

Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder

Sammenheng og overganger i tjenestene

Terje Emil Fredwall, Bjørg Dale, Elin Rogn Nilsen og Benedicte Sørensen Strøm



Kunnskapsnotat

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder

Sammenheng og overganger i tjenestene

Terje Emil Fredwall, Bjørg Dale, Elin Rogn Nilsen og Benedicte Sørensen Strøm





Leve hele livet er en kvalitetsreform for eldre. Målet med den er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Reformen handler om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Senter for omsorgsforskning har utarbeidet denne og flere kunnskapsnotater på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kunnskapsnotatene viser eksisterende kunnskap om de ulike temaene i reformen.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på Kunnskapsnotat: Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder
Sammenheng og overganger i tjenestene

Forfattere: Terje Emil Fredwall, Bjørg Dale, Elin Rogn Nilsen og Benedicte Sørensen
Strøm

Institusjon: Senter for omsorgsforskning

Oppsummering nr 18
Februar 2020

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-101-1

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn og sentrale begreper | 1 |
| 1.2 | Hensikt og problemstillinger | 2 |
| 2 | METODE OG MATERIALE | 3 |
| 2.1 | Søkestrategi og utvalg | 3 |
| 2.2 | Analyse | 5 |
| 2.3 | Forfatterbidrag og kvalitetssikring | 5 |
| 3 | LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER | 7 |
| 3.1 | Lover | 7 |
| 3.2 | Forskrifter | 9 |
| 3.3 | Offentlige utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget | 10 |
| 3.4 | Faglige veiledere og nasjonale retningslinjer | 16 |
| 4 | KUNNSKAP OM SAMMENHENG OG OVERGANGER I TJENESTENE | 21 |
| 4.1 | Sammenheng i tjenestene – forankring i samhandlingsreformen | 21 |
| 4.2 | Ulikheter i tilnærming og perspektiv | 22 |
| 4.3 | Arbeidet med lovpålagte planer og avtaler | 23 |
| 4.3.1 | Individuell plan og sammenhengende tjenestetilbud | 23 |
| 4.3.2 | Samarbeidsavtaler og sammenhengende tjenestetilbud | 25 |
| 4.4 | Overganger i pasientforløpet | 27 |
| 4.4.1 | Overgang mellom sykehus og hjem | 28 |
| 4.4.2 | Overgang mellom hjem og sykehjem | 30 |
| 4.5 | Fastleger og sammenhengende tjenestetilbud | 34 |
| 4.6 | IKT og sammenhengende tjenestetilbud | 35 |
| 4.7 | Involvering av eldre pasienter og deres pårørende | 37 |
| 5 | KUNNSKAP OM TILTAK OG LØSNINGER | 41 |
| 5.1 | Den enkeltes behov | 41 |
| 5.1.1 | Personsentrert omsorg til personer med demens | 41 |
| 5.1.2 | Funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg | 46 |
| 5.1.3 | Perspektivet «Hva er viktig for deg?» | 47 |
| 5.2 | Avlastning og støtte til pårørende | 48 |
| 5.2.1 | Fleksible avlastningsordninger | 48 |
| 5.2.2 | Informasjon og dialog, blant annet ved bruk av digitale verktøy | 50 |
| 5.2.3 | Pårørendeskoler og samtalegrupper som medvirker til læring og mestring | 51 |
| 5.3 | Færre å forholde seg til og økt kontinuitet | 52 |
| 5.3.1 | Bruk av primærkontakt | 52 |
| 5.3.2 | Betydningen av riktig hjelp til riktig tid | 55 |
| 5.3.3 | Nye arbeids- og organisasjonsformer | 56 |
| 5.3.4 | Alternative turnusordninger | 56 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.4 | Mykere overgang mellom hjem og sykehjem | 57 |
| 5.5 | Planlagte overganger mellom kommuner og sykehus | 57 |
| 5.5.1 | Tidlig planlegging og saksbehandling for utskrivning | 57 |
| 5.5.2 | Gjensidig kompetanseoverføring mellom og innad i tjenestenivåene | 60 |
| 5.5.3 | Læringsnettverk for gode pasientforløp | 62 |
| 6 | AVSLUTNING | 65 |
| 7 | LITTERATUR | 67 |

1 INNLEDNING

Reformen *Leve hele livet*, som Solberg II-regjeringen la frem i mai 2018, skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. I Meld. St. 15 (2017–2018) presenteres og beskrives reformen. Meldingen vektlegger i særlig grad å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på utfordringer knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a, s. 54).

Én av reformens målsettinger er å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud som kan bidra til økt kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre (over 65 år) og deres pårørende. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Senter for omsorgsforskning laget denne kunnskapsoppsummeringen om sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Den presenterer faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for temaet, og den identifiserer, omtaler og oppsummerer forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til utfordringer og tiltak innen reformområdet «sammenheng og overganger i tjenestene». Disse forsknings- og utviklingsarbeidene er publisert i perioden 2008–2019. Oppsummeringen baserer seg i all hovedsak på empiri fra en norsk og/eller nordisk kontekst og er skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk. Internasjonale kunnskapsoppsummeringer og enkeltstående studier er imidlertid tatt med hvis de er vurdert til å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst.

1.1 BAKGRUNN OG SENTRALE BEGREPER

I denne oppsummeringen retter vi blikket mot både kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og overganger innad i og / eller mellom disse tjenestenivåene. Primærhelsetjenesten er den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene. Den består av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre, hjemmebaserte omsorgstjenester og av helsepersonell som sykepleiere, helsefagarbeidere, allmennpraktiserende leger, helsesøstre, ergoterapeuter, vernepleiere og fysioterapeuter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB), prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Pasienter med tilstander som krever spesialisert behandling, blir henvist fra primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014a).

1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft, en reform som i særlig grad retter oppmerksomheten mot samhandlingen mellom og innad i ulike nivå av helsetjenesten. Samhandling forstås her 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, 2009, s. 13). Et viktig mål med reformen var å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

For å få til bedre samhandling var ett av tiltakene i samhandlingsreformen å standardisere pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene og å styrke den videre oppfølgingen av pasientene i kommunen etter utskrivning fra sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et standardisert pasientforløp beskrives av Helsedirektoratet (2013, s. 13) som «en modell for en koordinert, tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak». Forløpet skal ifølge direktoratet fremme samhandling, pasientsikkerhet og pasienttilfredshet, være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater.

1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER

Leve hele livet er en reform som blant annet skal skape et mer sammenhengende tjenestetilbud for eldre og deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Det uttrykte målet er at eldre blir gitt økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, får færre hjelpere å forholde seg til og opplever større grad av kontinuitet i tilbudet, samt at pårørende opplever å bli tatt vare på, får avlastning og tilbys støtte.

Hensikten med denne oppsummeringen er å identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*: eldre og deres pårørende. Den kan leses som et svar på følgende problemstillinger:

1. Hvilke faglige, juridiske og politiske dokumenter regulerer og legger føringer for sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*?
2. Hvilke utfordringer med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er beskrevet i forskningslitteraturen om sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*?
3. Hvilke tiltak med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er utprøvd og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet*?

Den første problemstillingen vil bli besvart i kapittel 3, den andre vil bli besvart i kapittel 4, mens den tredje vil bli besvart i kapittel 5. Oppsummeringen henvender seg i første rekke til Helsedirektoratet og det regionale støtteapparatet for *Leve hele livet*-reformen. Vårt ønske er at den oppsummerte kunnskapen skal kunne brukes av det regionale støtteapparatet (særlig Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)) når de veileder kommunene i lokalt endrings- og forbedringsarbeid og tilrettelegger for erfaringsdeling og kunnskapsutveksling mellom kommunene.

2 METODE OG MATERIALE

Metodisk ligger arbeidet med denne oppsummeringen tett opp til det som gjerne omtales som scoping review (Arksey & O'Malley, 2005; Daudt, van Mossel & Scott, 2013; Pham m.fl., 2014). Scoping review skiller seg fra systematiske oversikter («systematic reviews») på flere sentrale punkter: Til forskjell fra systematiske oversikter legger denne tilnærmingen opp til å bruke åpnere problemstillinger. Det inkluderes litteratur med flere typer studiedesign og metoder, og det er større åpenhet for å utvikle inklusjonskriterier underveis i arbeidet. Vanligvis blir heller ikke de identifiserte studienes vitenskapelige kvalitet evaluert og rangert opp mot et gitt evidenshierarki.¹ I stedet legges det vekt på å skape en vid oversikt over emner og å beskrive kjerneelementer fra de inkluderte arbeidene. Slik fremstår scoping review som en fruktbar og egnet metodisk tilnærming til kunnskapsoppsummeringer som denne.

2.1 SØKESTRATEGI OG UTVALG

Til grunn for utvelgelsen av publikasjoner ligger de beskrivelser og definisjoner av forsknings- og utviklingsarbeid som er gitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (2015). Forskning knyttes her både til grunnforskning og anvendt forskning.² Det er samtidig en forventning om at forskning resulterer i en vitenskapelig publikasjon. Med utviklingsarbeid menes en systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester. I oppsummeringen er også masteroppgaver definert som utviklingsarbeid.

