 368(2), 100-102.

- Kunnskapsdepartementet (2011-2012). *Meld. St. 13. Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Det Kongelige Kunnskapsdepartement.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. Bergen.: Fagbokforlaget.
- LaMantia, M.A., Scheunemann, L.P., Viera, A.J., Busby-Whitehead, J. & Hanson, L.C. (2010). Interventions to Improve Transitional Care Between Nursing Homes and Hospitals: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 777-782. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02776.x
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care- a review of the evidence. *IOS Press*, 41, 2915-2924. doi: 10.3233/woe-2012-0544-2915
- Legevakthåndboken (2014). For leger i vakt. Innhentet fra [http://lvh.no/administrative\\_forhold/legevakt\\_generelt/hva\\_er\\_legevakt](http://lvh.no/administrative_forhold/legevakt_generelt/hva_er_legevakt)
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V. & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *Int J Integr Care*, 12, e133.
- Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr.4 [Helsepersonelloven]. (1999).
- Malterud, K. (2008). Kvalitativ forskning - riktig verktøy til riktig oppgave. *Forskningsetikk, mars*, 14-16.
- Lyngstad, A., Grimsmo, A., Hofoss, D. & Hellesø, R. (2014). Home care nurses experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 34224-3433
- McGee, H.M., Molloy, G., O'Hanlon, A., Layte, R. & Hickey, A. (2008). Older people -- recipients but also providers of informal care: an analysis among community samples in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Health & Social Care in the Community*, 16(5), 548-553.
- Meret-Hanke, L.A.P. (2011). Effects of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use. *Gerontologist*, 51(6), 774-785.
- Moberg, T.O. (2014). *På bekostning av hjemmeboende? - En kvantitativ studie av samhandlingsreformens innvirkning på institusjonstilbudet til brukere fra hjemmetjenesten*. Master, Universitetet i Oslo (UIO). Digitale utgivelser ved UIO. Retrieved from <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-44816>
- Modin, S., & Furhoff, A.-K. (2002). Care by general practitioners and district nurses of patients receiving home nursing: a study from suburban Stockholm. . *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(4 Dec), 208-212.
- Moser, Ingunn, and Hilde Thygesen. 2013. "Velferdsteknologi og teleomsorg: nye idealer og former for omsorg." In *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*, edited by Aksel Tjora and Line Melby.
- Moye, J., Marson, D.C. & Edelstein, B. (2013). Assessment of Capacity in an Aging Society. *American Psychologist*, 68(3), 158-171. doi: 10.1037/a0032159
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., Wahlgren, M. & Gabrielsen, B. (2012). Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. 43/2013. In S. sentralbyrå (Ed.). Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå • Statistics Norway.
- Naustdal, A.-G., & Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning* 7(3), 270-277 doi: DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0133.
- Netteland, G. & Naustdal, A. G. Risikofaktorar ved pasientovergangar, Chapter 7 in Bukve, O.& Kvåle G.; *Samhandling og kvalitet i helse organisasjonar*. University Press, Oslo 2014.
- Naylor, M., & Keating, S.A. (2008). Transitional Care. *American Journal of Nursing*, 108(9), 58-63.
- Naylor, M.D., Aiken, L.H., Kurtzman, E.T., Olds, D.M. & Hirschman, K.B. (2011). The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform. *Health Affairs*, 30(4), 746-754. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0041
- NOU. 2008:6. "Kjønn og lønn. Fakta, analyser og virkemidler for likelønn."
- NOU 2011:11. (2011). Innovasjon i omsorg, from <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>.

- NOU. (1992:1). *Trygghet - verdighet - omsorg*. Oslo.
- NOU. 2011:17. "Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert."
- Næss, G. (2008). Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket? . Tønsberg.: Høgskolen i Vestfold.
- Næss, G. (2011). Hvilke behov for helsehjelp har skrøpelige hjemmeboende gamle? Rapport in press.
- Olsen, R.M. (2013). *Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter*. Doctoral thesis Doktorgradavhandling, Institutionen för Hälsovetenskap, Mid Sweden University, Faculty of Human Sciences. Innhentet fra <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A628706&dswid=-5130>
- Olsen, T. (1999). Kommuner og kompetanse; Kompetanseutvikling og læring i kommunale organisasjoner. Oslo: Kommuneforlaget.
- Opsahl, G., Solvoll., B.-A., & Granum, V. (2012). Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien* 100(03), 60-63 doi: DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0021 , nr. 63 C.F.R. (2. juli 1999 [Lov om pasientrettigheter]).
- Paulsen, Romøren og Grimsmo, 2013. A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care* 2013; Jan-Mar, URN:NBN:NL:UI:10-1-114285
- Powell, J., Gunn, L., Lowe, P., Sheehan, B., Griffiths, F., & Clarke, A. (2010). New networked technologies and carers of people with dementia: an interview study. *Ageing & Society*(30), 1073-1088. doi: doi: 10.1017/s0144686x1000019x
- Rognstad, F., & Strand, J. (2004). Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 12, 810-812.
- Romøren, T.I. (1998). Eldreomsorg. In S. K. o. T. I. R. A. Hatland (Ed.), *Den norske Velferdsstaten*. (Vol. 2). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Romøren, T. I. (2007). Kommunale hjemmetjenester- fra eldreomsorg til "yngreomsorg"? *Aldring og livsløp*, 1, 2-10.
- Rostgaard, T., Glendinning, C., Gori, C., Kröger, T., Österle, A., Szebehely, M., Vabø, M. (2011). LIVINDHOME - Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. SFI – The Danish National Centre for Social Research.
- Rusdal, M., & Aase, K. (2013). Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 124-130. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0050.
- Rønning, R., Schanke, T., & Johansen, V. (2009). Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen (Østlandsforskning, Trans.): Østlandsforskning.
- Samhandlingsbarometeret. (2014). Kunnskapsbank for samhandling mellom kommunene i Sogn og Fjordane og Helse Førde., from Ks og Helse Førde <https://statistikk.samhandlingsbarometeret.no/webview/>
- Seierstad, T.Ø., Holmeide, A.M., & Eimot, M. (2010). Utskrivningsklare pasienter - Hvem er de og hvor hører de hjemme? Lovisenberg: Analysesenteret AS.
- Shepperd, S., Doll, H., Angus, R.M., Clarke, M.J., Iliffe, S., Kalra, L., Wilson, A.D. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Canadian Medical Association Journal*, 180(2), 175-182. doi: 10.1503/cmaj.081491
- Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D., & Barras, S.L. (2013). Discharge planning from hospital to home (Review). *The Cochrane Library*, (1).
- Sigurðardóttir, S. H., & Bravell, M. E. (2013). Older caregivers in Iceland: providing and receiving care. *Nordic Social Work Research*, 3(1), 4-19. doi: 10.1080/2156857X.2013.768180
- Skarsgaard, S., Lyngstad, M., Norsk Sykepleierforbund & KS. (2011). ELIN-k prosjektet. Sluttrapport. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.
- Sosial- og helsedepartementet (1996-1997). *St.meld. nr 50. Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*. Oslo.

- Sosial- og helsedepartementet (1999-2000). *St.meld. nr. 34. Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år* Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-34-1999-2000-/id193067/?docId=STM199920000034000DDDEPIS&ch=1&q=>.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon* (Vol. IS-1420). Oslo: Avdeling omsorg og tannhelse.
- Sosialdepartementet (1970-1971). *St.meld. nr 85. Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Oslo.
- St.meld. nr 34. (1999-2000). *Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år*. Oslo.
- Storm, M., Siemsen, D I.M., Laugaland, K., Nåden Dyrstad, D., Aase, K (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*. Volume 14. 8 Mai.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027895/pdf/IJIC-14-2014013.pdf>.
- Storli, M. (2012). *Syke eldre i møte med legevakta*. Paper presented at the Fagdag geriatri, UNN HF.  
<http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=OCE4QFjAG&url=http%3A%2F%2Fhelsekompetanse.no%2Ffiles%2FLien%2C%2520Storli%2C%2520Pedersen%25202012%2520Syke%2520eldre%2520i%2520m%25C3%25B8te%2520med%2520legevakt.a.pptx&ei=8k-EVP6HLorjywOvILADw&usq=AFQjCNF8UWYLCaNkQELILIRQR0WjeBhbCw>
- Syse, J., & J., S. (2009). Styrket samhandling gjennom hospitering i 1. og 2. linjetjenesten. Sandefjord: Høgskulen i Vestfold.
- Taft, S. H., Pierce, C. A., & Gallo, C. L. (2005). From Hospital to Home and Back Again: A Study in Hospital Admissions and Deaths for Home Care Patients. . *Home Health Care Management & Practice*, 117(6), 467-480.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*: Fagbokforlaget.
- Tingvoll, W. A., Kassah, L. L., & Kassah, A. K. (2014). Helse- og omsorgstjenestene - et Overblikk. In W. A. T. o. A. K. K. r. Bergen B. L. L. Kassah (Ed.), *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. (Vol. 1. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Toles, M. P., Abbot, K. M., Hirschman, K. B., & Naylor, M.D. (2012). Transitions in Care among Older Adults Receiving Long Term Services and Supports. *Journal of Gerontologic Nursing*, 38(11), 40-47.
- Tsilimingras, D., Rosen, A.K. & Berlowitz, D.R. (2003). Patient Safety in Geriatrics: A Call for Action. Review Article. *Journal Gerontology: Medical Sciences* 58(9), 813-819. doi: 10.1093/gerona/58.9.M813
- Tønnesen, S. (2011). *The Challenge to Provide Sound and Diligent Care. A qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. . Doktorgradsavhandling, Universitet, det medisinske fakultet., Oslo.
- Vabø, M. (2002). Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev: Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten. (Vol. 18). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Vabø M. (2012). Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health Social Care Community*., 20(3), 283-291. doi: doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01058.x. Epub 2012
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien* 98(3), 60-63.
- Wollscheid, S., Eriksen, J. & Hallvik, J. (2014). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 38 (2), 414-421
- Ytrehus, S. (1998). Evaluering av Husbankens tilskuddsordningen til utbygging av omsorgsboliger og sykehjem. Norges Byggforskningsinstitutt.
- Ytrehus, S. (2002). Norwegian housing policy for frail elder. *Housing for the Elderly*, 16 (1/2), 107-123. doi: 10.1300/J081v16n01\_08
- Ytrehus, S. (2012). Bostadspolitikk och det offentligas utbud av bostäder for äldre i Norge. In M. Abrahamsson & C. r. Nord (Eds.), *Aldres boande*: Lund, Studentlitteratur.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S.L., Hjort, H. & Ose, S.O. (2008). Lavterskel helsetiltak for rusmiddel-avhengige: skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat. Trondheim: SINTEF Helse.

## Appendiks

Appendiks A. Informasjonsskriv til ledere. Delstudie én

Appendiks B. Informasjonsskriv til deltakere. Delstudie én

Appendiks C. Intervjuguide. Delstudie én

Appendiks D. Meldeskjema til NSD. Delstudie en

Appendiks E. Vedtak NSD. Delstudie en

Appendiks F. Informasjonsskriv ledere. Delstudie to

Appendiks G: Informasjonsskriv, deltakere. Delstudie to

Appendiks H. Spørreskjema. Delstudie to

Appendiks I. Meldeskjema til NSD. Delstudie to

Appendiks J. Vedtak NSD. Delstudie to

Appendiks K. Intervjuguide. Delstudie tre.

Appendiks L. Informasjonsskriv, deltakere. Delstudie tre

Appendiks M. Informasjonsskriv ledere. Delstudie tre

Appendiks N. Meldeskjema NSD. Delstudie tre

Appendiks O. Vedtak NSD. Delstudie tre.

Appendiks P. Tabelloversikt. Samhandlingsprosjekter Sogn og Fjordane per 06.14.

## **Appendiks A: Informasjonsskriv til ledere. Delstudie én**

### **Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre undersøkelse om samhandlingsreformen og hjemmetjenesten i din kommune**

Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning skal gjennomføre en undersøkelse med hovedtema: «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsreformen?». Undersøkelsen skal ha et særlig fokus på hjemmetjenesten. Undersøkelsen er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune.

Undersøkelsen består av tre delundersøkelser: en kvalitativ undersøkelse basert på intervju med ansatte i hjemmesykepleien, en oppfølgende spørreskjemaundersøkelse og en kvalitativ studie basert på intervju med pårørende.

Denne henvendelsen gjelder den første delundersøkelsen. Vi ønsker å intervju ansatte som arbeider med eldre pasienter med oppfølging av medisinsk behandling, helseproblemer, rehabilitering, og pleie og omsorg til pasienter som bor hjemme (hjemmesykepleie). Hensikten er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg utfordringer i samhandlingsreformen, særlig med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av en hjemmetjeneste som kan sikre ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov.