Oppsummeringens problemstillinger har vært styrende for utvelgelsen av forsknings- og utviklingsarbeider. Som inklusjonskriterier ble det satt at materialet skulle være publisert i 2008 eller senere på et skandinavisk språk eller engelsk, omhandle sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet* og i hovedsak ha empiri fra en norsk og/eller nordisk kontekst. Internasjonale

¹ Med evidenshierarki refereres det til at ulike studier med ulike forskningsdesign blir rangert etter hvilken grad av evidens de bidrar til. Til grunn for dette ligger det en forestilling om at bestemte forskningsdesign gir mer troverdige resultater enn andre design hvis de gjennomføres på en optimal måte (Rieper & Hansen, 2007). Det finnes ulike varianter av rangordningen, men et fellestrekk er at såkalte randomiserte kontrollerte forsøk (ofte forkortet RCT) plasseres øverst i hierarkiet. Lengre nede i hierarkiet kommer andre forskningsdesign, som for eksempel forløpsundersøkelser, og enda lengre ned plasseres vanligvis casestudier. Ifølge Rieper og Hansen (2007) er den mest utbredte rangordningen inspirert av epidemiologen David L. Sackett, som plasserer systematiske reviews av RCT på topp i hierarkiet, mens enkeltstående casekontrollstudier, case-serier, kohortstudier, ekspertvurderinger og kvalitative design plasseres nederst. For en nærmere drøfting og diskusjon i en nordisk kontekst, se: Rieper og Hansen (2007); Terum og Grimen (2009); Fossetøl (2013).

² Mens grunnforskning er en eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlag for fenomener og observerbare fakta – uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk, er anvendt forskning også virksomhet av original karakter som utføres for å skaffe til veie ny kunnskap (NIFU, 2015).

kunnskapsoppsummeringer og enkeltstående studier er imidlertid tatt med hvis de er vurdert til å ha særskilt overføringsverdi og relevans for en norsk kontekst.

I arbeidet med å finne forsknings- og utviklingsprosjekter er det brukt både systematiske og usystematiske søkestrategier.

Det er søkt systematisk i relevante elektroniske databaser (Svemed+, Ovid Medline, PsycInfo og Cinahl) og søkemotorer (Oria). Søkeordene ble valgt utfra oppsummeringens hensikt og problemsstillinger. For å finne synonymer ble det søkt etter MeSH-termer i SweMed+, Ovid Medline og PsycInfo. Det ble også brukt ordbøker på norsk og engelsk for å finne relevante dagligdagse søkeord og synonymer. Det ble deretter gjennomført kombinasjonssøk på emneord, tittel, sammendrag og nøkkelord i Ovid Medline, Cinahl og PsycInfo, før det ble gjort kombinerte søk på tittel og emneord i Oria. I Oria og Svemed+ er det søkt med både norske og engelske søkeord, mens det i Ovid Medline, PsycInfo og Cinahl kun er søkt med engelske termer.

Følgende hovedsøkeord har vært brukt – enten alene eller i kombinasjon: aged, behandlingslinje*, caregivers, «care pathways», «care trajectory», «clinical pathways», continuity, «continuity of patient care», «cooperative behavior», «critical pathways», elder, elders, elderly, elder*, famil*, «interinstitutional relations», «intersectoral collaboration», nursing home*, older, overgang*, «patient-centered care», pasientforløp*, «patient care pathways», «patient discharge», «patient pathways», «patient transfer», «patient trajectories», pårørende* relocat*, senior*, sykehjem*, sygehjem*, sjukhem*, transfer*, transition*, utskriv*.

De innledende søkene ble avsluttet 31. august 2019, før det ble gjort nye og supplerende søk noen uker før ferdigstillingen av oppsummeringen for å fange opp eventuell ny litteratur. Disse søkene ble avsluttet 1. desember 2019. Søkene er dels gjennomført av forfattergruppa og dels av universitetsbibliotekar Ellen Sejersted ved Universitetsbiblioteket i Agder.

Det ble videre identifisert publikasjoner gjennom søk i elektroniske eller trykte referanselister, gjennom kontakt med forskere og andre fagpersoner med erfaring fra feltet, gjennom søk i Google og ved å gjennomgå aktuelle organisasjoners nettsider. På bakgrunn av dialog med Helsedirektoratet ble følgende nettsider prioritert og gjennomgått: omsorgsbiblioteket.no, utviklingssenter.no, omsorgsforskning.no, pasientsikkerhetsprogrammet.no, aldringoghelse.no, fhi.no/hn/eldre, helsedirektoratet.no og ks.no. Disse komplementære søkestrategiene har ikke minst vært viktig for å identifisere såkalt grå litteratur: materiale som verken er utgitt på forlag eller i et tidsskrift, og som vanligvis ikke kan kjøpes gjennom elektroniske nettbutikker eller fysiske bokhandlere (Språktidningen, 2016). Eksempler på slik *grå litteratur* som har vært viktig for å besvare problemstillingene i denne oppsummeringen, er doktoravhandlinger, rapporter, evalueringer skrevet av USHTene og offentliggjorte arbeidsnotat.

Alle publikasjoner som ble funnet gjennom slike systematiske og usystematiske litteratursøk, ble deretter gjennomgått. Utvelgelsen ble gjort ved først å vurdere relevans ut fra dokumentets tittel. Sammendraget ble deretter lest, og hvis innholdet ble oppfattet som relevant, ble hele dokumentet vurdert opp mot inklusjonskriterier i oppsummeringen. Øvrig materiale, som ikke faller inn under definisjonene av forskning eller utviklingsarbeid, er inkludert i oppsummeringen ut ifra en vurdering av relevans for emnet.

2.2 ANALYSE

I arbeidet med å hente ut relevant data, få oversikt over innholdet i publikasjonene og se tendenser og mønstre til bruk for presentasjonen i kapittel 4, brukte førsteforfatteren et dataekstraksjonsskjema med overskriftene: forfatter, år, tittel, dokumenttype og nivå (forsknings- eller utviklingsarbeid); hensikt og metode; resultater og erfaringer. Det utfylte dataekstraksjonsskjemaet var deretter utgangspunkt for den første, innledende organiseringen av datamaterialet, men denne grupperingen ble både justert og endret etter hvert som vi leste publikasjonene i helhet eller fant frem til nye artikler og rapporter; nye områder kom til, andre ble slått sammen eller gitt endrede navn. Til slutt ble alle områdene samlet og skrevet inn under følgende sju tematiske overskrifter: (1) sammenheng i tjenestene – forankring i samhandlingsreformen; (2) kunnskap om ulikheter i tilnærming og perspektiv; (3) kunnskap om arbeidet med lovpålagte planer og avtaler; (4) kunnskap om overganger i pasientforløpet; (5) kunnskap om fastleger og sammenhengende tjenestetilbud; (6) kunnskap om IKT og sammenhengende tjenestetilbud; (7) kunnskap om involvering av eldre pasienter og deres pårørende.

2.3 FORFATTERBIDRAG OG KVALITETSSIKRING

Professor Bjørg Dale (Universitetet i Agder), stipendiat Elin Rogn Nilsen (Universitetet i Agder) og førsteamanuensis Benedicte Sørensen Strøm (Universitetet i Agder / VID vitenskapelige høyskole) har skrevet førsteutkast til oppsummeringskapittel 5 om tiltak som omhandler overganger (Dale), pårørende (Nilsen) og kontinuitet (Strøm og Dale). Dale og Nilsen har også levert sentrale bidrag til kapittel 4 (kunnskap om sammenheng og overganger i tjenestene). Førsteamanuensis Terje Emil Fredwall (Universitetet i Agder) har ledet arbeidet, redigert de ulike bidragene og skrevet all annen tekst (i særlig grad kapittel 1, kapittel 2, kapittel 3, kapittel 4.1.-4.3, 4.6, kapittel 5.1). Alle forfatterne har lest og kommentert hverandres tekster og står samlet bak oppsummeringen.

Oppsummeringen er blitt til i dialog med seniorrådgiver Thorstein Ouren i Helsedirektoratet. Et utkast ble i oktober 2019 forelagt og kommentert av et ekspertpanel fra Helsedirektoratet. Vi har videre fått nyttige innspill og perspektiver fra fire erfaringskonsulenter fra Pensjonistforbundet: Odd Inge Sanden, Arne Thobru, Solveig Rostøl Bakken og Berit Hvidsten. Struktur og innhold er også jevnlig diskutert med de andre gruppelederne fra Senter for omsorgsforskning som er med i det nasjonale støtteapparatet for reformen *Leve hele livet*. Bjørnulf Arntsen, som er daglig leder ved Senter for omsorgsforskning, sør, har gitt verdifulle kommentarer og innspill i alle faser av arbeidet.

3 LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER

I dette kapittelet vil det bli gitt en oversikt over et utvalg juridiske, politiske og faglige dokumenter som regulerer og legger føringer for sammenheng og overganger i tjenestene. Dette skjer gjennom å identifisere og presentere relevante lover, forskrifter og offentlige dokumenter (utredninger, proposisjoner, nasjonale strategier og meldinger til Stortinget), samt relevante faglige veiledere og nasjonale retningslinjer.³ Slik kan den følgende gjennomgangen også bli lest som en inngang til å belyse og forstå de kunnskapsområder, prioriteringer og utfordringer som vil bli vektlagt og beskrevet i neste kapittel. Lover og forskrifter er presentert alfabetisk, mens offentlige dokumenter, veiledere og retningslinjer er organisert kronologisk.

3.1 LOVER

Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)

Etter § 8 skal virksomheter som yter helsehjelp, sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt. Slike helseregistre skal ifølge § 7 understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og finne frem i. Behandlingen av helseopplysninger skal sørge for at relevante og nødvendige opplysninger om brukere og pasienter blir tilgjengelige for helsepersonell på en rask og effektiv måte, samtidig som den skal sikre pasienters og brukeres personvern, pasientsikkerhet og rett til informasjon og medvirkning (§ 1).

³ I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven presiseres det at anbefalinger som er gitt i nasjonale faglige retningslinjer, ikke er rettslig bindende. I stedet er de normerende og retningsgivende ved å peke på hva som er god faglig praksis og anbefalte handlingsvalg. Hvis det blir valgt en annen praksis enn det som foreslås i retningslinjer eller veiledere, bør denne da være basert på en konkret og begrunnet vurdering, heter det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c).

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

I lovens § 35 blir helseforetakene pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Foretakene skal ifølge § 41 samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme formålet med foretaket eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Foretakene skal også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgavene og målsettingene de skal ivareta.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Formålet med loven er blant annet å sikre at det foregår samhandling, at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov (§1-1). I loven tydeliggjøres kommunenes helhetlige ansvar. I § 4-1 heter det at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at pasienten eller brukeren får «et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud». I § 6-1 beskrives plikten til å inngå samarbeidsavtale med regionale helseforetak i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. § 6-2 lister minimumskravene til avtalens innhold. I § 3-4 fremgår det at kommunene har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. I § 3-5 omtales kommunenes ansvar for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Loven pålegger videre kommunene å utarbeide individuell plan til (§ 7-1) og tilby koordinator for (§7-2) pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I § 3-6 gis kommunene ansvar for å tilby nødvendig pårørendestøtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid – blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgstønning.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

En pasient defineres etter § 1-3 som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. En bruker forstås som en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp (i betydningen: handlinger som er utført av helsepersonell og som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål). Etter § 3-1 har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal også, så langt som det er mulig, utformes i samarbeid med pasient og bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

I loven fremgår det at de regionale helseforetakene har plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid og å inngå samarbeidsavtaler med kommunene (§ 2-1e). I § 2-6 presiseres det at helseforetakene skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivingsklare pasienter. De skal også, om pasienten ønsker det, sende varsel til kommunen ved utskrivning (§ 3-15). En slik utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Helseforetaket skal varsle kommunen så snart som mulig når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen (§ 2-5). Helseforetaket skal også oppnevne koordinator for den samme gruppen pasienter som kommunen skal tilby koordinator for (§2-5a).

3.2 FORSKRIFTER

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

Forskriften, som gjelder den eldreomsorg som ytes i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven, har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom (§ 1). Den beskriver tjenestens verdigrunnlag (§ 2) og innhold (§ 3). I § 3g påpekes det at det skal tilbys «faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen».

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (§ 1). Kommunene har ifølge § 8 ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal etter § 14 ha ansvaret for å tilrettelegge allmennlegetilbudet ved utskrivning. Ved behov for tilrettelegging etter utskrivning gis institusjonen videre en plikt til å orientere fastlegen før utskrivning skjer. I henhold til § 19 skal fastlegen ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, blir tilbudt og ytt tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (§ 1). Det er også et formål å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker, mellom tjenesteyter og eventuelle pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen eller på tvers av et forvaltningsnivå. Forskriften skal dessuten sikre at tjenestene tilbys og ytes ut fra et pasient- og brukerperspektiv, i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø, samordnet, tverrfaglig og planmessig, og i det pasienten og brukeren opplever er en meningsfylt sammenheng. Kapittel 3 regulerer habilitering og rehabilitering i kommunen (§§ 5-9), kapittel 4 regulerer habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (§§ 10-15), mens kapittel 5 regulerer individuell plan og koordinator (§§ 16 - 23).

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Ifølge § 1 skal forskriften blant annet bidra til å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. I henhold til § 7 skal helsepersonellet på sykehuset, når en pasient legges inn, gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. I § 9 angis vilkår for når en pasient er utskrivningsklar.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, får ivarettatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (§ 1). Ifølge § 3 skal kommunene etablere prosedyrer som blant annet skal søke å sikre at den enkelte pasient og bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid og i henhold til individuell plan (når slik finnes). De skal også sikre at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves (§ 1). Den pålegger ledere i helse- og omsorgstjenesten å sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften (§ 3). Forskriften stiller spesifikt krav om å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt, hvor det er mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten. Lederne pålegges også å planlegge og iverksette tiltak for å redusere risikoen. I forskriften heter det at lederne særlig skal legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt (§ 6).

Forskrift om pasientjournal

Forskriften gir nærmere regler om dokumentasjonsplikten til helsepersonell i pasientjournalen (§ 1). I § 9 presiseres det at ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. § 8 lister opp krav til innholdet i journalen.

3.3 OFFENTLIGE UTREDNINGER, PROPOSISJONER, NASJONALE STRATEGIER OG MELDINGER TIL STORTINGET

NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

Utvalget foreslo en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen, blant annet for å sikre helhetlige tilbud til pasienter med sammensatte behov og for å bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette. I utredningen ble det også foreslått en felles lovgivning, kombinert med et felles system for faglig tilsyn og kontroll.

NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste

Utvalget påpekte at samhandlingen sviktet i overgangen mellom tjenestene, noe som gjaldt både på individnivå og systemnivå og for alle typer pasienter. De viste også til at utfordringene var særlig store for pasienter med langvarig behov for tjenester fra flere nivåer, der verken spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten kunne dekke pasientens behov alene.

St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer

I denne meldingen ble det presentert en strategi for å møte utfordringer knyttet til pleie- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Ifølge meldingen vil fremtidens omsorgsutfordringer først og fremst være knyttet til nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, medisinsk oppfølging og aktiv omsorg. For å møte disse utfordringene ble det lansert fem langsiktige strategier og en omsorgsplan med konkrete tiltak frem til 2015. Ett av de viktigste innsatsområdene var bedre samhandling og medisinsk oppfølging (særlig omtalt i kapittel 2.5.3, 3.3 og 9). Oppmerksomheten ble her rettet mot blant annet god samhandling i forbindelse med utskrivning fra sykehus og på pasientenes opplevelse av trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2007).

Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013

Strategien, som trakk opp helse-IKT-politikken i Norge, var førende for sektorens bruk av IKT i perioden 2008–2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Visjonen om helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid lå til grunn for dokumentet, som markerte starten på et nasjonalt løft for å knytte fastleger, kommunale pleie- og omsorgstjenester og sykehus elektronisk sammen gjennom Norsk helsenett.

St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Denne meldingen fremhevet betydningen av å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud og å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tjenestene skal ha klare mål, og de skal evalueres og forbedres med vekt på sammenhengende pasientforløp. Gode pasientforløp, ble det påpekt, kjennetegnes ved at kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene, er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov. Samtidig betones det at hva som er gode pasientforløp, vil avhenge av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag. Det vektlegges videre at helhetlige pasientforløp i større grad bør bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten, og det påpekes at psykisk sykdom, rus og pasienter med sammensatte lidelser viser kompleksiteten på områder der samhandlingsbehovet kan strekke seg ut over helse- og omsorgssektoren. I meldingen ble dessuten forpliktende samarbeidsavtaler mellom samarbeidende kommuner og mellom kommuner og helseforetak løftet frem som nødvendig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker:

Sett fra pasientens ståsted er det neppe særlig viktig om ansvaret er delt mellom en kommunehelsetjeneste og en spesialisthelsetjeneste. Det må være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingkjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel eldre personer med flere sykdommer, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter [...] Aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 48)

Pasientforløp omtales særlig i kapittel 5. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2010).

Meld. St. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

I denne meldingen vektlegges det at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ifølge meldingen videreutvikles slik at den gir pasientene gode muligheter for livskvalitet og mestring, og slik at den i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Det ble også betont hvilket ansvar kommunene har for at helhetlige pasientforløp ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering, rehabilitering, behandling og oppfølging. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2011).

Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

Også i denne meldingen vektlegges nødvendigheten av at pasientene i større grad kan oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b). Pasientenes behov skal stå i sentrum, noe som beskrives som et tegn på god kvalitet. Utviklingen av helhetlige IKT-løsninger tillegges videre stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er behov for mer sentraliserte løsninger som sikrer at helse- og omsorgspersonell får rask og effektiv tilgang til nødvendig informasjon; visjonen er at hver innbygger skal ha en journal der alle opplysninger er samlet. Det fremheves også at sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen er nødvendig, noe som skal sikres gjennom en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2013a).

Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg

I denne stortingsmeldingen tas det sikte på å etablere en moderne pårørendepolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I meldingen legges det blant annet frem et program for en aktiv og framtidsrettet politikk som: 1) synliggjør, anerkjenner og støtter pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver; 2) bedrer samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrker kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet; 3) legger til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer. I første fase av programperioden vektlegges tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende. Eksempler på dette er fleksible avlastningsordninger, pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning, samspill og samarbeid, forbedring av omsorgslønnsordningen, samt forskning og utvikling. I neste fase, heter det i meldingen, skal spørsmål om endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene bli utredet. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2013b).

HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse: Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg

I strategien ble det uttrykt behov for å få på plass en mer samlet offentlig IKT-utvikling for helse og omsorg gjennom hele pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014b). Det ble påpekt at kommunale IKT-plattformer, som pasient- og journalsystemer, både skal understøtte det daglige arbeidet og være tilrettelagt for elektronisk samhandling – vertikalt mot spesialisthelsetjenesten og horisontalt innad mellom ulike kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er ifølge strategien en helt nødvendig forutsetning for god samhandling og for helhetlige pasientforløp.

Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

I meldingen beskrives flere utfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Dette ble blant knyttet til disse områdene: flere brukere med mer sammensatte og komplekse behov skal følges opp i kommunen; veksten i behov for tjenester i kommunene skaper bærekraft- og kompetanseutfordringer; tegn på at ledelsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke er god nok; organisatorisk fragmentering. Ett av svarene på disse utfordringene ble i meldingen konkretisert til mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet. Samlokalisering av tjenester ble løftet frem som et første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester. Det betones at kommunene må bli gjort i stand til å

oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der pasientene bor, og en større andel av tjenester levert i kommunene. Det vektlegges også at mange med psykisk sykdom har betydelig forhøyet risiko for alvorlige somatiske lidelser, og det påpekes at organiseringen av kommunale helse- og omsorgstjenester ofte kommer i veien for at denne pasientgruppen får nødvendig koordinerte helse- og omsorgstjenester. Ett av de sentrale tiltakene i meldingen er å etablere primærhelseteam og oppfølgingsteam. Primærhelseteam er team med ansvar for grunnleggende helsetjenester til hele befolkningen. En slik teambasert førstelinjetjeneste muliggjør ifølge meldingen et bredere og mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet og riktigere bruk av personellressursene. Oppfølgingsteamene skal yte, koordinere og tilrettelegge tjenester for en selektert og tydelig definert gruppe. Dette kan ifølge meldingen være brukere med sammensatte og komplekse behov som har behov for et bredt sett med helse- og omsorgstjenester, og gjerne også andre tjenester. Som eksempel på en slik grupper nevnes skrøpelige eldre og personer med alvorlig psykisk lidelse. Intensjonen med en slik teambasert tilnærming er å bidra til at pasientene kan behandles i eget hjem i stedet for på sykehus eller annen institusjon. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2015).

Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020

Denne planen for det kommunale omsorgsfeltet avløste den forrige Omsorgsplan 2015. Kjennetegnene ved gode pasientforløp ble her presisert til at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv og oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d). Som del av Omsorg 2020 er det også etablert et eget program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk. Målet med dette pårørendeprogrammet er å: 1) synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver; 2) bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrke kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet; 3) legge til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer. Dette skal ifølge planen blant annet skje gjennom: 1) fleksible avlastningsordninger; 2) pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning; 3) samspill og samarbeid; 4) forbedring av omsorgslønnsordningen; 5) forskning og utvikling; og 6) permisjonsordninger. For Stortingets behandling av planen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2015).

Demensplan 2020

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Det påpekes at dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er bygd og tilrettelagt for personer med demens og deres pårørende, og at det derfor er nødvendig med endringer både når det gjelder tjenestenes kompetanse, organisering og fysiske utforming. Ett av planens seks strategiske grep er også pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud. Satsingsområder i demensplanen er forebygging, diagnostisering til rett tid, oppfølging etter diagnose, opprettelse av fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud. Her vektlegges brukermedvirkning, aktivitet, mestring, trygghet og sosialt samvær.

Prop. 1 S (2015–2016). Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020, som ble lansert i statsbudsjettet for 2016, er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015f). Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Kompetanseløftet består av seks strategier, der strategi 4 handler om å legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon.

Prop. 15 S (2015–2016). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

I opptrappingsplanen vektlegges det at veksten og omfanget i eldres alkoholforbruk, ofte i kombinasjon med høyt forbruk av medikamenter, kommer til å representere en betydelig samfunnsmessig utfordring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015e). Det vil føre til ytterligere kapasitetsmessig press på helse- og omsorgstjenestene i framtiden, og det vil utfordre hvordan tjenestetilbudene skal innrettes for å møte disse personenes behov. I planen skriver regjeringen at den vil øke oppmerksomheten om eldre og rus blant annet ved å øke kompetansen blant helse- og sosialpersonell og styrke behandlings- og oppfølgingstilbudet til eldre med rusproblemer. Den vil også stimulere til kompetanseheving om eldre og rus, både rettet mot den enkelte eldre og mot profesjonelle innenfor helse- og omsorgstjenestene. Hjemmebaserte tjenester er, sammen med fastlegen, sentrale kommunale tjenester og kontaktpunkt, og sysselsetter dermed nøkkelpersoner som må inneha kvalifisert kompetanse, påpekes det. I planen vises det videre til at tjenestetilbudet til mennesker med rusmiddelproblemer fortsatt er fragmentert og lite samordnet. Det uttrykkes derfor behov for å styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, slik at helse- og omsorgstjenestene til personer med rusmiddelproblemer er tilgjengelige, at de er kontinuerlige og at de er tilpasset den enkeltes individuelle behov. Det blir også vektlagt at tilbudet til mennesker med milde og moderate rusproblemer må styrkes. Dette gjelder spesielt risikofylt bruk av alkohol hos voksne og eldre, fremheves det. Fastlege, helsestasjon og hjemmetjenester er noen av instansene som her løftes frem som sentrale aktører i arbeidet. «Det er behov for å se nærmere på modeller som bidrar til å utvikle gode og effektive tjenester tidlig i forløpet, og derigjennom redusere behovet for og bruken av mer spesialiserte tjenester», heter det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015e, s. 17). For Stortingets behandling av planen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2016a).

Meld. St. II (2015–2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

I denne meldingen ble det varslet det om kommende krav til forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i helseregionene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c). Disse nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling, som samarbeid om pasientforløp. Det vektlegges videre at mange pasienter opplever et usammenhengende behandlingsforløp med flere ulike behandlere, mangelfull informasjon og liten oversikt. Regjeringens mål er derfor at pasienter skal føle seg ivaretatt og oppleve større helhet og sammenheng. I planen gis små og store sykehus klarere roller og tydeligere ansvar i behandlingen av pasientene, der det uttrykkes at gode lokalsykehus i samhandling med helse- og omsorgstjenesten i kommunene, vil ivareta pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid. Det fremheves videre at standardisering av pasientforløp, med utgangspunkt i oppsummert kunnskap og faglige retningslinjer, er viktig for et godt behandlingsresultat, for god utnyttelse av kompetanse og ressurser i sykehusene, og ikke minst for å sikre pasientene helhet, kvalitet og sammenheng. Ved innføring av pakkeforløpene for kreft skal alle helseforetak som utreder og behandler kreft etablere koordinatorene som skal sikre

sammenhengende aktiviteter i hele pakkeforløpet for den enkelte pasient. Det varsles også om at det skal innføres pakkeforløp for flere pasientgrupper, i første omgang for hjerneslag, psykiske lidelser og rusavhengighet. Det blir videre påpekt at desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2016b).

Flere år – flere muligheter: Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

Regjeringens uttrykte ønske med strategien er å starte dialogen om hvordan vi kan skape et aldersvennlig samfunn og sammen realisere mulighetene i flere eldre (Departementene, 2016). Strategien omtaler transport, planlegging av lokalsamfunn, styrking av frivilligheten, åpenhet i arbeidslivet og trygghet i lokalsamfunnet. Den tar også for seg hvordan flere eldre kan være en stimulans til nyskaping i næringslivet og hvordan næringslivet kan bidra til å holde eldre i aktivitet. I strategien anlegges det et livsløpsperspektiv i helse- og omsorgstjenestene. Primærhelseteam skal bygges opp i kommunene og bidra til at brukere med langvarige og kroniske tilstander, får et mer helhetlig og koordinert tilbud, at de følges opp tettere og får bedre hjelp til å forebygge sykdom, forverring av sykdom og til mestring når sykdom inntreffer, heter det.

Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)

I opptrappingsplanen fremheves det at kommunene har et ansvar for å samordne sine tjenester (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner kan her bidra til å sikre et helhetlig tilbud til voldsutsatte, koordinere arbeidet bedre og fremme tverrfaglig samarbeid. Ifølge regjeringen er det imidlertid kun et mindretall kommuner som har slike planer. I opptrappingsplanen skriver regjeringen at også eldre utsettes for vold i nære relasjoner, både fra partner og fra barn og barnebarn. En utfordring her er ifølge planen at flere av hjelpe- og behandlingstilbud til voldsutsatte ikke er godt nok kjent eller tilrettelagt for personer med særlige utfordringer. Eldre og pleietrengende løftes her frem som eksempler på dette. Fastlegen trekkes frem som en viktig aktør når det gjelder å oppdage tidlige tegn til vold og overgrep, og deretter henvise til rett instans. Det er viktig at fastlegen har god kjennskap til tjenestetilbudet i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at strukturer for samhandling er etablert, heter det i planen.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)

Opptrappingsplanen retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det er i kommunen livet leves: i bo- og nærmiljø, barnehage, skole, fritidsarenaer og på arbeidsplassen. Opptrappingsplanen skal bidra til at brukerne kan motta gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester der de bor. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene. I kapittel 4, «Strategier og tiltak», er ett av hovedpunktene «Helhetlig pasientforløp – nye løsninger og arbeidsformer». Her presiseres det at det er avgjørende å etablere kontaktflater og en systematikk for pasientforløp, kompetanse- og kunnskapsutveksling, oppgaveløsning og tverrfaglig samarbeid. Det er også behov for å ta i bruk ny teknologi for å understøtte nye innovative og brukerorienterte arbeids- og behandlingsformer. I opptrappingsplanen beskrives så en rekke tilskudd som skal bidra til å utvikle tjenestene.

Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)

Denne tverrdepartementale strategien, som bygger videre på tidligere stortingsmeldinger, strategier og planer (de mest sentrale av dem omtalt før i denne oppsummeringen), var den første helhetlige planen for psykisk helsefeltet etter 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I strategien vektlegges det at tjenestetilbudet bør bli mer forutsigbart, der uønsket variasjon reduseres gjennom systematisk kvalitetsforbedring og styrket faglig ledelse. Det vises her til at pakkeforløp for psykisk helse og rus skal implementeres og deretter systematisk evalueres, et tiltak som nettopp skal bidra til bedre samhandling, økt forutsigbarhet, raskere utredningsforløp og økt brukerinnflytelse. Det vises til at regjeringen skal lansere en ny reform for eldre som blant annet skal omhandle sammenheng i tjenestene. Målene med reformen er å sørge for at eldre får dekket sine grunnleggende behov og opplever å mestre livet, at pårørende ikke blir utslitt, at ansatte får brukt sin kompetanse og å redusere uønsket variasjon i kvaliteten i tjenesten. Det varsles også om at Helsedirektoratet vil utgi nasjonale faglige råd om innhold og organisering av tilbudet til eldre med psykiske lidelser i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Meld. St. II (2018–2019): Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

I denne femte stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet retter regjeringen oppmerksomheten mot områder der helse- og omsorgstjenesten har utfordringer og behov for bedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). I meldingen gir pasient- og brukerombudene, Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstatning og Helsedirektoratets meldeordning innsikt i risikoområder som krever oppmerksomhet og oppfølging. Pasient- og brukerombudene påpeker ifølge meldingen at det ofte er pårørende som kontakter ombudene når det kommer til tjenester til eldre. Pårørende til sykehjemspasienter opplyser om varierende kvalitet på tilbudet, og ombudet omtaler samhandling og kommunikasjon ved overgangen fra sykehus til kommune som et gjentakende problem. Pasienter skrives ut fra sykehus og hjem til egen bolig, til tross for at sykehuspersonalet vurderer at pasienten trenger rehabiliteringsplass. Sykehusets uttalelser skaper forventninger hos pasient som ikke innfris. Ombudene erfarer at forskjellen på innholdet i tjenestene på et sykehjem og i en bemannet omsorgsbolig kan være vanskelig å forstå for pasient og pårørende. Ombudene mottar ifølge meldingen ofte henvendelser om manglende informasjon ved utskriving. Pasienter mangler informasjon om behandlingen, hvordan de skal forholde seg etter utskriving og videre oppfølging. Ombudene erfarer at utskrivingssamtale gjennomføres i for liten grad, og det uttrykkes en forventning om at dette blir en selvfølgelig avslutning på ethvert sykehusopphold. For Stortingets behandling av meldingen, se: Helse- og omsorgskomiteen (2019).

3.4 FAGLIGE VEILEDERE OG NASJONALE RETNINGSLINJER

Samhandlingsreformen: Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak (nasjonal veileder)

Med denne nasjonale veilederen vil Helse- og omsorgsdepartementet (2011b) bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler. Et annet siktemål er å støtte opp under partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere
Veiviseren er utarbeidet for å beskrive og veiledning for bruk av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) (Helsedirektoratet, 2012). Dokumentet henvender seg til helsepersonell og saksbehandlere som skal benytte PLO-meldingene.

Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten

Veilederen beskriver krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid (Helsedirektoratet, 2014b). Den angir sentrale aktører og skisserer hvordan tjenestene kan ivareta målene på en god måte. Det legges særlig vekt på at tjenestene bør organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv, at tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, og at psykisk helse og rus blir sett i sammenheng. I kapittel 4 omtales tre ulike hovedforløp hvor samarbeid og et felles ansvar skisseres: hovedforløp 1 omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som forventes å være milde og kortvarige; hovedforløp 2 omfatter kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser; hovedforløp 3 omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Kapittel 6 gir en oversikt over sentrale aktører som yter tjenester til personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. I kapittel 7 omtales ordninger og tiltak som kan bidra til et godt samarbeid mellom tjenester og tjenestenivåer, og som kan benyttes til å etablere et helhetlig og koordinert tilbud til pasienter og brukere (Helsedirektoratet, 2014b, s. 102).

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieill

Helsedirektoratet (2016) ønsker her å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelige hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriellet henvender seg til både kommuner og helseforetak og er et grunnlagsdokument for den samarbeidsavtalen partene skal utarbeide.

Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Denne veilederen retter seg mot ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov, men kommunene løftes frem som en særlig viktig målgruppe (Helsedirektoratet, 2017a). Stadig flere pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester har flere sykdommer samtidig, nedsatt funksjon knyttet til flere livs- og funksjonsområder, og har et omfattende behov for bistand. Dette knyttes til både psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering. Eldre med flere diagnoser nevnes i veilederen som særlig sårbare. Det samme gjør eldre som i tillegg til somatisk sykdom, har psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelavhengighet (kapittel 2). Veilederen skal etter Helsedirektoratets intensjon bidra til at disse gruppene får strukturert og tverrfaglig oppfølging som ivaretar det helhetlige behovet uavhengig av hvilken diagnose og hvilket funksjonsnivå de har. I kapittel 4 beskrives viktigheten av myndiggjorte, tverrfaglige team. Tjenesteyterne i teamet, betones det, må oppleve anerkjennelse i arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester samt fremme brukernes mestring, integritet og selvbestemmelse også i situasjoner hvor dette kan utfordre eksisterende rammer i tjenestene. I kapittel 8 gis det en innføring og presentasjon av hva som ligger i begrepet «helhetlige pasientforløp». Det presenteres også metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester.

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Veilederen tar sikte på å hjelpe ledere og fagfolk til å arbeide bedre sammen om rehabilitering, habilitering, læring og mestring og koordinering (Helsedirektoratet, 2017b). Det vektlegges at felles forståelse og kunnskap er sentralt for god samhandling,

både internt i helse- og omsorgstjenesten og mellom sektorer som yter tjenester til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. I veilederen skilles det mellom «rehabilitering somatikk» og «rehabilitering psykisk helse og rus», samtidig som det fremheves at en slik grovinndeling kun sier noe om hvor hovedtyngden av problemstillinger ligger.

Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten

Veilederen omhandler involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017c). Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis. Veilederen omfatter alle pårørendegrupper, uavhengig av pasientens eller brukerens diagnose, og inkluderer eldre, voksne, ungdom og barn som pårørende.

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Denne veilederen tar sikte på å hjelpe ledere i helse- og omsorgstjenesten til å forstå og etterleve krav i forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2017d). Veilederen er organisert etter forskriftsparagrafene, der det for hver paragraf gis en kort innføring til forskriftens krav og en forklaring på av hva dette innebærer i praksis. I kapittel § 6d presiseres det at øverste leder må sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres i virksomheten, og at det i særlig grad bør legges vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt.

Nasjonal faglig retningslinje for demens

De primære målgruppene for denne retningslinjen er tjenesteytere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste som har ansvar for utredning/diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med demens og deres pårørende (Helsedirektoratet, 2017e). Ifølge retningslinjen skal kommuner og spesialisthelsetjeneste tilby koordinator til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Om tjenestemottaker ønsker det, skal en individuell plan utarbeides. Det anbefales videre at kommunene har egne eller interkommunale tverrfaglige team som del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende. Teamets funksjon skal blant annet være å sikre ett fast koordinerende kontaktpunkt i kommunen under hele sykdomsforløpet. I kapittel 10 påpekes det at kommunen bør gi råd og informasjon til personer med demens og deres pårørende, om hvordan velferdsteknologi kan bidra til bedre mestring av egen livssituasjon og helse. I kapittel 12 gis det anbefaling om at pårørende til personer med demens skal motta tilrettelagt informasjon, oppfølging og ved behov tilbud om avlastning og annen pårørendestøtte.

Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre

De nasjonale rådene er inndelt i tolv kapitler (Helsedirektoratet, 2019b). Ett av kapitlene omhandler «samhandling og oppgavefordeling». Eldre med psykiske lidelser bør ifølge disse anbefalingene tilbys utredning og behandling i alle ledd av spesialisthelsetjenesten på lik linje med yngre voksne. Dersom fastlegen er i tvil om det foreligger en psykisk lidelse hos en eldre pasient, eller fastlegen har iverksatt tiltak som ikke har bedret tilstanden, bør fastlegen drøfte med, og eventuelt henvise pasienten til distriktpspsykiatrisenter eller alderspsykiatri. I begrunnelsen for dette rådet heter det blant annet at primærhelsetjenesten skal som hovedregel utrede og behandle eldre med psykiske lidelser, mens alderspsykiatrien har ansvar for å bistå primærhelsetjenesten i denne oppgaven. Psykisk helsearbeid i kommunen bør videre tilby utredning og behandling av eldre med psykisk sykdom på lik linje med yngre voksne, heter det. Det vektlegges videre at hvis det er mistanke om en psykisk lidelse hos en eldre person, skal tilstanden skal følges

aktivt opp – ikke bare oppfattes som en del av aldringen i seg selv. Det blir også anbefalt at helsepersonell spør eldre pasienter om alkoholbruk, bruk av andre rusmidler og legemidler (spesielt vanedannende), iverksetter tiltak ved mistanke om et problematisk eller helseskadelig bruk.

Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2019) har inngått avtale om å innføre helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Disse helsefelleskapene skal prioritere tjenestene til blant annet skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. I avtalen heter det at Solberg-regjeringen og KS deler målet om å skape mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De ønsker derfor at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. De ønsker også at helseforetak og kommuner sammen etablerer helsefelleskap der representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Ifølge avtalen vil regjeringen i en kommende nasjonal helse- og sykehusplan i tråd med dette foreslå å etablere 19 helsefelleskap med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene.

4 KUNNSKAP OM SAMMENHENG OG OVERGANGER I TJENESTENE

I dette kapitlet presenteres og oppsummeres forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen *Leve hele livet: eldre og deres pårørende*. Presentasjonen er organisert rundt sju temaer: (1) sammenheng i tjenestene – forankring i samhandlingsreformen; (2) kunnskap om ulikheter i tilnærming og perspektiv; (3) kunnskap om arbeidet med lovpålagte planer og avtaler; (4) kunnskap om overganger i pasientforløpet; (5) kunnskap om fastleger sammenhengende tjenestetilbud; (6) kunnskap om IKT og sammenhengende tjenestetilbud; (7) kunnskap om involvering av eldre pasienter og deres pårørende.

4.1 SAMMENHENG I TJENESTENE – FORANKRING I SAMHANDLINGSREFORMEN

Både kommunene og de regionale helseforetakene er blitt gitt et lovpålagt ansvar for å tilrettelegge for samhandling internt i tjenestene, med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjoner (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I stortingsmeldingen *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* løftes imidlertid fragmenterte tjenester – sammen med for lite forebygging og den demografiske utviklingen (knyttet til flere eldre og endret sykdomsbilde) – frem som særlige utfordringer i norsk helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Gjennom økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler ble det lagt opp til å fremme reformens overordnede mål om helhetlige pasientforløp. Slik skulle spesialist- og primærhelsetjenesten i større grad enn tidligere samhandle med hverandre, og slik ble kommunene tildelt en større del av ansvaret for helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Kassah, Tingvoll & Kassah, 2014; Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015; Haukelien, Vike & Vardheim, 2015).

Grimsmo m.fl. (2015) har i en oversiktsartikkel konkretisert de økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidlene i reformen. De påpeker at regelverket er blitt revidert og har lagt grunnlaget for overføring av et større ansvar til kommunene, der de viktigste grepene og virkemidlene har vært: (1) krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten; (2) økonomiske insentiver i form av betaling for ventende utskrivningsklare pasienter og (frem til 2015) medfinansiering av opphold i sykehus; (3) krav om og tilskudd til oppretting av et lokalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud

i kommunen. Faglig skulle det legges økt vekt på nasjonale veiledere og retningslinjer, beskrivelse og kvalitetssikring av gode pasientforløp, måling av kvalitet og styrking av helsetjenesteforskning. Myndighetene planla også økt bruk av IKT ved hjelp av sterkere statlig styring med innføringen, og det skulle legges mer vekt på forebygging, bedre koordinerte tjenester og behandling (se også: Melby & Tjora, 2013; Kassah m.fl., 2014; Haukelien m.fl., 2015).

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2015) har hatt som mandat å gi informasjon, råd og veiledning om gjennomføring av reformen til kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Dette nettverket, som har bestått av representanter fra KS, ulike kommuner, de fire regionale helseforetakene, fylkesmennene og aktuelle departement og direktorat, har i sin sluttrapport kommet med en rekke anbefalinger for å nå målene i samhandlingsreformen (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015). Det pekes blant annet på at: hvis kommunene skal kunne ta ansvar for en større del av de samlede helse- og omsorgstjenestene, må finansiering av tjenestene være i tråd med oppgaveoverføringen og det må etableres insentiv for at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene. Det argumenteres også for at spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Dette bør skje ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester. Det nasjonale nettverket vektlegger også at kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukermedvirkning, ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene og innføre felles IKT-systemer som letter utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene.

4.2 ULIKHETER I TILNÆRMING OG PERSPEKTIV

En annen av utfordringene som løftes frem i samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, er forankringen i ulike behandlingsskulturer eller faglige tilnærminger.

I en kunnskapsoppsummering om pasientforløp for eldre pasienter med kronisk sykdom, der empirien i hovedsak er basert på en nordisk kontekst, fant K. K. Danielsen, Nilsen og Fredwall (2017) at litteraturen beskrev ulikheter i tilnærming og perspektiv mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som utfordrende for pasientforløpet. Dette ble dels knyttet til varierende perspektiv på behandling og funksjonsnivå, dels til forskjellig målforståelse og dels til ulik forståelse av pasientforløpet – variasjoner og ulikheter som ifølge forfatterne kan påvirke hvilke problemstillinger aktørene vektlegger, hva som forventes av forløpet og hvor god kommunikasjonen mellom aktørene blir. I flere av studiene som ble omtalt i oppsummeringen, ble det påpekt at spesialisthelsetjenesten har en diagnoseorientert tilnærming med et relativt kortsiktig perspektiv, der pasientforløpet er basert på faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser. I kommunehelsetjenesten er hovedmålet for pasientforløpet å ivareta pasientens samlede medisinske behov, funksjonsevne, mestringssevne og livskvalitet. Perspektivet er dermed bredere og mer langsiktig, der forløpet må tilpasses pasienters preferanser og ivareta dem med flere diagnoser på en gang. Det pekes også på at helsepersonell i kommunen betrakter oppfølgingen av pasienter som kontinuerlig og ikke som noe som har en begynnelse og en slutt.

Gjennomføring av pasientforløp, hevder Grimsmo m.fl. (2015), beror på god koordinering og effektiv informasjonsflyt. Begrunnelsen for samhandlingsreformen er nettopp at denne type koordinering og informasjonsflyt ikke fungerte godt nok.

De peker her på at det er et skarpt skille i eierskap og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – regulert av hvert sitt lovverk og styrings- og finansieringssystem. Skillet bidrar ifølge forfatterne til å tydeliggjøre oppgavefordeling, men det er utfordrende når det gjelder kontinuitet og sømløshet i pasientbehandlingen.

4.3 ARBEIDET MED LOVPÅLAGTE PLANER OG AVTALER

4.3.1 INDIVIDUELL PLAN OG SAMMENHENGENDE TJENESTETILBUD

Alle personer som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP) hvis personen selv ønsker det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom brukeren og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne. Retten til individuell plan har vært gjeldende siden den i 2001 ble rettighetsfestet i *Lov om pasientrettigheter*. Arbeidet med individuell plan blir omtalt som et viktig verktøy for å strukturere arbeidet på individnivå (Aspelund, Dyrkorn & Anker, 2011; Holum, 2012a; Humerfelt, 2012; Berven, Ludvigsen, Christensen & Nilssen, 2013). Samtidig løftes den frem som et verktøy for arbeid på systemnivå, særlig i form av styrket samarbeid, samhandling og ansvarsdeling mellom ulike aktører i hjelpeapparatet.

Ifølge en kartlegging Rambøll gjorde for Helsedirektoratet (2011), hadde i gjennomsnitt 0,58 prosent av befolkningen en individuell plan. Det var relativt store variasjoner mellom fylkene, der det var flest individuelle planer per innbygger i kommunene i Finnmark, Nord-Trøndelag og Hedmark og færrest individuelle planer per innbygger i kommunene/bydelene i Vestfold, Oslo og Akershus.

Ifølge Riksrevisjonen (2016) svarte 60 prosent av kommunene at pasienter med behov for individuell plan, i stor eller svært stor grad faktisk får dette. 36 prosent av kommunene rapporterte at de i noen grad fikk det. 55 prosent av kommunene mente imidlertid at individuell plan bare i noen grad bidro til at pasientene fikk en helhetlig og koordinert oppfølging i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, mens 25 prosent svarte at planen i stor eller svært stor grad ga slike bidrag. Halvparten av kommunene og helseforetakene mente dessuten at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidro til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Til dette bemerker Riksrevisjonen at individuell plan er et etablert, lovfestet virkemiddel og at man derfor kunne ha forventet at samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene var kommet lenger på dette området.

Bjerkan (2015) har i sitt doktorgradsarbeid undersøkt hvordan individuell plan er tatt i bruk i helse- og sosialsektoren i kommunen og hvor vidt et internetbasert verktøy for individuell plan kunne bidra til å nå målene som er satt i de nasjonale føringene for planarbeidet. I én av studiene, som var basert på spørreundersøkelse med svar fra 62 kommuner, fant hun at én av 200 innbyggere (0,5 prosent) hadde en individuell plan, mens de nasjonale estimatene var at én av 33 (3 prosent) hadde behov for dette (Bjerkan, Richter, Grimsmo, Hellesø & Brender, 2011). Forfatterne fant ingen signifikante forskjeller mellom antall individuelle planer eller hvordan IP-arbeidet var organisert sett i relasjon til partipolitisk styring i den enkelte kommune. Sosiale forhold blant innbyggere i en kommune eller kommunens økonomi utgjorde heller ingen forskjeller når det gjaldt antall opprettede planer. Kommunalt ansatte sykepleiere, lærere og sosionomer utførte

storparten av IP-arbeidet. Sykehusansatte og fastleger deltok i mindre grad. Fysiske møter var den foretrukne samhandlingsformen. Bjerkan m.fl. (2011) konkluderer med at kommunene ikke hadde klart å få individuell plan til å fungere som forutsatt.