Det vil bli gjennomført 20 samtaleintervju. Informantene blir valgt fra fem kommuner i Nordfjord-regionen. Det vil bli gjennomført 4 til 5 intervjuer i din kommune. Vi har følgende inklusjonskriterier for intervju:

- stilling som sykepleier/høgskoleutdannet eller fagarbeider i hjemmesykepleien
- jobber pasientrettet og mot den eldre bruker
- jobber minst 70 % stilling, både dag og kveld
- både kvinner og menn

Vi vil be om at du formidler vedlagte informasjonsskriv om undersøkelsen til aktuelle deltakere som oppfyller inklusjonskriteriene så de kan ta direkte kontakt med oss. Vi kan avtale tid og sted for intervjuet med den enkelte.

Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, og prosjektmedarbeidere er høgskolelektor Karianne Øyen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og forsker Geir Liavåg Strand ved Vestlandsforskning. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Kontakt gjerne undertegnende dersom du har spørsmål om undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Karianne Øyen

[Karianne.Rossummoen.Oyen@hisf.no](mailto:Karianne.Rossummoen.Oyen@hisf.no)

Geir Liavåg Strand

[gst@vestforsk.no](mailto:gst@vestforsk.no)

## **Appendiks B.: Informasjonsskriv til deltakere. Delstudie én**

### **Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre undersøkelse om samhandlingsreformen og hjemmetjenesten i din kommune**

Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning skal gjennomføre en undersøkelse med hovedtema: «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsreformen?». Undersøkelsen skal ha et særlig fokus på hjemmetjenesten. Undersøkelsen er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune.

Undersøkelsen består av tre delundersøkelser: en kvalitativ undersøkelse basert på intervju med ansatte i hjemmesykepleien, en oppfølgende spørreskjemaundersøkelse og en kvalitativ studie basert på intervju med pårørende.

Denne henvendelsen gjelder den første delundersøkelsen. Vi ønsker å intervju ansatte som arbeider med eldre pasienter med oppfølging av medisinsk behandling, helseproblemer, rehabilitering, og pleie og omsorg til pasienter som bor hjemme (hjemmesykepleie). Hensikten er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg utfordringer i samhandlingsreformen, særlig med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av en hjemmetjeneste som kan sikre ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov.

Det vil bli gjennomført 20 samtaleintervju. Informantene blir valgt fra fem kommuner i Nordfjord-regionen. Det vil bli gjennomført 4 til 5 intervjuer i din kommune. Vi har følgende inklusjonskriterier for intervju:

- stilling som sykepleier/høgskoleutdannet eller fagarbeidere i hjemmesykepleien
- jobber pasientrettet og mot den eldre bruker
- jobber minst 70 % stilling, både dag og kveld
- både kvinner og menn

Vi vil be om at du formidler vedlagte informasjonsskriv om undersøkelsen til aktuelle deltakere som oppfyller inklusjonskriteriene så de kan ta direkte kontakt med oss. Vi kan avtale tid og sted for intervjuet med den enkelte.

Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, og prosjektmedarbeidere er høgskolelektor Karianne Øyen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og forsker Geir Liavåg Strand ved Vestlandsforskning.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Kontakt gjerne undertegnende dersom du har spørsmål om undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Karianne Øyen

Geir Liavåg Strand

[Karianne.Rossummoen.Oyen@hisf.no](mailto:Karianne.Rossummoen.Oyen@hisf.no)

[gst@vestforsk.no](mailto:gst@vestforsk.no)

## **Appendiks C: Intervjuguide. Delstudie én**

**Bakgrunn:** alder, kjønn, stilling, høyest fullførte utdanning/grad, antall år som helsepersonell, antall år i hjemmetjenesten.

### **Betraktninger/erfaringer om samhandlingsreformen og brukergrupper**

Berøres noen grupper spesielt av samhandlingsreformen, hva kjennetegner disse gruppene, beskrivelser, ulikheter (langvarig/koordinerte tjenester, sammensatte behov, tjenester fra ulike instanser, «storforbrukere»).

Påvirket liggetid på sykehus?

### **Endringer i hjemmetjenestens arbeidsformer etter samhandlingsreformen**

Nye tiltak/arbeidsformer i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen

Tiltak for å styrke kompetansesituasjonene i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen

Tiltak for ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov etter samhandlingsreformen (individuell plan?)

Samarbeid mellom ulike yrkesgrupper/instanser i kommunene

I hvilke situasjoner er det skjedd endringer (den daglige omsorgen / øyeblikkelig hjelp-situasjoner).

Innleggelsespraksis/samhandling ved innleggelse/utskrivning. Faktorer som kan ha innvirkning og betydning for disse områdene.

Vaktleger/fastleger – forskjeller, fremmende/hemmende faktorer for samhandling?

Vurdering av kompetansesituasjonen, hverdagsrehabilitering:

Hva mener de ansatte rundt dette begrepet, andre yrkesgrupper, frivillige. Synspunkt og vurderinger.

### **Informasjonsutveksling ved overganger (eldre fra spesialisthelsetjenesten til kommunene)**

Eksisterende rutiner/praksis for informasjonsutveksling/overføring av kunnskap om den eldre. Hvilken form informasjonsutvekslingen har (muntlig, telefon, personlige møter, skriftlig, papir, digitalt, individuell plan)

Hvor ofte, når i pasientforløpet, hvem gir informasjon (leger, sykepleier, annet)

Andre i kommunene som er involvert i informasjonsoverføringen, samhandlingen om pasienten (bestillerkontor, fastlege, vaktlege, andre fagpersoner).

Hvem tar initiativ?

Vurdering av hvordan rutinene/praksisen for samhandling/informasjonsutveksling fungerer

Hemmende og fremmende faktorer for god informasjonsutveksling/samhandling

Vurdering av kvalitet og innhold på informasjon om den eldre

I relasjon til egen arbeidssituasjon: mulighet for planlegging av arbeidsdag, kvaliteten på overføringsrapporter/pleieplaner/medisinlister, tilstrekkelig informasjon, vurdering av status for pasienter som defineres som utskrivningsklare

I relasjon til den eldre behov

Kvaliteten på informasjonen om den eldre, helhetlig/stykkevis/delt

Betydning av at informasjonen om den eldre er kartlagt på sykehuset

Videreføring av samarbeidet om den eldre etter utskrivning



### **Pårørendes rolle i samhandlingen/informasjonsutvekslingen om pasienten**

Tanker og erfaringer, synspunkt på og vurdering av samhandling med pårørende

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om eldre med store og sammensatte behov**

Spesialisttjenestens rolle som veileder/hjelp til kompetanseutvikling for hjemmetjenesten. På hvilken måte og når skjer det? Vurdering av spesialisttjenestens rolle som veileder. Annen hjelp/oppfølging fra spesialisthelsetjenesten

### **Avtaler om samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten**

Kjennskap til avtaler mellom helseforetak og kommunene. Vurdering av betydningen av avtalene

### **Endringer etter samhandlingsreformen**

Betydning av/ending etter samhandlingsreformen, for de eldre, for egen yrkespraksis, for samhandlingen med sykehuset

Vurdering av hva som fremme hemmer god samhandling

Avstander i distriktene.

### **Velferdsteknologi.**

Hvordan tolkes begrepet? Hvilken kunnskap/erfaringer sitter de inne med, hvordan vurderer de bruk av denne type teknologier/holdning? Hva mener de er muligheter og begrensinger? Er de ansatte forberedt på denne utviklingen, hvordan vurderer de denne utviklingen, hvilke holdninger og tanker har de rundt emnet?

Ev. videosnutt eller bilder og konkrete beskrivelser som innfallsvinkel. Illustrasjon av «robotteknologi» og «sensorteknologi» – hva som menes med «robotteknologi» og «sensorteknologi»

## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskulen i Sogn og Fjordane	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for helsefag	
Institutt	Institutt for sjukepleie	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Karianne	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Røssummoen	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har eksterne veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Høyskolelektor	
Arbeidssted	Høgskulen i Sogn og Fjordane	
Adresse (arb.sted)	Vie	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	6800 Førde	
Telefon/mobil (arb.sted)	57722645 / 97028852	
E-post	karianne.rossummoen.oyen@hisf.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Resultater fra et forprosjekt (Kyrkjebø et al., 2013) ligger til grunn for valg av fokus for hovedprosjektet. Hovedfokus legges på hvordan kommunene møter behovene til eldre over 67 år med store og sammensatte hjelpebehov. Et sentralt trekk ved samhandlingsreformen er at denne gruppen skal få flere av sine helsetjenester i kommunen. Prosjektet vil derfor undersøke hvordan hjemmetjenesten følger opp eldre med sammensatte hjelpebehov som kan ha behov for hjelp fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Videre vil vi studere hvordan tjenesten tilpasser seg oppgaver og kompetansebehov, samt se på hvilke tiltak som settes i verk for å møte behovene til eldre med sammensatte hjelpebehov fra ulike instanser.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<input type="radio"/> Enkel institusjon <input checked="" type="radio"/> Nasjonalt samarbeidsprosjekt <input type="radio"/> Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner	Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning skal gjennomføre en undersøkelse med hovedtema: «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?». Undersøkelsen skal ha et særlig fokus på hjemmetjenesten. Undersøkelsen er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune.	

Oppgi hvordan samarbeidet foregår	<p>Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus; Høgskolen i Sogn og Fjordane, prosjektmedarbeidere er høgskolelektor Karianne Øyen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og forsker Geir Liavåg Strand ved Vestlandsforskning.</p> <p>Leder og prosjektmedarbeidere vil dele på å utføre de kvalitative intervjuene i dette delprosjektet.</p>	
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Utvalget	<p>Undersøkelsen består av tre delundersøkelser: en kvalitativ undersøkelse basert på intervju med ansatte i hjemmesykepleien, en oppfølgende spørreskjemaundersøkelse og en kvalitativ studie basert på intervju med pårørende.</p> <p>Denne henvendelsen gjelder den første delundersøkelsen. Vi ønsker å intervju ansatte i hjemmetjenesten som arbeider med eldre. Hensikten er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg utfordringer i samhandlingsreformen, særlig med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av en hjemmetjeneste som kan sikre ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov.</p> <p>Det vil bli gjennomført 20 samtaleintervju. Informantene blir valgt fra fem kommuner i Nordfjord regionen. 4 til 5 intervjuer vil bli gjennomført i disse fem kommunene.</p>	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	<p>Undersøkelsen skal gjennomføres i kommuner i Nordfjord regionen som har et formelt samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Kommunene er: Selje, Vågsøy, Hornindal, Gloppen, Nordfjordeid og Stryn. Første henvendelse går til leder/rådmann i de aktuelle kommunene som så sender forespørslene og informasjonsskriv med kontaktinformasjon videre til aktuelle som oppfyller følgende inklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stilling som sykepleier i hjemmesykepleien</li> <li>- Jobber pasientrettet og mot den eldre bruker</li> <li>- Jobber minst 70 % stilling, både dag og kveld</li> <li>- Både kvinner og menn.</li> </ul>	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	<p>Aktuelle kandidater som ønsker å delta kan da kontakte oss på telefon eller e-post.</p>	<p>Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.</p> <p>Les mer om dette på temasidene Hva skal du forske på?</p>
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Det vil bli gjennomført 20 samtaleintervju	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Vedlegg intervjuguide	
<b>9. Datamaterialets innhold</b>		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Opplysningene skal samles inn via intervju med følgende hovedtema: Endringer i hjemmetjenestens arbeidsformer etter samhandlingsreformen Informasjonsutveksling ved overganger (eldre fra spesialisthelsetjenesten til kommunene) Pårørende rolle i samhandlingen/ informasjonsutvekslingen om pasienten. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om eldre med stor og sammensatte behov Avtaler om samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten Endringer etter samhandlingsreformen Se ellers vedlegg Intervjuguide	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.  NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er  NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Spesifiser hvilke	Det vil bli samlet inn kontaktopplysninger til informantene.	
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	Vi har i intervjuguiden lagt inn spørsmål som kjønn, alder, yrke og hvor lenge de har arbeidet i kommunen. Vi får også vite arbeidskommunene fordi kommunene er endel av utvalget vårt.	Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ● Nei ○	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?	I utgangspunktet skal ikke data om tredjeperson registreres. Hvis intervjuobjekt refererer til tredjeperson ved navn så vil navnene bli sladdet/utelatt i transkribering. Vi vil før opptak av intervju be informantene om ikke å omtale evt. personer med fullt navn.	
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input checked="" type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn	Se over.	

10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.  Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  Les mer om krav til samtykke
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja • Nei ○	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?	Personidentifiserbare opplysninger og datamaterialet oppbevares i adskilte mapper på institusjonens server. Kun prosjektleder har tilgang til mappen med koblingsnøkler og kun prosjektleder kan gi andre tilgang til denne mappen.  Datamaterialet (intervjuene) blir oppbevart i en mappe for seg på sikker institusjons-server. Ingen andre enn prosjektdeltagerene vil få tilgang til mappen med intervjuene. Mappene er kun tilgjengelig ved pålogging til nettverket, også gjennom VPN. Alle PC-er er beskytta med brukernavn og passord fra institusjonen si side. Alle prosjektdeltagerene har eine låsbare kontor.  Lydfilene oppbevares i mappen for koblingsnøkler til de er ferdig transskriberte. Etter transskribering slettes lydfilene og koblingsnøkkel og intervjudata lagres hver for seg, som beskrevet over.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei •	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja ○ Nei •	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		

Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja ● Nei ○	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.  Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Tilgang til datamaskin er beskyttet med brukernavn og passord og står i et låsbart rom. Intervju og koblingsnøkkel oppbevares i adskilte mapper på en sikker server hos ansvarlig insititusjon (HiSF).  Opptak skal transkriberes og deretter slettes.  Se for øvrig punktet over.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Diktafon blir lagt i en reisesafe under transport.  På grunn at vi er to institusjoner som samarbeider om prosjektet må vi utveksle intervjudata. Dette blir gjort via minnepenn/minnekort eller epost hvis det blir gitt tillatelse av av NSD.  Lydfilene skal så snart det lar seg gjøre, lagres og krypteres i mappe på sikker server i institusjonene, og slettes fra diktafonen.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja ● Nei ○	
Hvis ja, hvem?	Siri Ytrehus (HiSF) Karianne Røssummoen Øyen (HiSF) Geir Liavåg Strand (Vestlandsforskning)	
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei ●	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja ● Nei ○	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres  Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?	Transkriberingsassistent Atle Solheim Ytrehus (student). Studenten skal signere taushetsavtale. Formell kontrakt kan ettersendes NSD.	
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ○ Nei ●	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:16.05.2013	

	Prosjektslutt:01.01.2015	<p>Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.</p> <p>Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte</p>
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	<p>Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.</p> <p>Les mer om anonymisering</p>
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	<p>Det er ikke innsamlet personidentifiserbare data i intervjuet. Etter transkribering blir lydfilen slettet.</p>	<p>Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.</p> <p>Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.</p> <p>Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.</p> <p>Les om arkivering hos NSD</p>
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	Undersøkelsen er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune.	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	3	



Karianne Røssummoen  
Institutt for sjukepleieutdanning  
Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Postboks 523  
6803 FØRDE

Vår dato: 15.05.2013

Vår ref:34533 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.05.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34533                                      *Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?*  
*Behandlingsansvarlig*                *Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder*  
*Daglig ansvarlig*                      *Karianne Røssummoen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering



## Appendiks F: Informasjonsskriv ledere. Delstudie to

### Informasjonsskriv for ledere i pleie/omsorg, helse- og sosialtjenestene i Sogn og Fjordane

#### Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre undersøkelse om samhandlingsreformen og hjemmetjenesten i din kommune.

Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning skal gjennomføre en undersøkelse med hovedtema: «Hvordan møter kommunene i Sogn og Fjordane samhandlingsreformen?». Undersøkelsen skal ha et særlig fokus på hjemmetjenesten. Undersøkelsen er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune.

Undersøkelsen består av tre delundersøkelser: en kvalitativ undersøkelse basert på intervju med ansatte i hjemmesykepleien, en oppfølgende spørreskjemaundersøkelse og en kvalitativ studie basert på intervju med pårørende.

Denne henvendelsen gjelder den andre delundersøkelsen, spørreundersøkelsen.

Vi ønsker å sende ut spørreskjema via e-post til ansatte i hjemmetjenesten som arbeider med eldre over 65 år.

Hensikten er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg utfordringer i samhandlingsreformen, særlig med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av en hjemmetjeneste som kan sikre ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov.

Spørreundersøkelsen vil inkludere alle kommunene i Sogn og Fjordane.

#### Vi har følgende inklusjonskriterier for spørreskjemaundersøkelsen:

- ansatte med høyskoleutdanning eller fagutdanning
- stilling i hjemmesykepleien og/eller omsorgsbolig
- jobber pasientrettet og mot den eldre bruker
- jobber både dag og kveld
- både kvinner og menn

Vi ønsker å presisere at denne undersøkelsen gjelder ikke ansatte som har sitt arbeidssted ved sykehjem (definert som institusjon).

I forbindelse med spørreundersøkelsen setter vi stor pris på om din kommune kan være behjelpelig med å skaffe oss e-postadressene til de aktuelle informantene.

Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, og prosjektmedarbeidere er høgskolelektor Karianne Øyen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og forsker Geir Liavåg Strand ved Vestlandsforskning.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Kontakt gjerne undertegnende dersom du har spørsmål om undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Karianne Øyen

Geir Liavåg Strand

Karianne.Rossummoen.Oyen@hisf.no

gst@vestforsk.no

## Spørsmål om deltaking i spørjeskjemaundersøking.

### Spørjeskjemaundersøkinga er knytt til ei undersøking om samhandlingsreforma og heimetenesta i Sogn og Fjordane.

Høgskulen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning skal gjennomføre ei undersøking med hovudtema: «Korleis møter kommunane i Sogn og Fjordane samhandlingsforma?».

Undersøkinga skal ha eit særleg fokus på heimetenesta. Undersøkinga er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune, sjå vedlagt skriv frå fylkeskommunen.

Undersøkinga inneheld tre delar, ei kvalitativ undersøking basert på intervju med dei tilsette i heimetenesta i delar av Sogn og Fjordane, ein oppfølgjande spørjeskjemaundersøking og ein kvalitativ studie basert på intervju med pårørande.

Denne førespurnaden gjeld den andre delundersøkinga.

Vi skal sende ut spørjeskjema via e-post til alle tilsette i heimetenesta. Undersøkinga handlar om heimetenester til eldre over 65 år. Med heimeteneste meiner vi helsepersonell som arbeidar som leiarar, eller omsorgsyttarar i ambulerande teneste og/eller i omsorgsbustad og/eller bukollektiv, eller i kombinasjon av stilling i heimetenesta og institusjon. Tilsette i sjukeheim er ikkje ein del av denne undersøkinga (arbeidsstad som definerast som institusjon).

Målet med undersøkinga er å få kunnskap om korleis heimetenesta tilpassar seg utfordringar i samhandlingsreforma, særleg med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av ei heimeteneste som skal sikre ivaretaking av eldre med store og samansette hjelpebehov.

Spørjeundersøkinga omfattar alle kommunane i Sogn og Fjordane.

Alle tilsette i heimetenesta som oppfyller følgjande skal svare på spørjeskjemaundersøkinga:

- Tilsette med høgskuleutdanning eller fagutdanning
- Stilling i heimetenesta (ambulerande heimesjukepleie) og/eller samlokalisert omsorgsbustad/bukollektiv, eller kombinererte stillingar mellom heimetenesta og/eller rehabiliterings- og/eller avlastningsavdeling og/eller sjukeheim
- Arbeider pasientretta og mot den eldre brukar
- Arbeider både dag og kveld
- Både kvinner og menn

Spørjeskjemaundersøkinga blir gjennomført som ei nettbasert undersøking ved bruk av verktøyet Questback. Det vil si at det blir sendt ut ein link til undersøkinga på e-post til tilsette. Det vil være frivillig å svare på undersøkinga. Å svare på spørsmåla tek om lag 30 minutt.

Du har mulighet til å trekke deg når som helst undervegs, utan å måtte grunngje dette nærare. Dersom du trekker deg vil alle innsamla data om deg verte anonymiserte og sletta. Opplysningane vil bli behandla konfidensielt, og ingen enkeltpersonar vil kunne gjenkjennast i den endelege rapporteringa frå prosjektet. Opplysningane anonymiserast og vil bli sletta når prosjektet blir avslutta, innan 1/7-2015.

Vi håpar du har moglegheit til å delta. Kontakt oss gjerne dersom du ønskjer meir informasjon om undersøkinga.

Prosjektleder for undersøkinga er professor Siri Ytrehus; Høgskulen i Sogn og Fjordane, prosjektmedarbeidarar er høgskulelektor Karianne Øyen ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og forskar Geir Liavåg Strand ved Vestlandsforskning.

Studien er meldt til Personvernombodet for forskning, Norsk Samfunnsvitskapeleg Datateneste (NSD).

Om noko er uklart ber vi om at De tar kontakt med:

Med venleg helsing

Karianne Øyen

Geir Liavåg Strand

Karianne.Rossummoen.Oyen@hisf.no

gst@vestforsk.no

Telefon: 97028852/57722645

Telefon: 95191753

**Korleis møtar kommunane samhandlingsreforma?****Spørjeskjemaundersøking**

Dette er ei spørjeskjemaundersøking som er retta mot tilsette i heimetenesta som arbeidar med eldre.

Spørjeskjemaundersøkinga handlar om heimetenesta sitt arbeide med eldre pasientar og brukarar.

Bakgrunnen for undersøkinga er «Samhandlingsreforma» som vart sett i verk i 2012. Reforma får konsekvensar både for brukarar/pasientar og tilsette i heimetenesta. Det er derfor viktig å få fram synspunkt og vurderingar frå deg som arbeider med dei eldre.

Vi håper du tek deg tid til å svare. Undersøkinga vil ta omlag 30 minutt. Alle som deltek er automatisk med i ei trekking om 3 premiar på Flaxlodd for 500 kroner!

For meir informasjon klikk på denne lenkja:

<http://www.hisf.no/no/content/download/30911/215772/file/Informasjonsskriv+deltakarar+okt+2013.pdf>

Identiteten din vil vere skjult.

Les om skjult identitet. (I eit sprettoppvindaug)

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Disse spesielle handlingane er knytt til dei følgjande alternativa:

- Kun i sjukeheim : Go to end

**Informasjon:** Denne spørjeundersøkinga er retta mot tilsette som arbeidar i heimetenesta. Med heimetenester meiner vi tilsette som arbeidar i samlokaliserte omsorgsbustader, bukollektiv, ambulerande heimesjukepleie eller kombinasjonar av dei ulike tilboda. Tilsette som arbeidar i kombinasjon av heimeteneste og sjukeheim er og inkluderte i denne studien.

Tilsette som kun arbeidar i sjukeheim er diverre *ikkje* inkludert i denne spørjeundersøkinga.

**1) Arbeidsstad. Kryss for alle moglege alternativ.**

- Ambulerande heimesjukepleie (reiser rundt i kommunen)
- Bukollektiv
- Samlokaliserte omsorgsbustader
- Korttids/rehabiliteringsavdeling
- Arbeider både i heimetenesta (ambulerande og/eller bukollektiv og/eller omsorgsbustader) og sjukeheim
- Kun i sjukeheim

**2) Kryss av for kva kommune du arbeidar i**

- Askvoll kommune  Aurland kommune  Balestrand kommune  Bremanger kommune  Flora kommune  Førde kommune  Eid kommune  Fjaler kommune  Gaular kommune  Gloppen kommune  Gulen kommune  Høyanger kommune  Jølster kommune  Hornindal kommune  Hyllestad kommune  Leikanger kommune  Luster kommune  Lærdal kommune  Naustdal kommune  Selje kommune  Sogndal kommune

Solund kommune  Stryn kommune  Vik kommune  Vågsøy kommune  
 Årdal kommune

**3) Alder: Skriv inn alder ved å bruke tall.**

**4) Kjønn**

- Mann  
 Kvinne

**5) År i helsevesenet**

- Mindre enn eitt år  
 Meire enn eitt år



**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- ( ◦ If «År i helsevesenet» equals «Meire enn eitt år»
- )

**6) Antall år. Bruk heile tal**

**7) År i heimetenesta.**

- mindre enn eitt år  
 meire enn eitt år



**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- ( ◦ If «År i heimetenesta.» equals «meire enn eitt år»
- )

**8) Antall år. Bruk heile tal**

**9) Noverande stilling. Kryss av for alle moglege alternativ.**

- Hjelpepleiar  Helsefagarbeidar  Omsorgsarbeidar  Sjukepleiar   
Vernepleiar  Ergoterapeut  Ressursperson i nettverkssarbeid   
Koordinator  Fagutviklar  Gruppeleiar  Avdelingsleiar  Anna

**10) Fagstilling eller leiarstilling?**

- Fagstilling  
 Leiarstilling  
 Delt stilling (Både fagstilling og leiarstilling)

**Utdanning****11) Utdanning**

- Hjelpepleiar  
 Hjelpepleiar med vidareutdanning  
 Hjelpepleiar med spesialutdanning  
 Helsefagarbeidar  
 Helsefagarbeidar med vidareutdanning  
 Helsefagarbeidar med spesialutdanning  
 Omsorgsarbeidar  
 Omsorgsarbeidar med vidareutdanning  
 Omsorgsarbeidar med spesialutdanning  
 Sjukepleiar  
 Sjukepleiar med vidareutdanning  
 Sjukepleiar med spesialutdanning  
 Vernepleiar  
 Vernepleiar med vidareutdanning  
 Vernepleiar med spesialutdanning  
 Ergoterapeut  
 Ergoterapeut med vidareutdanning  
 Ergoterapeut med spesialutdanning  
 Anna

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
- If «Utdanning» equals «<#other#>Anna»
- )

**12) Hvis Anna: kva for utdanning?****13) Kortvarige kurs (dag, veke). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.**

- Ikkje aktuelt  
 Aldersdemens  
 Blodprøvetaking  
 Diabetes

- Forflytting
- Førebygging av vold
- Individuell plan
- Kols
- Rehabilitering
- Sår
- Ulike kurs om prosedyrar
- Ulike kurs om tekniske hjelpemidlar
- Anna



### Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Kortvarige kurs (dag, veke). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.» equals «<#other#>Anna»
- )

#### 14) Hvis Anna: kva for kortvarige kurs?

#### 15) Langvarige kurs. Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.

- Ikkje aktuelt
- Demensomsorgens ABC (1,5 r)
- Eldreomsorgens ABC (1,5 år)
- Miljøbehandling i eldreomsorga (ca. 2 år)
- Etisk kompetanseheving

### Fagskule vidareutdanning:

Vidareutdanning for hjelpepleiarar, helsefagarbeidarar og omsorgsarbeidarar.