Aspelund m.fl. (2011) gjennomførte kvalitative intervjuer med ledere, ansatte, brukere og ulike deler av hjelpeapparatet i 26 kommuner. De fant at det varierte fra kommune til kommune hvor aktivt individuell plan ble brukt. Én av utfordringene som ble identifisert, var at planene ble betraktet som et omfattende verktøy som var tidkrevende å bruke. En annen utfordring var at enkelte av kommunene ikke hadde systemer som var godt nok tilrettelagt for bruk av individuell plan.

Humerfelt (2012) undersøkte i sitt doktorgradsarbeid om individuell plan førte til at brukere med omfattende rusmiddelproblemer mottar koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. I studien, som var basert på kvalitative intervjuer med brukere og helse- og sosialarbeidere, rettet hun også blikket mot hva som fremmer og hemmer brukermedvirkning i dette arbeidet. Ett av hovedfunnene var at individuell plan ikke førte til koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassete tjenester. Helse- og sosialarbeiderne hadde ulik forståelse av hvilken betydning den individuelle planen skulle tillegges i oppfølgingen av den enkelte brukeren. Mange av brukerne påpekte dessuten at oppfølgingen ofte var mangelfull.

I et annet doktorgradsarbeid har Holum (2012a) undersøkt iverksettelsen og bruken av individuelle planer i psykisk helsevern. Studien, som bestod av tre artikler (Holum, 2012b, c; Holum & Toverud, 2013), baserte seg på kvalitative intervjuer med 22 ledere på ulike nivåer innen psykisk helsevern, 19 pasienter og sju pårørende, 19 koordinatorene og to behandlere, i tillegg til seks representanter fra fire ulike brukerorganisasjoner. I en sammenfatning av funnene fra de tre artiklene påpekte Holum at det i noen planprosesser var så høy grad av kompleksitet at planen i praksis var ikke-eksisterende (Holum, 2012a). Dette gjaldt i særlig grad brukere med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse. Ingen ville påta seg koordinatrollen, og det var krevende å avklare hvilke instanser som skulle ha ansvar for hva. Ifølge forfatteren syntes ikke individuell plan å ha effekt når det var snakk om å utløse ressurser, avklare hvilke instanser som var ansvarlige for hva eller løse samarbeidsproblemer. I andre prosesser fungerte den etter intensjonen, og planarbeidet på sitt beste kunne bidra både til en godt koordinert helhet og fungere som et tilnærmet terapeutisk verktøy. De prosessene der planen fungerte godt og der brukere var fornøyd både med den og behandlingen, hadde en del felles kjennetegn. Disse var å tilpasse overganger, sørge for fleksibilitet og tjenester tilpasset brukerens behov, bruke et språk uten for mye fagterminologi og legge til rette for dialog og for små og forutsigbare ansvarsmøter. Det var også sentralt at det ble skapt realistiske forventninger til hva planarbeidet kunne bidra til, at koordinatorene så og nyttiggjorde seg pasientens ressurser og at planen ble laget sammen med pasienten. Holum løftet også frem betydningen av at deltagende aktører i planarbeidet følger opp avtaler, stiller på møter og bruke planene aktivt på møter – gjerne som agenda på ansvarsgruppemøtene.

Sægrov (2015) har undersøkt hvilke grunner sykepleiere oppgir for ikke å utarbeide individuell plan for kreftpasienter som har behov for sammensatte tjenester. Studien var basert på fokusgruppeintervjuer og en spørreskjemaundersøkelse blant 103 sykepleiere og ledere, som enten var ressurs-sykepleiere i ulike kommuner eller sykepleiere i sykehus med et spesifikt ansvar knyttet til kreftomsorg. Sægrov fant at 44 prosent av informantene mente det var for liten tid til å utarbeide individuell plan. 47 prosent av informantene oppga at de ikke følte seg trygge nok på arbeidsoppgaven med å utarbeide individuell plan. 63 prosent av informantene svarte at plikten til å innfri retten til individuell plan måtte bli en arbeidsinstruks fra ledelsen.

Larsen, Normann og Hamran (2016) har gjennom 18 kvalitative intervjuer med helsepersonell og pårørende, samt feltarbeid i to demensteam, undersøkt hvordan deltakerne reflekterte over samhandling, kontinuitet i pleien og bruk av individuell plan. De identifiserte her et gap mellom praksis og helsepolitiske mål med hensyn til kontinuitet i pleien. Dette knyttes i særlig grad til individuell plan. Studien viste at deltakerne hadde ulike oppfatninger av informasjonsflyt og koordinering av tjenester, og at de hadde ulike oppfatninger av offentlige helsetjenesters tilstrekkelighet i demensomsorg. For å sikre kontinuitet i denne omsorgen, påpeker forfatterne, må helsepersonell og pårørende i større grad diskutere spesifikke forventninger til informasjonsflyt, involvering og ansvar. Individuell plan kan tjene som utgangspunkt for slike diskusjoner.

I en kunnskapsoppsummering om overganger og brudd i pasientforløp for eldre finner Bergh, Michelet og Strandenæs (2017) at casemanagement organisert i kommunene kan utsette et permanent opphold på sykehjem. Et slik casemanagement er en organisering og koordinering av tjenester på vegne av eller omkring en enkeltperson, i denne sammenheng betegnet som et «case». Forfatterne anbefaler å styrke kommunenes bruk av individuell plan, noe innføringen av oppfølgingsteam eller en koordinatorfunksjon i kommunen kan bidra til.

Berven m.fl. (2013) har evaluert ordningen med individuell plan som et styrings- og koordineringsverktøy i norske kommuner. Studien er blant annet basert på data fra en surveyundersøkelse som i 2013 ble sendt til administrasjonsledere og enhetsledere i barnevern og psykisk helsetjeneste i 100 kommuner. Forfatterne fant at den administrative ledelsen i kommunene var lite involvert og kun til i en viss grad interessert i planen som styringsverktøy. Individuell plan fungerte dermed først og fremst som et koordinerende styringsverktøy for tjenesteyterne.

4.3.2 SAMARBEIDSAVtaler OG SAMMENHENGENDE TJENESTETILBUD

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er ett av virkemidlene i samhandlingsreformen. Samarbeidsavtalene skal fremme samhandlingen ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, og de skal etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Slik skal avtalene etter intensjonen både bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

I en undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak fant Williksen, Bringedal, Snåre og Hall (2014) at de lovpålagte samarbeidsavtalene ble opplevd som et egnet og nødvendig verktøy for samhandling. I studien, som var basert på workshops og tretti kvalitative intervju med ansatte i kommuner og helseforetak, fremgår det også at avtalene hadde bidratt til å tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling og på den måten bedret samarbeidet mellom partene. Hovedutfordringen var antallet avtaler og graden av detaljer. Avtaleverket beskrives av studiens informanter som omfattende, noe som igjen førte til høy ressursbruk hos kommuner og helseforetak. Mange av informantene rapporterte at de ikke hadde avtaler som dekket området psykisk helse og rus. De som imidlertid hadde avtaler på disse områdene, eller var i ferd med å utarbeide det, fortalte om runde og til dels vage formuleringer. Dette kobles først og fremst til at det var mye usikkerhet blant informantene omkring rus og psykisk helse. Denne usikkerheten handler dels om områdenes kompleksitet og dels om en opplevelse av lite informasjon om

kommende endringer og føringer fra nasjonalt hold. En gjennomgående utfordring som ble trukket frem, var samarbeidet med fastlegene. Det ble opplevd at de var vanskelige å få med i avtaleprosessen, at de var for lite involvert i kompetanseutvekslingen og at de ikke hadde en aktiv nok rolle knyttet til pasientene – noe som av flere ble satt i sammenheng med fastlegeordningen og at fastlegene ikke var en avtalepart.

Martens og Veenstra (2015) undersøkte hvilken betydning samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetak ser ut til å ha for samarbeid, konfliktnivå og mekanismer for tvisteløsning. Studien var basert på en rekke kilder: en gjennomgang av saker i den nasjonale tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren, en spørreundersøkelse blant nøkkelpersoner i samtlige norske helseforetak og et utvalg kommune og intervjuer med ansatte i fire kommuner. På bakgrunn av dette fant forfatterne at de nasjonale føringene (lovgivning og nasjonal veileder med maler) hadde bidratt til en forholdsvis ensartet praksis i struktur og innhold i avtaleverket. De fant videre at samarbeidsavtalene ikke hadde medført vesentlige endringer i måten samarbeidet ble opplevd på av helseforetak og kommune. Samarbeidet ble i det vesentlige beskrevet som godt. Avtalene hadde gitt kommunen et juridisk verktøy i ansvars- og oppgavefordelingen, men ikke ført til økt opplevelse av likeverd.