#### 16) Fagskule vidareutdanning (opp til 60 fagskulepoeng). Kryss av for alle aktuelle svar:

- Ikkje aktuelt
- Eldreomsorg
- Demensomsorg og alderspsykiatri
- Helse, aldring og aktiv omsorg
- Kreftomsorg og lindrande pleie
- Psykisk helsearbeid
- Livsstils- og kroniske sjukdomar
- Rehabilitering
- Rus og avhengigheitsproblematikk
- Anna

### Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If « Fagskule vidareutdanning (opp til 60 fagskulepoeng). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.» equals «<#other#>Anna»
- )

#### 17) Hvis Anna: kva for fagskule vidareutdanning?

#### 18) Høgskuleutdanning eller universitetsutdanning etter avslutta bachelorgrad (15-90 s

- Ikkje aktuelt
- Aktiv omsorg - fysisk aktivitet og naturopplevingar i helsefremjande arbeid (30 st.p)
- Akuttsjukepleie for kommunehelsetenesta (30 st.p)
- Aldring og eldreomsorg (60 st.p)
- Alderspsykiatri (30 st.p)
- Anestesisjukepleie (90 st.p)
- Arbeidshelse (30 st.p)
- Allmenhelse (30 st.p)
- Demens (30 st.p)
- Demens og alderspsykiatri (15st.p)
- Demens og alderspsykiatri (30 st.p)
- Eldres helse
- Folkehelse
- Habilitering og rehabilitering
- Helsepsykologi (30 st.p)
- Heimesjukepleie (60 st.p)
- Intensivsjukepleie (90 st.p)
- Kreftsjukepleie (60 st.p)
- Kunnskapsbasert praksis for helsefag (15 st.p)
- Klinisk sjukepleie, diabetessjukepleie (del 1, 60 st.p)
- Klinisk sjukepleie, kardiologisk sjukepleie (del 1, 60 st.p)
- Legevaktssjukepleie (60 st.p)
- Lindrande behandling, pleie og omsorg 1 (15 st.p)
- Lindrande behandling, pleie og omsorg 2 (15 st.p)
- Målretta miljøarbeid
- Organisering av helse- og sosialtenester til eldre (15 st.p)
- Operasjonssjukepleie (90 st.p)
- Pedagogisk rettleiing – grunnlag og metodar (15 st.p)
- Psykisk helsearbeid (60 st.p)
- Rettleiing – innføringskurs (15.st.p)



- Rusproblematikk og rusarbeid (60 st.p)
- Slagbehandling basert på Bobathkonseptet (15 st.p)
- Spesialpedagogikk (30 st.p)
- Anna



### Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Høgskuleutdanning eller universitetsutdanning etter avslutta bachelorgrad (15-90 studiepoeng). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.» equals «<#other#>Anna»
- )

### 19) Hvis Anna: Kva for høgskuleutdanning eller universitetsutdanning?

### 20) Masterutdanning eller hovudfag?

- Ikkje aktuelt  Påbegynt utdanning  Avslutta utdanning



### Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Masterutdanning eller hovudfag?» equals «Påbegynt utdanning»
  - eller
  - If «Masterutdanning eller hovudfag?» equals «Avslutta utdanning»
- )

### 21) Masterutdanning eller hovudfag (120 studiepoeng). Kryss av for alle aktuelle svaralt

- Funksjonshemming og samfunn
- Helse- og sosialfag- Meistring og myndiggjering
- Klinisk helsevitskap- anvendt klinisk forskning
- Klinisk helsevitskap- Fedme og helse
- Klinisk sjukepleie
- Kunnskapsbasert praksis for helsefag
- Mastergrad i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjonar overfor sårbare grupper
- Master i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge
- Master i psykisk helsearbeid
- Master i tverrfagleg helsearbeid
- Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre
- Master i jordmorfag
- Organisasjon og leing-helse- og velferdsleing
- Samhandling innan helse- og sosialtenesta
- Anna mastergrad/hovudfag

«Pleie-og omsorgsmeldingar (PLO-meldingar):

Er standardiserte elektroniske meldingar til bruk i samhandlinga mellom pleie- og omsorgstjenesta, fastlege og helseføretak.

**Eksempel på elektroniske dialogmeldingar:**

Elektronisk informasjon mellom fastlege og omsorgstenesta.

Elektronisk melding om innlagt pasient i helseføretaket.

Elektronisk innleggingsrapport til helseføretaket frå kommunen.

Tidlegmelding om behov for eller endra behov for kommunale helesetenester.

Dialogmeldingar hvis behov for meir opplysningar mellom helseføretak og kommunehelsetensta.

Melding om utskrivingsklar pasient frå helseføretaket.

Tilbakemelding på mottak av utskrivingsklar pasient frå kommunehelsetenesta.

Elektronisk utskrivingsrapport frå helseføretaket til omsorgstenesta.

Elektronisk epikrise frå helseføretaket til fastlege.

Elektronisk medisinliste

E- reseptar

**22) I kva grad bruker du elektroniske meldingar for å utveksle informasjon om brukarar**

Vel alternativ

**23) Kven sender de elektroniske meldingar til? Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.**

Ikkje i bruk i heimetenesta i vår kommune  Helseføretaket  Fastlege

Koordinator i kommunen  Intern mellom kollegaer i heimetenestene

Andre

**24) Korleis bruker de elektroniske meldingar? Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.**

Ikkje aktuelt

Informasjon til avdeling i helseføretaket om pasient

Mottak av informasjon om brukarar/pasient frå helseføretaket til heimetenesta

Rapportering av endring av tilstand til brukar/pasient til fastlege

Førespurnad om endring av medisinliste til fastlege

Melding frå fastlege til helsepersonell

Tverrfagleg samarbeid om brukarar/pasientar

Anna

**25) Er det innført elektroniske mellom helseføretaket og heimetenesta i din kommune. S**

Ja

- Nei  
 Under utprøving  
 Veit ikkje



**26) Fungerer desse meldingsformene tilfredstillande? Set kun eit kryss for kvar linje.**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Veit ikkje
Ved tidlegmelding om behov for kommunale tenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved melding om endra utreisedato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved melding om endra funksjonsnivå og/eller aukande hjelpebehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved melding om utskrivingsklar pasient (dato, og behandlingsansvarleg lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved elektronisk utskrivingsrapport som sikrar at kommunen kan gje forsvarleg oppfølging (Sjukepleieopplysningar og legeopplysningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved melding om utskriven pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27) Får dei rette personane i heimetenesta naudsynt informasjon frå helseføretaket for i**

- Ikkje i det heile tatt  
 I svært liten grad  
 I liten grad  
 I nokon grad  
 I stor grad  
 I svært stor grad  
 Veit ikkje

**28) Korleis har elektroniske meldingar har påverka kvaliteten på kommunikasjon mellom**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikkje aktuelt
Elektroniske meldingar har ført til betre kommunikasjon med helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikkje aktuelt
Elektroniske meldingar har ført til betre kommunikasjon med fastlege							
Elektroniske meldingar har ført til tettare samarbeid om pasientar med eigen leiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroniske meldingar har ført til at det er lettare å arbeide tverrfagleg om brukarar/pasientar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Elektroniske reseptar.

Elektronisk resept er ein resept som ikkje blir skriven ut på papir, men som legen sender elektronisk frå si datamaskin til ein sentral database.

E-Resept blir innført for å gje tryggare legemiddelbruk, enklare rutiner og betre utnytting av samfunnet sine ressursar.

### 29) Kva har e-reseptar ført til? Set kun eit kryss for kvar linje

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Veit ikkje
Raskare oppdatering av eldre sine medisinlister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enklare å halde seg oppdatert på medikamenta til den enkelte eldre brukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Spørsmål vedrørende ulik type samhandling

### 30) Har dei eldre brukarane/pasientane i heimetenesta (heimesjukepleien/omsorgsbust

	Ja, endringa har skjedd over lengre tid	Ja, endringane har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012	Nei, ingen merkbare endringar
Fleire eldre er sjukare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre er meir hjelpetrengande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja, endringa har skjedd over lengre tid	Ja, endringane har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012	Nei, ingen merkbare endringar
Fleire eldre har meir samansette sjukdomstilstandar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre har meir psykiske problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre har meir sosiale problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre er einsame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre har både psykiske, sosiale og medisinske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31) Meiner du at eldre brukarar/pasientar vert skrivne ut for tidleg etter 2012?**

- Ja  
 Nei  
 Som før  
 Veit ikkje

**32) Dersom ja, grunngje svaret**

**Forklaring sjekkliste:**

Sjekkliste skal sikre trygge overføringar for brukarar og pasientar som skal overflyttast.

Sjekklista er eit "hugseliste" som helsepersonell brukar for å sikre seg at naudsynte opplysningar følgjer brukaren/pasienten ved overflyttingar. Td. opplysningar om brukaren/pasienten sin tilstand, tidligare anamnese, medisinar osv.

**33) Har kommunen din innført systematisk bruk av sjekklister ved overflytting av eldre i**

	Ja	Nei	Usikker
Ved innlegging til helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til intermediaære sengepostar (sengepostar i kommunen som tilbyr behandling som elles er tilgjengeleg i sjukehus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved flytting til omsorgsbustad/bukollektiv i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til avlastnings/korttids opphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til rehabiliteringsopphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til langtidsdopphald i sjukeheim i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Forklaring risikovurdering:**

Risikovurdering blir gjort for å vurdere om det er ein fare for at brukaren/pasienten kan få ei auka belastning i form av td. forverring av tilstand, forvirring, fare for dødsfall under transport/overflytting frå t.d heimstaden til anna helsetilbod

**34) Har du erfaring med at heimetenesta utfører ei risikovurdering av eldre før overførin**

	Ja	Nei	Veit ikkje
Ved innlegging til helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til intermediære sengepostar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til avlastingsopphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til rehabiliteringsopphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til sjukeheim i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35) Har du vore ansvarleg for å ta i mot eldre brukarar/pasientar som har vorte utskrivn**

- Ofte  Av og til  Sjeldan  Aldri

**36) Blir tenestene til den eldre brukar/pasient godt nok koordinerte? Set kun eit kryss fr**

	Ja	Nei	Både og	Har ingen erfaring med dette
Mellom institusjonar i kommunehelsetenesta og heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellom kommunehelsetenesta og helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellom fastlegane og heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37) Dersom du har erfaring med fagnettverkssamarbeid oppretta av helseføretaket: Korl**

	Har ingen erfaring med dette	Svært nyttig	I stor grad nyttig	I nokon grad nyttig	I liten grad nyttig	Ikkje nyttig i det heile tatt
Ressursnettverket i kreftomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagnettverk i diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oksygenkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38) Dersom du har mottatt spesifikk rettleiing knytt til enkeltpasientar frå helseføretake**

- Har ingen erfaring med dette  
 Svært nyttig

- I stor grad nyttig
- I nokon grad nyttig
- I liten grad nyttig
- Ikkje nyttig i det heile tatt

**39) Dersom du har erfaring med ambulerande team frå helseføretaket, kor nyttig opplev**

	Har ingen erfaring med dette ambulerande teamet	Svært nyttig	I stor grad nyttig	I nokon grad nyttig	I liten grad nyttig	Ikkje nyttig i det heile tatt
Palliativt team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatri team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rus team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALS team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40) Dersom du har hospitert hos helseføretaket, kor fagleg nyttig opplevde du hospiterir**

- Har ikkje hospitert
- Svært nyttig
- I stor grad nyttig
- I nokon grad nyttig
- I liten grad nyttig
- Ikkje nyttig i det heile tatt



**41) Korleis opplever du at samhandlinga med helseføretaket fungerer i samband med ut**

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Tilgang til epikrise frå helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgang til sjukepleiedokumentasjon frå helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgang til rett kontaktperson i helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunehelsetenesta får tilstrekkeleg tid til å få på plass nødvendig teknisk utstyr for heimesjukepleia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukaren/pasienten har med seg naudsynte medisinar og reseptar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporten er tilpassa den enkelte pasients behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42) Får du den informasjon som trengst frå helseføretaket når eldre brukarar/pasientar**

- Ikkje i det heile tatt
- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**43) Har du sjølv gjeve informasjon til helseføretaket når eldre brukarar/pasientar har vorte lagt inn frå heimen sin?**

- Ja
- Nei
- Ikkje aktuelt

### Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Har du sjølv gjeve informasjon til helseføretaket når eldre brukarar/pasientar har vorte lagt inn frå heimen sin?» equals «Ja»
- )

**44) Dersom ja, i kor stor grad sørgjer du for at følgjande informasjon om eldre brukarar, blir gjeve til helseføretaket?**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad.
Innleggingsrapport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisinliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**45) I kva grad får pårørende informasjon av deg når eit eldre familiemedlem skal leggja inn?**

- Ikkje i det heile tatt
- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**46) Alt i alt, korleis opplever du at kommunikasjon og informasjonsoverføring fungerer i helseføretaket?**

- Ikkje tilfredsstillande i det heile tatt
- I svært liten grad tilfredsstillande
- I liten grad tilfredsstillande
- I nokon grad tilfredsstillande
- I stor grad tilfredsstillande
- I svært stor grad tilfredsstillande

**47) Alt i alt, kva meiner du kan bli betre ved kommunikasjon og informasjonsoverføring i helseføretaket?**



**48) Opplever du at heimetenesta (heimesjukepleie, omsorgsbustad, bukollektiv) arbeida**

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Ved regelmessig veging av eldre brukarar/pasientar med ernæringsmessige utfordringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved regelmessig monitorering av fysiologiske data hos eldre brukarar/pasientar med kjende lidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved å sikre naudsynte legetilsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49) Opplever du at heimetenesta (heimesjukepleie, omsorgsbustad, bukollektiv) arbeida**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Legg til rette for trivsel for den eldre brukar/pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legg til rette for god ernæring hos den eldre brukar/pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved å gjere fallførebyggjande arbeid i den eldre brukar/pasient sin heim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved å stimulere den eldre brukar/pasient til aktivitet/deltagelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50) I kor stor grad tilpassar heimetenesta (heimesjukepleie/omsorgsbustad/bukollektiv)**

- I svært liten grad  
 I liten grad  
 I nokon grad  
 I stor grad  
 I svært stor grad

**51) Kan heimetenesta (heimesjukepleie/omsorgsbustad/bukollektiv) raskt tilpasse pers**

- Ikkje i det heile tatt  
 I svært liten grad  
 I liten grad  
 I nokon grad  
 I stor grad  
 I svært stor grad.

**52) I kor stor grad tilpassar heimetenesta (hjemmesykepleie/omsorgsbustad/bukollektiv)**

- Ikkje i det heile tatt
- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**53) Har du opplevd endring av dine arbeidsoppgåver i heimetenestene etter samhandlin**

- Nei, ingen merkbare endringar
- Nei, endringa i arbeidsoppgåvene har skjedd over lengre tid
- Ja, endringa i arbeidsoppgåvene har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012



**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Har du opplevd endring av dine arbeidsoppgåver i heimetenestene etter samhandlingsreforma 2012» equals «Ja, endringa i arbeidsoppgåvene har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012»
- )

**54) Viss ja i kva grad? Set kun eit kryss for kvar linje**

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Ja, eg gjer arbeidsoppgåver som før reforma, vart gjort av andre yrkesgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, eg gjer arbeidsoppgåver som tidligare vart gjort av spesialisthelsetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, oppgåvene har vorte meir varierte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, oppgåvene har vorte meir vanskelege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, arbeidsdagen har vorte meir hektisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, arbeidsdagen har vorte meir interessant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**55) Korleis er fagkompetanse vektlagt på din arbeidsplass etter 2012? Set kun eit kryss**

	I større grad	I varierende grad	I mindre grad	Inga endring
Auka fokus på å få høgare fagutdanning på alt personell i heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auka fokus på å søke rettleiing hjå personale med spesialkompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I større grad	I varierende grad	I mindre grad	Inga endring
Auka fokus på samarbeid med ulike fagnettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dei som har fagkompetanse arbeider nært og direkte til brukarane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dei som har fagkompetanse får anledning til å drive utviklingsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**56) I kor stor grad har du tilgang til personar med naudsynt kompetanse innanfor følgja**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Førebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eldre med fleire lidningar og nedsett funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Væske og infusjonsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sårbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske lidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruslidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenslidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindrane behandling og omsorg til døyande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknologiske løysingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tverrfagleg samarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordineringsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettleiing av eldre i helsefremjande tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettleiing av eldre i førebyggjande tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilrettelegging av bustad og omgjevnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenthandtering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandling med frivillige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørandearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomiske støtteordningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**57) Har du erfart en endring av bruk av desse kunnskapskjeldene etter 2012? Set kun ei**

	Svært stor endring	Stor endring	Noko endring	Lite endring	Svært liten endring	Veit ikkje
Rettleiing frå helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagbøker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasjonale retningslinjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forsking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helsebiblioteket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**58) Oppleve du at det er eit fagleg samarbeid på tvers av kommunegrensene?**

- Ja  
 Nei

**59) Tykkjer du at det burde vore meir fagleg samarbeid på tvers av kommunegrensane?**

- Ja  
 Nei

**60) I vanskelege pasientsituasjonar, kva opplever du som viktigast å få tilgang til av kor**

Større tilgang til sjukepleiarar med spesialutdanning i vekedagane	<input type="text"/>
Større tilgang til kommunale team i vekedagane	<input type="text"/>
Større tilgang til interkommunale team i vekedagane	<input type="text"/>
Større tilgang til spesialistteam frå helseføretaket i vekedagane	<input type="text"/>
Større tilgang til sjukepleiarar med spesialutdanning i helgane	<input type="text"/>
Større tilgang til kommunale team i helgane	<input type="text"/>
Større tilgang til interkommunale team i helgane	<input type="text"/>
Større tilgang til spesialistteam frå helseføretaket i helgane	<input type="text"/>
Større tilgang til allmenlege (fastlege/vaktlege)	<input type="text"/>

**61) Grader korleis du opplever følgjande i din arbeidskvardag. Set kun eit kryss for kvar**

	Ikkje aktuelt	I svært stor grad	I stor grad	I nokon grad	I liten grad	I svært liten grad
Opplever du reisetida i heimetenesta som belastande?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppleve du uttrygghet når du er ute og køyrer i heimetenesta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppleve du meir fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgåvene i heimetenesta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**62) Når brukaren/pasienten bur langt frå basen, i kva grad gjer du følgjande vurderinga**

	I svært stor grad	I stor grad	I nokon grad	I liten grad	I svært liten grad
Vurderer pasientryggleiken for brukaren/pasienten som bur langt frå basen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vurderer meir bruk av teknologiske hjelpemidler når brukaren/pasienten bur langt frå basen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**63) Opplever du at eldre brukarar/pasientar får meir hjelp dersom dei bur i sentrum av l**

- Ja, endringa har skjedd over lengre tid  
 Ja, endringa har skjedd først og fremst etter samhandlingreforma vart innført i 2012  
 Nei, ingen merkbare endringar  
 Veit ikkje

**64) I kor stor grad har du merka endringar innanfor følgjande område etter 2012? Set k**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Avtalefesta samarbeid mellom ulike institusjonar i kommunen og heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avtalefesta samarbeid mellom kommunen og helsføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarare retningslinjer når det gjeld flytting av pasienten mellom ulike kommunale tilbod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på formidling av tilstrekkeleg informasjon når pasienten har vore på korttidsopphald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på formidling av tilstrekkeleg informasjon når pasienten har vore på rehabiliteringsopphald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov for fleire tilsette i heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endra fokus på å behandle og følgje opp fleire eldre pasientar med samansette lidingar i heimkommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppretting av akutt plassar i kommunen til eldre med kjende diagnosar i forverring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på effektiv tidsbruk og praktisk organisering av arbeidsdagane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Meir fokus på tverrfagleg samarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gir større mogelegheiter for tilsette til å tilpasse hjelpa til den eldre sitt behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjer det lettare å tilby tenester til det tidspunktet brukarane trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på tildeling av hjelpemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på å gje større sjølvstende for tilsette i heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på å gje større handlingsrom for tilsette i heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Individuell plan:** er eit verkty for å lage eit tenestetilbod som er tilpassa brukarane sine behov. Planen skal vere eit verkty for samarbeid mellom brukaren og dei ulike tenesteytarane, og den skal vere ein oversikt over tiltak og mål det skal arbeidast etter. Planen skal ta utgangspunkt i brukarens egne mål og behov.

**65) Har du erfaring med bruk av individuell plan til eldre med samansette problemstillingar?**

- Ja  
 Nei  
 Veit ikkje

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Har du erfaring med bruk av individuell plan til eldre med samansette problemstillingar i heimestenesta?» equals «Ja»
- )

**66) Hvis den individuelle planen ikkje fungerer, kva er årsaka?**

	Ja	Nei	Usikker
Lite erfaring hos personalet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglande kompetanse hos personalet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er for krevande for mange eldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tar for mykje tid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**67) Korleis er organiseringa av heimetenestene/omsorgsbustader/bukollektiv endra ett**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Veit ikkje
Inndelt i fagteam som arbeidar kun med brukarar/pasientar vi har fagkunnskap om	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organsiert ut i frå geografiske hensyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inndelt i fleire soner/ distrikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inndelt i færre soner /distrikt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**68) Opplever du som fagperson større handlingsrom i forhold til følgjande?**

	Ja	Nei	Veit ikkje
Ta opp faglege spørsmål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endre rutinar etter pasienten sitt behov	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ta ting på sparket når behov oppstår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**69) I kva grad opplever du endringar i samarbeid med fastlegane etter 2012. Grader følgjande**

	I svært stor grad	I stor grad	I nokon grad	I liten grad	I svært liten grad	Veit ikkje
Samarbeidar med fleire fastlegar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føreheld meg til fleire fastlegar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legane svarar raskt på telefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legane brukar oftare e-meldingar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legane reiser ut for å vurdere brukaren/pasienten når heimetenesta ber om det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legane har tilgang til same datasystem som heimetenesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**70) I kva grad opplever du endringar med vaktlegane etter 2012. Grader følgjande svara**

	I svært stor grad	I stor grad	I nokon grad	I liten grad	I svært liten grad	Veit ikkje
Vaktlegen svarar raskt på telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaktlegen kjenner brukaren/pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I svært stor grad	I stor grad	I nokon grad	I liten grad	I svært liten grad	Veit ikkje
Vaktlegen kjenner ikkje pasienten						
Vaktlegen reiser ut for å vurdere brukaren/pasienten i heimen om heimetenesta ber om det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaktlegen har tilgang til same datasystem som heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein ser auka bruk av legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein ser mindre bruk av legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Samhandling med pårørande.

**71) Har du deltatt på opplæring innanfor følgjande område? Set kun eit kryss for kvar lir**

	Ja, som ein del av grunnutdanning	Ja, som ein del av videreutdanning	Ja, som kurs	Nei
Kartlegge og vurdere omsorgsbelastinga for pårørande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartlegge og vurdere dei pårørande sine behov for hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å møte dei pårørande sine behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilpassa rettleiing og opplæring til pårørande i primærbrukaren sine sjukdomar og behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilpassa rettleiing og opplæring i korleis pårørande kan støtte og hjelpe primærbrukaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpemiddel og praktisk tilrettelegging i heimen for å avlaste pårørande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juridiske reguleringar for pårørandearbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**72) Hvis ja, kor omfattande har denne opplæringa vore?**

- Ein dag eller mindre  
 Ei til fire veker  
 Meir eller fire veker

**73) Opplever du at pårørande har fått auka ansvar for eldre hjelpetrequande? Set kun ei**



	Ja	Nei	Har ikkje grunnlag for å vurdere utviklinga
Pårørande har no fått auka ansvar for eldre hjelpetrequande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørande har fått eit auka ansvar for eldre hjelpetrequande dei siste fem åra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørande har fått eit auka ansvar for eldre hjelpetrequande siste 10 åra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**74) Alt i alt , korleis vurderer du bidraget frå pårørande? Set kun eit kryss for kvar linje.**

	Ja	Nei	Både og
Tenesta er heilt avhengig av at pårørande bidrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange pårørande har ein altfor stor omsorgsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenesta er ikkje nok merksame på dei pårørande sin viktige rolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for og støtte pårørande blir sett i verk for seint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**75) Har det vorte meir bruk av frivillige organisasjonar i heimetenesta etter 2012?**

- Ja  
 Nei  
 Veit ikkje

**76) Opplever du at hjelp frå naboar kan være avgjerande for at eldre hjelpetrequande ka**

- Ja  
 Ofte  
 Av og til  
 Sjeldan  
 Aldri



### Teknologiske hjelpemiddel

**77) Kva av desse teknologiske hjelpemidlane er i bruk på den tenestestaden du arbeider**

- Tryggleiksalarm  
 Måling av lys, varme, røyk, fukt  
 Varsling ved fall  
 Døralarmar  
 Måling av medisinske eller fysiologiske data (Fukt, BT etc.)  
 Hjelpemiddel der pasient/pårørande sjølv kan måle oksygenopptak, blodsukker, blodtrykk etc. ved elektronisk monitorering, for eigen vurdering eller der signal vert sendt til helsepersonell for vurdering.  
 Posisjoneringsteknologi som GPS for å finne pasientar

- Elektroniske medisinskap
- Elektroniske dosettar
- Robotar som gir fysisk aktivitet
- Robot kosedyr som gir sosial kontakt.
- Rehabiliteringsrobotar (Hudskjelett)
- Videokommunikasjon og nettbaserte løysingar (tilsyn, kontakt, oppfølging av eiga helse, samhandling og informasjonsoverføring)
- Anna

**78) I kor stor grad opplever du at du har tilstrekkeleg kompetanse om ulike nye teknolo**

- I svært stor grad
- I stor grad
- I nokon grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Ikkje i det heile tatt

**79) Har du fått tilbod om opplæring i bruk av ulike nye teknologiske hjelpemiddel?**

- Ja
- Nei

**80) I kor stor grad opplever du at kommunen kjenner til nye teknologiske løysingar som**

- I svært stor grad
- I stor grad
- I nokon grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Ikkje i det heile tatt

**81) Opplever du at brukaren/pasienten er involvert i avgjerder om bruk av ulike nye tek**

- Ja
- Nei
- Av og til
- Veit ikkje

**82) I kor stor grad trur du at nye teknologiske løysingar og hjelpemiddel kan hjelpe brul**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Kan bidra til auka tryggleik for brukarane/pasientane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Kan bidra til auka meistring for brukarane/pasientane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan bidra til auka tilgjenge til tenesten for brukaren/pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan bidra til auka muligheit til å bu lengre heime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan bidra til auka kompetanse hjå brukaren/pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan avlaste pårørande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**83) Opplever du at brukaren/pasienten får tilbod om opplæring i bruk av ulike nye teknologiske løysingar og hjelpemiddel?**

- Ja  
 Nei  
 Av og til  
 Veit ikkje

**84) I kor stor grad trur du nye teknologiske løysingar og hjelpemiddel kan påverke helse- og omsorgstjenestene?**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Kan redusere reisetida for tilsette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan betre informasjonsflyten mellom ulike kommunale tenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan betre informasjonsflyten mellom helseføretak og kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke tilsette sin mogelegheit til å delta i fagnettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke tilsette sin mogelegheit til å få rettleiing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke mogelegheita for gje meir fleksible tenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke mogelegheita til å gje individtilpassa tenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan føre til uheldig overvaking av brukarane/pasientane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan gjere jobbar innan helse- og omsorg uinteressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Hvordan møter kommunene samhandlingsreformen	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskulen i Sogn og Fjordane	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for helsefag	
Institutt	Institutt for sjukepleieutdanning	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Karianne	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Øyen	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.  NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Stilling	Prosjektmedarbeider	
Arbeidssted	Høgskulen i Sogn og Fjordane	
Adresse (arb.sted)	Vie veg	
Postnr/sted (arb.sted)	6800 Førde	
Telefon/mobil (arb.sted)	97028852 /	
E-post	karianne.rossummoen.oyen@hisf.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Resultater fra et forprosjekt (Kyrkjebø et al., 2013) ligger til grunn for valg av fokus for hovedprosjektet. Hovedfokus legges på hvordan kommunene møter behovene til eldre over 67 år med store og sammensatte hjelpebehov. Et sentralt trekk ved samhandlingsreformen er at denne gruppen skal få flere av sine helsetjenester i kommunen. Prosjektet vil derfor undersøke hvordan hjemmetjenesten følger opp eldre med sammensatte hjelpebehov som kan ha behov for hjelp fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Videre vil vi studere hvordan tjenesten tilpasser seg oppgaver og kompetansebehov, samt se på hvilke tiltak som settes i verk for å møte behovene til eldre med sammensatte hjelpebehov fra ulike instanser.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<input type="radio"/> Enkel institusjon <input checked="" type="radio"/> Nasjonalt samarbeidsprosjekt <input type="radio"/> Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner	Alle fagutdannede som arbeider i hjemmetjenesten i Sogn og Fordane	

Oppgi hvordan samarbeidet foregår	<p>Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning skal gjennomføre en undersøkelse med hovedtema: «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?». Undersøkelsen skal ha et særlig fokus på hjemmetjenesten. Undersøkelsen er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune. Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus; Høgskolen i Sogn og Fjordane, prosjektmedarbeidere er høgskolelektor Karianne Øyen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og forsker Geir Liavåg Strand ved Vestlandsforskning. Spørreskjemaet blir utarbeidet og sendt ut via QuestBack ved et samarbeid mellom leder og prosjektmedarbeidere i dette delprosjektet.</p>	
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Utvalget	<p>Undersøkelsen består av tre delundersøkelser: en kvalitativ undersøkelse basert på intervju med ansatte i hjemmesykepleien, en oppfølgende spørreskjemaundersøkelse og en kvalitativ studie basert på intervju med pårørende.</p> <p>Denne henvendelsen gjelder den andre del undersøkelsen. Spørreskjemaundersøkelsen.</p> <p>Vi ønsker å sende ut spørreskjema til alle høyskoleutdannede og fagutdannede som arbeider med eldre over 65 år. Med arbeidsted i hjemmetjenesten, definert av oss som i ambulerende tjeneste, og/eller i samlokaliserte omsorgsboliger og/eller bokollektiv, eller i delte stillinger mellom hjemmetjenesten og/eller rehabiliteringsavdelinger og/eller sykehjem.</p> <p>Hensikten er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg utfordringer i samhandlingsreformen, særlig med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av en hjemmetjeneste som kan sikre ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov.</p> <p>Spørreskjemaundersøkelsen vil bli gjennomført med mål om å inkludere samtlige høyskoleutdannede og fag utdannede i hjemmetjenesten i alle kommunene i Sogn og Fjordane.</p>	<p>Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.</p>
Rekruttering og trekking	<p>Undersøkelsen skal gjennomføres i samtlige kommuner i Sogn og Fjordane. Første henvendelse går til leder/rådmann i de aktuelle kommunene som så sender forespørslene og informasjonsskriv til aktuelle ansatte i kommunene som kan gi prosjektet tilgang til e-postadressene til de ansatte i hjemmetjenesten.</p> <p>Vi har følgende inklusjonskriterier for spørreskjemaundersøkelsen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ansatte med høyskoleutdanning eller fagutdanning</li> <li>•Stilling i hjemmesykepleien og/eller omsorgsbolig</li> <li>•Jobber pasientrettet og møt den eldre bruker</li> <li>•Jobber både dag og kveld</li> <li>•Både kvinner og menn</li> </ul> <p>Vi ønsker å presisere at denne undersøkelsen ikke gjelder ansatte som har sitt arbeidssted ved sykehjem (definert som institusjon).</p>	<p>Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.</p>
Førstegangskontakt	<p>Førstegangskontakten opprettes via e-post. De som ønsker å delta får da presentert en link der de får tilgang på spørreskjemaet.</p>	<p>Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.</p> <p>Les mer om dette på våre temasider.</p>

Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	I utgangspunktet alle som høyskoleutdannede og fagutdannede i Sogn og Fjordane som arbeider i hjemmetjenesten.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse

## 8. Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input checked="" type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Vedlegg spørreskjema.	

## 9. Datamaterialets innhold

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	<p>Opplysningene skal samles inn via spørreskjemaundersøkelse. Det er laget et spørreskjema med hensikt om å avdekke hvordan helse-og omsorgspersonelle imøtekommer endringer etter samhandlingsreformen.</p> <p>Tema:  Bakgrunnsdata  Erfaringer om elektroniske meldingssystem  Samhandling med helseforetaket  Pasientflyt  Helsepersonell i kommunen sin rolle ved innleggelser i sykehus  Helsepersonell i kommunen sin rolle ved utskrivning fra sykehus  Samhandling i kommunehelsetjenesten  Endring av oppgaver og kompetanse  Interkommunalt samarbeid  Pasientperspektiv:  Organisering av hverdagen/oppgaveglidning  Samhandling med fastlege og vaktlege  Samhandling med pårørende  Hjelpemiddel og teknologi</p> <p>Se ellers vedlegg spørreskjema.</p>	<p>Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.</p> <p>NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.</p>
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	<p>Les mer om hva personopplysninger er</p> <p>NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.</p>
Spesifiser hvilke	E-post adresser	
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom

Hvis ja, hvilke?	Vi har i spørreskjemaundersøkelsen lagt inn spørsmål om arbeidsplass, yrke, kjønn.	bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
<b>10. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.  Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.



Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	<p>Personidentifiserbare opplysninger og datamaterialet oppbevares i adskilte mapper på institusjonens server. Kun prosjektleder har tilgang til mappen med koblingsnøkler og kun prosjektleder kan gi andre tilgang til denne mappen.</p> <p>Datamaterialet (svar på spørreskjemaundersøkelsen) blir oppbevart i en mappe for seg på sikker institusjons-server. Ingen andre enn prosjektdeltagerene vil få tilgang til mappen.</p> <p>Mappene er kun tilgjengelig ved pålogging til nettverket, også gjennom VPN. Alle PC-er er beskytta med brukernavn og passord fra institusjonen si side. Alle prosjektdeltagerene har eine låsbare kontor.</p> <p>Svar på spørreskjema oppbevares i mappen for koblingsnøkler til de er ferdig analyserte.</p> <p>Etter analysen slettes datafilene og koblingsnøkkel</p>	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	<p>Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.</p> <p>Les mer om behandling av lyd og bilde.</p>
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskinen er beskyttet med brukernavn og passord. Den står i et låsbart rom.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?	Siri Ytrehus (HiSF) Karianne Røssummoen Øyen (HiSF) Geir Liavåg Strand (VF) Marit Solheim (HiSF)	

Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ● Nei ○	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?	I spørreskjemaundersøkelsen vil vi bruke elektroniske spørreskjema utformet i QuestBack.	
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja ○ Nei ●	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ○ Nei ●	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:15.10.2013 Prosjektslutt:01.07.2015	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.  Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Datamaterialet skal slettes.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.  Les om arkivering hos NSD

<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	Prosjektet finansieres av Sogn og Fjordane fylkeskommune	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	3	

Karianne Røssummoen  
Institutt for sjukepleieutdanning Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Postboks 523  
6803 FØRDE

Vår dato: 28.11.2013

Vår ref: 36289 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.11.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36289</i>	<i>Hvordan møter kommunene samhandlingsreformen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Karianne Røssummoen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 36289

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Vestlandsforskning. Personvernombudet anbefaler at partene inngår en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Innmeldingen gjelder delstudie 2 av 3; spørreskjemaundersøkelse til høyskoleutdannede og fagutdannede som arbeider med eldre over 65 år.

Hensikten er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg utfordringer i samhandlingsreformen, særlig med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av en hjemmetjeneste som kan sikre ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Vi legger til grunn at det inngås en databehandleravtale med Questback, jf. personopplysningsloven § 15.

Prosjektet avsluttes 01.07.2015 og innsamlede opplysninger anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Appendiks K: Intervjuguide. Delstudie tre.

1. Pårørende: alder, kjønn, relasjon, boforhold, yrkesaktivitet før/nå, fritid, fritidsaktiviteter.
2. Pårørende til: forelder/partner/ektefelle: alder, kjønn.
3. Kan du kort beskrive hvilke helsetjenester «personen» har mottatt siste år?
4. Hvilken informasjon fikk du og hvilken rolle hadde du da «personen» ble skrevet ut fra sykehuset?
5. Hvem hjalp til da «personen» ble skrevet ut fra sykehuset?
6. Hvilken type hjelp eller tilbud får pasienten fra helse- og omsorgstjenesten etter utskrivelsen fra sykehuset?
7. Får «personen» de tjenestene han/hun har behov for?
8. Hvor godt synes du disse tjenestene fungerer, og hva kunne fungert bedre?
9. Hvilken informasjon får du, og hvem informerer deg?
10. Hvilke oppgaver og hvilken rolle har du i forhold til «personen» sine behov? (Hvem har tildelt oppgavene?)
11. Hvordan synes du kommunikasjon og samarbeid fungerer mellom helse- og omsorgstjenesten og deg? (Diskuterer dere hvordan dere kan samarbeide om «personen»?)
12. Hvem kontakter du hvis «personen» trenger hjelp?
13. Hvordan vil du beskrive ditt eget ansvar i forhold til «personen» sine behov? Har dette endret seg?
14. Hvilke hjelp eller tilbud får dere som kan gjøre «personen» mindre avhengig av hjelp i framtiden?
15. På hvilken måte blir du involvert i diskusjon og gjennomføring av dette?
16. Hvilke teknologiske hjelpemidler har dere fått tilbud om?
17. *Hvis teknologiske hjelpemidler er i bruk:*
  - a. Hvor godt fungerer disse hjelpemidlene?
  - b. Hvordan fikk dere opplæring i bruk av disse?
18. Hvordan synes du samarbeidet mellom de ulike tjenestene fungerer?
19. Opplever dere at de ansatte som hjelper, er godt kjent med «personen» sine behov?
20. Opplever du at de ansatte som hjelper dere, har god kunnskap?
21. Hva mener du er viktig for et godt pasientforløp?
22. Er det noe som fungerer mindre godt eller noe du savner i forhold til helse- og pleietjenestene?

TIL PÅRØRENDE TIL PERSON SOM MOTTAR  
HELSE- OG OMSORGSTJENESTER HJEMME

# VESTLANDSFORSKING

[www.vestforsk.no](http://www.vestforsk.no)



Sogndal, juni 2014

Avdeling for helsefag

## Invitasjon til å delta på intervju om helse- og omsorgstjenester

Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning er i ferd med å gjennomføre undersøkelsen «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?» og ønsker å gjøre intervjuer med *pårørende til personer som mottar tjenester fra hjemmetjenesten etter å ha blitt utskrevet fra sykehus*. Med hjelp fra helse- og omsorgstjenesten har du blitt plukket ut som en mulig deltaker for denne undersøkelsen, og dette brevet har blitt videreformidlet til deg av hjemmetjenesten på vegne av prosjektet. Vi håper du har anledning til å delta på intervju for å bidra til å belyse erfaringer fra hjemmetjenesten.

Intervjuet vil være en samtale med en av prosjektets medarbeidere. Det vil vare omtrent en time, og det vil bli tatt opp på bånd og deretter skrevet ned. Det er frivillig å delta på undersøkelsen og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert og slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i prosjektrapporter. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet avsluttes, innen 1/1-2015.

Vi ber om at du returnerer svarslippen nedenfor eller kontakter oss på telefon eller epost om du har anledning til å delta. Kontakt oss gjerne også dersom du ønsker mer informasjon om undersøkelsen.

Vi understreker at hjemmetjenesten utelukkende fungerer som et kontaktpunkt mellom deg og oss, og hjemmetjenesten vil ikke ha innsyn i data som samles inn (intervjumaterialet). Din aksept eller avslag om å delta på intervju skal ikke påvirke forholdet til hjemmetjenesten. Prosjektleder og prosjektmedarbeiderne kjenner ikke din identitet før du velger å svare på denne henvendelsen. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus; Høgskulen i Sogn og Fjordane, prosjektmedarbeidere er høgskolelektor Karianne Øyen og førstelektor Marit Solheim ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og forsker Hilde G. Corneliussen ved Vestlandsforskning.

Med vennlig hilsen

Hilde G. Corneliussen  
Vestlandsforskning  
Telefon: 47900814  
Epost: [hgc@vestforsk.no](mailto:hgc@vestforsk.no)

Siri Ytrehus  
Høgskolen i Sogn og Fjordane  
Telefon: 22963724 / 48254522  
[siri.ytrehus@diakonhjemmet.no](mailto:siri.ytrehus@diakonhjemmet.no)

## Svarslipp

*Erklæring om informert samtykke:*

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?».

Sted/dato: \_\_\_\_\_

Navn på deltaker: \_\_\_\_\_

Tlf./E-post: \_\_\_\_\_

Vennligst kontakt Hilde G. Corneliussen på telefon eller epost

- telefon 4790 0814
- epost [hgc@vestforsk.no](mailto:hgc@vestforsk.no)

eller returner svarslippen i posten til

Hilde G. Corneliussen  
Vestlandsforskning  
Postboks 163  
6851 Sogndal



Sogndal, 02.06.2014

## Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre undersøkelse samhandlingsreformen i din kommunene

Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning er i ferd med å gjennomføre undersøkelsen «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsreformen?», en undersøkelse finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune.

Undersøkelsen består av tre delundersøkelser: en kvalitativ undersøkelse basert på intervju med ansatte i hjemmesykepleien, en oppfølgende spørreskjemaundersøkelse og en kvalitativ studie basert på intervju med pårørende. De to første delene av undersøkelsen er allerede gjennomført, og denne henvendelsen gjelder den siste delundersøkelsen, der målet er å belyse samhandlingsreformens hovedmål gjennom en studie av brukerne sin opplevelse av helse- og omsorgstjeneste. I den forbindelse ønsker vi å gjennomføre intervju med pårørende til personer med erfaring fra sykehusinnleggelse og kommunens helse- og omsorgstjenester. Denne delundersøkelsen utvider og viderefører fokuset fra de to første delundersøkelsene, på hjemmetjenester og samhandlingsreformen i kommuner i Sogn og Fjordane. Det vil bli gjennomført til sammen 10 samtaleintervju. Informantene blir valgt fra kommuner i Sogn og Fjordane.

### Informantene vi søker er altså pårørende, og vi ønsker at følgende kriterier oppfylles:

- Helse- og omsorgstjenester: Pårørende til en eldre som har vært innlagt på sykehus i løpet av siste 12 måneder og deretter blitt skrevet ut til hjemmet eller en omsorgsbolig og mottar hjemmesykepleie i hjemmet eller omsorgsboligen.
- Boligsituasjon: Pasienten skal bo hjemme eller i en omsorgsbolig.
- Den pårørende: Det er ønskelig at den pårørende er ektefelle eller partner til pasienten, men det er også aktuelt å intervju barn av pasienten dersom denne ikke har ektefelle/partner.
- Alder: Det er ønskelig at pasienten er pluss/minus 80 år. Den pårørendes alder er underordnet.
- Kjønn: Både kvinner og menn kan delta.

Vi vil be om at dere formidler vedlagte informasjonsskriv om undersøkelsen til aktuelle deltakere som oppfyller inklusjonskriteriene, så kan de ta direkte kontakt med oss, eller returnere konvolutt med svarslipp via dere (se vedlagt skriv og svarslipp til potensielle informanter). Vi avtaler tid og sted for intervjuet med den enkelte.

Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus; høgskolen i Sogn og Fjordane, prosjektmedarbeidere er høgskole lektor Karianne Øyen ved høgskolen i Sogn og Fjordane og forsker Hilde G. Corneliussen ved Vestlandsforskning. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Kontakt gjerne undertegnende dersom du har spørsmål om undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Hilde G. Corneliussen  
Vestlandsforskning  
Telefon: 47900814  
E-post: [hgc@vestforsk.no](mailto:hgc@vestforsk.no)

## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Vestlandsforskning	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet		
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Hilde G.	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Corneliusen	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.  NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Stilling	Forsker	
Arbeidssted	Vestlandsforskning	
Adresse (arb.sted)	Postboks 163	
Postnr/sted (arb.sted)	6851 Sogndal	
Telefon/mobil (arb.sted)	47900814 /	
E-post	hgc@vestforsk.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Hovedfokus i prosjektet er hvordan kommunene møter behovene til eldre over 67 år med store og sammensatte hjelpebehov. Et sentralt trekk ved samhandlingsreformen er at denne gruppen skal få flere av sine helsetjenester i kommunen. Hovedprosjektet har tre delprosjekter. De to første delprosjektene har fokusert på intervjuer og survey blant ansatte i hjemmetjenesten, mens dette tredje delprosjektet har som mål å studere hvordan pårørende til denne pasientgruppen opplever effekter av samhandlingsreformen. Gjennom dybdeintervjuer med pårørende vil vi fokusere på hvordan pårørende erfarer samarbeid og dialog med hjemmetjenestene i sin kommune.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<input type="radio"/> Enkel institusjon <input checked="" type="radio"/> Nasjonalt samarbeidsprosjekt <input type="radio"/> Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner	Høgskolen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning samarbeider om prosjektet «Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samhandlingsformen?».	

Oppgi hvordan samarbeidet foregår	Prosjektleder for undersøkelsen er professor Siri Ytrehus; Høgskolen i Sogn og Fjordane, prosjektmedarbeidere er høgskolelektor Karianne Øyen ved Høgskolen i Sogn og Fjordane og forsker Hilde G. Corneliusen ved Vestlandforskning. Prosjektmedarbeider Hilde G. Corneliusen vil ha hovedansvar for å utføre de kvalitative intervjuene, men leder vil også gjennomføre noen intervjuer.	
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Utvalget	Utvalgskriterier: - Pårørende til en eldre som har vært innlagt på sykehus i løpet av siste 12 måneder og deretter blitt skrevet ut til hjemmet og mottar hjemmesykepleie i hjemmet. Det er ønskelig at pasienten er rundt 80 år. Den pårørendes alder er underordnet. Pasienten skal være hjemmeboende. Pasienten og pårørende skal være ektefelle/partnere. Både kvinner og menn kan delta.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Vi vil kontakte helse- og omsorgstjenesten i tre utvalgte kommuner for å be om hjelp til å finne pårørende som møter utvalgskriteriene.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Førstegangskontakt gjøres av helse- og omsorgstjenesten gjennom materiell som viderefremmes på vegne av oss til potensielle informanter, fortrinnsvis under et hjemmebesøk. Materiellet omfatter et informasjonsskriv som forklarer forespørselen og et skjema for å innhente informert samtykke til å delta på intervju. Pårørende som ønsker å være informant kan gi sitt samtykke på en av flere måter: a) Svarslipp fylles ut med samtykke og navn og telefonnummer og leveres tilbake til hjemmetjenesten som så returnerer skjemaet til oss, og vi kan kontakte informanten på det oppgitte telefonnummer, eller b) ved å kontakte prosjektleder eller ansvarlig for delprosjektet direkte på telefon eller epost, eller c) ved å returnere svarslippen i vanlig post til ansvarlig for delprosjektet. Dersom informanten velger variant b vil vi innhente svarslipp med samtykke under intervjuet.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	10	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		

9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Gjennom intervju hentes inn opplysninger om pårørende sin alder, yrkesbakgrunn, og en situasjonsbeskrivelse av de hjemmetjenester som den aktuelle pasienten mottar. Hovedfokus er på hvordan pårørende erfarer hjemmetjenester og derigjennom samhandlingsreformen og dens effekter. Vi spør derfor etter pårørendes erfaring, opplevelse og synspunkt på de tjenestene som mottas i hjemmet, og om hvordan samarbeid og dialog mellom pårørende og hjemmetjenesten fungerer.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.  NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke	navn, adresse, telefon, alder	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	alder og kjønn for pasienten som er utgangspunktet for å velge ut pårørende som informanter	Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ● Nei ○	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?	pasienten som er utgangspunktet for å velge ut pårørende som informanter. Vi stiller ikke spørsmål om tredjeperson, heller ikke om tredjepersons helse, men om tjenester som tredjeperson mottar.	
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input checked="" type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn	Studiens formål og analysefokus er ikke innrettet mot tredjepart (pasient), men på helse- og omsorgstjenester sett i lys av samhandlingsreformen som legger større vekt på tjenester i kommunene, i hjemmet og med hjelp fra pårørende der også pårørende må ses som en aktør i forhold til helse- og omsorgstjenester.	
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.

Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.  Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja • Nei ○	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	<p>Personidentifiserbare opplysninger og datamaterialet oppbevares i adskilte mapper på institusjonens server. Kun prosjektleder har tilgang til mappen med koblingsnøkler og kun prosjektleder kan gi andre tilgang til denne mappen.</p> <p>Datamaterialet (intervjuene) blir oppbevart i en mappe for seg på sikker institusjons-server. Ingen andre enn prosjektdeltagerne vil få tilgang til mappen med intervjuene. Mappene er kun tilgjengelig ved pålogging til nettverket, også gjennom VPN. Alle PC-er er beskytta med brukernavn og passord fra institusjonens side. Alle prosjektdeltagerne har egne låsbare kontor.</p> <p>Lydfilene oppbevares i mappen for koblingsnøkler til de er ferdig transskriberte. Etter transkribering slettes lydfilene og koblingsnøkkel og intervjudata lagres hver for seg, som beskrevet over.</p>	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei •	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja ○ Nei •	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja ○ Nei •	<p>Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.</p> <p>Les mer om behandling av lyd og bilde.</p>

Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskin beskyttet med brukernavn og passord i et låsbart rom. Bærbare enheter, utskrifter og opptak oppbevares i låsbart arkivskap.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	På grunn at vi er to institusjoner som samarbeider om prosjektet må vi utveksle intervjudata. Dette blir gjort via kryptert minnepenn. Lydfilene skal så snart det lar seg gjøre, lagres og krypteres i mappe på sikker server i institusjonene, og slettes fra diktafonen.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja • Nei ○	
Hvis ja, hvem?	Siri Ytrehus (HiSF) Karianne Røssummoen Øyen (HiSF) Hilde G. Corneliussen (Vestlandsforskning)	
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei •	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja ○ Nei •	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja • Nei ○	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktreguleres
Hvis ja, hvilken?	Transkriberingsassistent Atle Solheim Ytrehus (student). Studenten skal signere taushetsavtale. Formell kontrakt kan ettersendes NSD.	Les mer om databehandleravtaler her
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei •	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ○ Nei •	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.03.2014 Prosjektslutt:31.12.2014	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.  Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	<p>Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.</p> <p>Les mer om anonymisering</p>
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Det skal ikke samles inn personidentifiserbare data i intervjuet. Etter transkribering blir lydfilen slettet.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		<p>Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.</p> <p>Les om arkivering hos NSD</p>
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	Undersøkelsen er finansiert av Sogn og Fjordane fylkeskommune.	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	3	

Hilde Corneliussen  
Vestlandsforskning  
Postboks 163  
6851 SOGNDAL

Vår dato: 03.03.2014

Vår ref: 37460 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.02.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>37460</i>	<i>Hvordan møter kommunene i Sogn- og Fjordane samsamlingsformen?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Vestlandsforskning, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hilde Corneliussen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no





## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 37460

Utvalget består av pårørende til eldre som har vært innlagt på sykehus og deretter mottar hjemmesykepleie i hjemmet. Førstegangskontakt foretas via helse- og omsorgstjenesten. Vi legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder.

Utvalget intervjues utelukkende om sin egen rolle og datamaterialet knyttes ikke til identifiserbar tredjeperson (pasienten).

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Høgskolen i Sogn og Fjordane. Vestlandsforskning er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet forutsetter at behandlings-/ansvarsfordelingen formelt er avklart mellom institusjonene. Vi anbefaler at det utarbeides en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Appendiks P. Tabelloversikt. Samhandlingsprosjekter Sogn og Fjordane per 06.14.

Tittel	Type prosjekt	Målsetning	Pågående eller avsluttet prosjekt
Samhandlingsbarometeret	<p>Prosjekt i forbedringsprogrammet</p> <p>Dette prosjektet er ikke knyttet til enkeltkommuner/-regioner.</p> <p>Fellesprosjekt mellom Helse Førde og kommunene i fylket.</p>	<p>Legge til rette for</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- likeverdige helsetjenester for brukerne i Sogn og Fjordane ved å sikre forutsigbar og lik henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten, og</li> <li>- at Helse Førde HF og kommunene i Sogn og Fjordane kan vurdere om pasienter og pasientgrupper blir undersøkt og behandlet på rett nivå.</li> <li>- å sikre en kunnskapsplattform for samhandling og arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Sogn og Fjordane, for å tilrettelegge for nødvendig forbedringsarbeid.</li> </ul>	<p>Prosjektperiode frem til 01.05.13. Arbeid med videreutvikling pågår.</p>
Meldingsløftet i Sogn og Fjordane	<p>Samarbeid mellom Helse Førde og kommunene i Sogn og Fjordane.</p>	<p>Implementering av elektroniske meldinger – såkalte PLO-meldinger.</p> <p>Implementert først med legekantorene i kommunene i fylket.</p> <p>Så tilrettelagt for meldingsutveksling mellom legekantor og pleie- og omsorg i kommunene, og mellom pleie- og omsorg i kommunene og helseforetaket.</p>	<p>Avsluttet</p>
Telemedisin Sogn og Fjordane	<p>Samarbeid mellom Helse Førde og kommunene i Sogn og Fjordane</p>	<p>Hovedmål:</p> <p>Ta i bruk telemedisinske løsninger på en slik måte at dette understøtter god pasientbehandling, gir god ressursutnytting og øker tryggheten for de ansatte.</p>	<p>Fase 1 – forprosjekt, avklaring av bruksområder og forutsetninger (avsluttet). Rapport foreligger.</p> <p>Fase 2 – utprøving på avgrensede områder (avsluttet). Rapport foreligger.</p>

			Fase 3 – bredding og implementering, utprøving på nye områder (pågår)
Felles verktøy for individuell plan	Samarbeid mellom kommunene i fylket og Helse Førde HF	Utarbeide et felles web-/IKT- basert system for individuell plan, med mål om å rasjonalisere arbeidet med individuell plan og legge bedre til rette for samhandling mellom deltakende instanser og forenkle oppdateringen av planene	Pågående
Felles hospiteringsordning	Samarbeid mellom Helse Førde og kommunene i Sogn og Fjordane.	Gi verdifull faglig innsikt og kompetanseutvikling, og positiv kulturskapende effekt  Bidra til utvikling av samhandling og kvalitet, som er viktig for fagfolk i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten	Prosjekt avsluttet juni 2013.  Videre: delavtale behandlet og vedtatt. Hospiteringsordning blir innført fra 2015.
Bedre praksis for utskrivningsklare pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste	Samarbeid med Lærdal, Sogndal, Førde, Flora, Gloppen og Helse Førde. Prosjektet ble i hovedsak finansiert av Helse Vest / Helse Førde	Målet med dette prosjektet var bl.a. at pasientene skal bli utskrevet til rett tid, at pasienter/ansatte opplever at prosessene er gode, og at pasientene får rett omsorg/behandling i kommunen etter utskrivning.	Sluttrapport fra prosjektet foreligger.
Bedre akutthjelp i psykisk helsevern og rusbehandling	Prosjektet omfatter Helse Førde og kommunene i Nordfjord (Stryn, Hornindal, Eid, Selje og Vågsøy), og er igangsatt som en del av utviklingsprosjektet «Framtidas lokalsjukehus».	Målet er å etablere døgnkontinuerlig tilbud lokalt som kan gi psykiatrisk og rusfaglig akutthjelp til de som trenger det, og hindre unødvendige innlegginger. Prosjektet skal avklare ansvarsforhold og sørge for at pasientene kan henvende seg til ett sted når de trenger hjelp.	Prosjektet startet høsten 2013.
«Co-produksjon» innen psykisk helsevern	Deltakere i prosjektet er helseforetaket, Nav og primærhelsetjenesten. Når det gjelder hovedtiltak 1, vil det være et samarbeid mellom Helse Førde og Nav / kommunale tjenester i kommunene Vågsøy og Høyanger.	Målet i prosjektet er å ta vanlige former for brukermedvirkning videre og etablere et reelt partnerskap mellom tjenestetilbydere og de som skal motta tjenestene. Disse utformer tjenestetilbudet sammen. Co-produksjonsmetoden er basert på en ideologi om at pasientenes erfaringsbaserte kompetanse og personellens faglige kompetanse er komplementære og likeverdige i tjeneste- og kvalitetsutvikling	Pågående prosjekt

Samhandling for bedre pasientsikkerhet	<p>Prosjektet er en oppfølging av nasjonal pasientsikkerhetskampanje.</p> <p>Deltakere i prosjektet er Helse Førde, Utviklingssenter for sjukeheimar og heimetjenester i Sogn og Fjordane, Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, Høgskolen i Sogn og Fjordane og kommuner som ønsker å delta. Det er nå 12 kommuner i Sogn og Fjordane som deltar.</p>	<p>Målet er å utvikle en metodikk for samhandling og kunnskapsoverføring, med utgangspunkt i en pilot der Helse Førde samarbeidet med Aurland kommune.</p> <p>Formålet med prosjektet er å gjennomføre en bredding av denne typen samhandling for å unngå infeksjoner og senere annen kvalitetsutvikling. Videre vil prosjektet omfatte gode rutiner for legemiddelbruk på sykehjemmene. Veiledning fra spesialist-helsetjenesten skal støttes ved telemedisin.</p>	<p>Pilot avsluttet.</p> <p>Pågående prosjekt</p>
Helhetlige og koordinerte tjenester i forventet brukerforløp for kolsbrukere	Samarbeid mellom Helse Førde og kommunene i fylket.	Utvikle en metode for hvordan nivåene sammen med brukergruppene kan samarbeide for å utvikle helhetlige brukerforløp	Prosjektet avsluttet februar 2014.
Pasientforløp for hjerneslagpasienter som trenger oppfølging av spesialisthelsetjenesten og i kommunen etter akuttfasen	Samarbeid mellom Helse Førde og kommunene i Sogn og Fjordane.	Prosjektet skal bidra til å gi lik og god kvalitet til slagpasienter i Sogn og Fjordane.	Avsluttet. Sluttrapport foreligger.
Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus – Framtidas lokalsykehus.	Nasjonalt pilotprosjekt ved Nordfjord sjukehus	Utvikle sykehuset som et tidsmessig lokalsykehus for Nordfjord	Avsluttet. Sluttrapport foreligger.
Identifisering og oppfølging av «storbrukere»	Prosjekt med utgangspunkt i analyserapport fra utviklingsprosjektet knytt til Nordfjord sjukehus. Samarbeid mellom Helse Førde og kommunene i Sogn og Fjordane.	Oppdraget er å tilrettelegge for at «storbrukere» kan identifiseres og følges opp.	Prosjektet er i startfasen.
Kommunal akutt døgnenhet i Nordfjord	Interkommunalt samarbeid	Utvikle felles legevakt, legevaktsentral, døgntilbud for ø-hjelp (5 senger)	Senteret er satt i drift fra 07.10.13

Knyttet til medisinsk avdeling ved Nordfjord sjukehus			
Beste praksis for legemiddel-behandling ved Nordfjord sjukehus og i kommunene Vågsøy, Selje, Hornindal, Eid og Stryn	Samarbeid mellom Helse Førde og kommunene i Nordfjord (Vågsøy, Selje, Hornindal, Eid og Stryn). Sjukehusapoteka Vest deltar.	Målet med prosjektet er å kvalitetssikre og bedre legemiddel-behandling av pasienter i Nordfjord-regionen ved å pilotere og etablere deler av IMM-metodikken («Integrated Medicines Management»): <ul style="list-style-type: none"> <li>- legemiddel-gjennomganger og kompetansetiltak i kommunene Vågsøy, Selje, Hornindal, Eid og Stryn</li> <li>- legemiddel-samstemming og legemiddelsamtaler ved utskrivning ved Nordfjord sjukehus</li> </ul>	Prosjektet er i gang.
Interkommunal tjeneste innenfor samfunnsmedisin i Nordfjord	Interkommunalt samarbeid	Utredning av behov for felles fagstilling(er) innenfor samfunnsmedisin. <p>Oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- overvåkning av helsetilstanden til innbyggerne,</li> <li>- styringsinformasjon, forebyggende tiltak, planarbeid, faglig rådgivning, undervisning, planarbeid, miljørettet helsevern</li> </ul>	Avsluttet. Tiltaket er ikke startet opp.
Sogn lokalmedisinske senter  Sengene lagt i tilknytting til medisinsk sengepost ved Lærdal sjukehus	Interkommunalt samarbeid	Utvikle legevakt, legevaktsentral, døgntilbud for ø-hjelp og intermedisære senger	Pågående prosjekt. Oppstart av senteret 01.02.15
Interkommunalt samhandlings-prosjekt i Sunnfjord og Ytre Sogn	Interkommunalt samhandlingsprosjekt mellom 12 kommuner i Sunnfjord og Ytre Sogn, Bremanger, Balestrand og Høyanger	Legevakt, legevaktsentral, døgntilbud for ø-hjelp (5–7 senger). Felles funksjoner lokalisert til Førde.	Avsluttet delprosjekt én.  Rapport avlagt april 2014.

Tjenester lokalisert til SMS i Flora	Samhandling Flora kommune og Helse Førde	Utvikling av tverrfaglige og samordnede tjenester.  Samling av tjenester «under samme tak» skal legge godt til rette for å kunne ta ut synergier og oppnå en god samhandling mellom spesialist- og kommunehelse-tjenesten. Hvilke tjenester som etter hvert skal være samlet, blir nå vurdert i en videre prosess framover.	Pågående prosjekt.
Folkehelse og forebyggende helsearbeid i Sogn	Kommunalt samarbeid med Luster, Leikanger og Sogndal.	Målsetning: bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse.	Avsluttet i 2013 og mer informasjon går fram av egen hjemmeside.
Folkehelseavdelingen – interkommunalt samarbeid i Sunnfjord og Ytre Sogn	Prosjektet var et samarbeid mellom 12 kommuner i Sunnfjord og Ytre Sogn, og det ble utredet en felles tverrfaglig tjeneste for miljørettet helsevern, smittevern og arbeid med folkehelse/forebygging.	Utvidet rehabiliterings-perspektiv.	Fellestiltaket har nå vært i drift siden 01.01.13, og mer informasjon går fram av egen hjemmeside.
Årdal kommune – kolsprosjekt	Kommunalt	Målet var å gjøre hverdagen til mennesker med kols lettere, ved økt kunnskap, styrket tverrfaglig samarbeid, lokalt og lett tilgjengelig tjenestetilbud, med fokus på en sterkere brukerrolle og å minske sykehus-innleggelses	Prosjekt i tre faser.  Avsluttet.  Det er etablert konkrete tjenester overfor kols-pasienter i Årdal: gruppe av ressurs-sykepleiarere innen kols, etablering av brukergruppe, mestringskurs, treningstilbud, hjelp til røykeavvenning m.m.
Etablering av interkommunalt lærings- og mestringstilbud i Sogn	Folkehelse og forebyggende helsearbeid i Sogn (FFHIS) er et samarbeidsprosjekt mellom Leikanger, Sogndal og Luster kommune	Videreutvikle frisklivssentralen til også å bli lærings- og mestringssenter for enkelte grupper	Pågående
Innføring av hverdags-rehabilitering i Gloppen kommune	Kommunalt	Målsetning er å skape en holdningendring hos brukere, pårørende, ansatte og ledelse vedrørende ansvar for eget liv og opprettholdelse av hverdagsaktivitet, samt bidra til utsetting av behov for tradisjonelle, langvarige og	Pågående til 15.08.15

		krevende helse- og omsorgstjenester og å bidra til økt livskvalitet og egenmestring.	
--	--	--	--