I en annen publikasjon, basert på de samme data som i den nettopp nevnte rapporten, påpekte Gautun, Martens og Veenstra (2016) at samarbeidsavtalene kan være en god ramme for samhandling mellom sykehus og kommune, men at de ikke kan erstatte den daglige dialogen omkring utskrivning av pasienter til kommunale pleie- og omsorgstjenester. Informantene fra kommunene ga også uttrykk for at de opplevde det som en stor utfordring at pasienter skulle flyttes hurtigere fra det ene nivået til det andre, noe som stilte store krav til kommunehelsetjenesten. Studien antydte at spenningsnivået kan ha økt etter samhandlingsreformen, men det var ifølge forfatterne uklart om konfliktene kunne ha vært større eller mindre dersom avtalene ikke hadde vært på plass.

Evalueringsprosjektet «Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen» (SPIS) inngikk i Forskningsrådets overordnede evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). I sluttrapporten for SPIS, sammenfattet av Løhre og Grimsmo (2015), påpekes det at tidligere samarbeidserfaring var viktig når kommuner og helseforetak møttes som parter ved forhandlingsbordet. En kvalitativ studie i prosjektet, som sammenlignet forhandlingsprosesser i de fire regionale helseforetakene, fant at avtaleforhandlingene var preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold i starten (Ljunggren, Solbjør & Kleiven, 2015). Forskjellene mellom de fire forhandlingsprosessene gjenspeilet erfaringer med tidligere samarbeid. For kommuner som var vant til å samarbeide med foretaket, bar prosessene preg av mer tillit og likeverd, mens kommuner som hadde en tynn samarbeidshistorikk, utrykte mer mistillit. Kommuner slo seg imidlertid sammen for å stå sterkere i forhandlinger med foretaket, og hadde suksess med det, ifølge Ljunggren m.fl. Hovedtyngden av resultater fra SPIS-prosjektet viste et klart asymmetrisk forhold mellom kommuner og helseforetak (Grimsmo, 2013; Gjerde, Torsteinsen & Aarseth, 2015). Denne opplevde asymmetrien og misnøyen ga dårlig grobunn for likeverd mellom kommuner og helseforetak i første fase av samhandlingsreformen (Løhre & Grimsmo, 2015). Likevel synes det som de tidligste avtaletekstene hadde en intensjon om å ivareta likeverdet mellom kommuner og helseforetak (Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015), noe som ifølge sluttrapporten kan ha sammenheng med at prinsippet om likeverd var løftet høyt i forarbeidene til reformen og at de som utformet avtalene bestrebet seg på å få dette med i teksten (Løhre & Grimsmo, 2015). Identiske avtaler innen samme foretak tydet på at avtalene i store trekk ble utformet av helseforetaket, med begrunnelse i lik pasientbehandling og enklere administrasjon (Kirchhoff m.fl., 2015; Ljunggren m.fl.,

2015). I sluttrapporten anbefales det at antall avtaleområder bør reduseres for å skape muligheter for mer og bedre oppfølging på det enkelte område. Generelt bør dessuten samarbeidsavtalene mellom kommune og foretak følges tettere opp, og spesielt må foretakene etableres og gjennomføre bedre oppfølgingstiltak. Det pekes også på viktigheten av å oppnå større likeverd mellom foretak og kommuner og av å løfte frem og innhente brukererfaringer mer systematisk (Løhre & Grimsmo, 2015; Forskningsrådet, 2016).

Riksrevisjonen (2016) har undersøkt om samhandlingsreformen har bidratt til bedre ressursutnyttelse og kvalitet i tjenestene. I undersøkelsen, som i hovedsak omfattet perioden fra 2012 til september 2015, fremgikk det at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, etter riksrevisorens vurdering ikke var godt nok. Et flertall av kommunene opplevde ifølge undersøkelsen at samarbeidsavtalene la til rette for helhetlige pasientforløp og for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Rundt halvparten av kommunene synes imidlertid at det var utfordrende å etterleve kravene som ble stilt i avtalene i den praktiske utførelsen av arbeidet. En like stor andel mente at helsepersonell i egen kommune ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene, mens seks av ti kommuner opplevde at ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til avtalene. Noen kommuner og helseforetak påpekte også at både antallet avtaler og kravene til det detaljerte innholdet i disse, var for omfattende. Mens nær alle kommunene mente at samarbeidsavtalene klargjorde oppgave- og ansvarsfordelingen for de utskrivningsklare somatiske pasientene, rapporterte under halvparten av kommunene det samme for pasienter innen psykisk helse og rus.

Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge (2016) har undersøkt insentiver for god samhandling i lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid. I samtaler med representanter for kommuner, spesialisthelsetjeneste og relevante organisasjoner i det lokalbaserte rus- og psykisk helsearbeidet, fremgikk det at det hadde vært en rekke gode erfaringer med vellykket samhandling i flere kommuner. Samtidig uttrykte de samme informantene også behov for endringer, noe som særlig ble knyttet til likeverdighet i samarbeidet mellom nivåene. Det ble her særlig anbefalt å etablere arenaer der lokal ledelse for begge nivåer kan møtes for felles å definere hva som kan være utfordrende. Inngåelse av formelle samarbeidsavtaler kan være en slik arena, men dette fordrer ifølge informantene at avtalene tilpasses behov og intensjoner knyttet til rus og psykisk helse. Felles diskusjoner og avtaler mellom helseforetak og grupper av kommuner kan også bidra til mer konstruktive avtaler. Forfatterne påpekte at god samhandling krever forankring på ledernivå, og at ledelsen lokalt aktivt må legge til rette for og kreve at samarbeid gjennomføres. De bør derfor ha en sentral rolle i å definere, utvikle og vedlikeholde gode samhandlingsmodeller.

4.4 OVERGANGER I PASIENTFORLØPET

Et pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15). Tidslinjen i et pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet (Helsedirektoratet, 2017a). Begrepet inkluderer både forløp for pasienter innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Et helhetlig pasientforløp kjennetegnes ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2011a) av at deltjenestene er satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte. Målet er god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deltjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a, s. 90).

Pasientforløpet for eldre med kronisk sykdom innebærer ofte flere overføringer mellom ulike behandlingsnivåer og tjenester. Eldre (særlig de som har kognitiv svikt) og pasienter med sammensatte behandlingsbehov er spesielt utsatt for uønskede hendelser i løpet av utskrivningen eller kort tid etter overganger mellom omsorgsnivåer. Dette resulterer ofte i reinnleggelse (Mesteig, Helbostad, Sletvold, Røsstad & Saltvedt, 2010; Preyde & Brassard, 2011; Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad & Aase, 2014). Flere publikasjoner peker på at risiko for uønskede hendelser kan ha sammenheng med mangel på sosial støtte, kontekst, pasientkarakteristikker, helsearbeideres kompetanse, informasjonsutveksling og klinisk vurdering av pasienten (Mesteig m.fl., 2010; Laugaland, Aase & Barach, 2011; Preyde & Brassard, 2011; Aase, Laugaland, Dyrstad & Storm, 2013; Storm, Groene, m.fl., 2014; Storm, Siemsen, m.fl., 2014). Ifølge Laugaland m.fl. (2011) varierer alvoret av slike hendelser fra laboratoriefeil til permanent uførhet og død.

I en studie basert på fokusgruppeintervjuer og observasjon, fant Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold og Grimsmo (2013) at sykepleiere i kommunen betraktet samarbeidet i primærhelsetjenesten som oppstykket. Både sykepleiere og fastleger opplevde videre at det var organisatoriske barrierer for samarbeidet. Som eksempel på slike barrierer pekte informantene på geografisk avstand som kunne vanskeliggjøre fysiske møter.

Også ledere i hjemmesykepleien har pekt på hva de oppfatter er utfordringer i overføringen av eldre. Dette er relatert til organiseringen av helsetjenestene og lite tilfredsstillende samarbeid (koordinering og kommunikasjon) mellom ulike nivåer av tjenester og mellom enheter innad i kommunen (Dale & Hvalvik, 2013).

Samhandlingsreformen har ført til etablering av nye enheter og tjenester, som intermediære avdelinger og kommunale akutte døgnplasser (KAD). Opprettelsen av flere kommunale enheter har vist seg å kreve mer administrasjon, koordinering og dokumentasjon som følge av at oppgavene har blitt mer komplekse (Haukelien m.fl., 2015).

Basert på intervjuer med seks sykepleiere og en spørreundersøkelse med svar fra 2372 sykepleiere, fant Gautun og Syse (2013) at ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har fått en travlere arbeidshverdag etter innføringen av samhandlingsreformen. Reformen har i tillegg vist seg å føre til mer oppstykkede pasientforløp med opphold i kommunale akutte døgnplasser eller ved intermediæravdelinger som mellomstasjoner på reisen til og fra sykehuset (Grimsmo & Løhre, 2014; Grimsmo, 2015). Dette er ifølge Grimsmo (2015) særlig uheldig for eldre og skrøpelige pasienter som tåler transport og skifte av miljø dårligst.

4.4.1 OVERGANG MELLOM SYKEHUS OG HJEM

I sluttrapporten for følgeevalueringen av samhandlingsreformen (EVASAM) ble det påpekt at det foreløpig ikke var observert økt antall reinnleggelser som følge av reformen (Forskningsrådet, 2016).

Riksrevisjonen (2017) har undersøkt hvorvidt helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter legger til rette for helhetlige og koordinerte pasientforløp. Dataene for undersøkelsen, som er basert på et såkalt spørrebrev til åtte helseforetak, analyse av statistikk, dokumenter og dybdeintervjuer, omfatter perioden 2011–2017. I undersøkelsen fant riksrevisjonen at omfanget av reinnleggelser hadde økt svakt i perioden 2011–2016, altså et noe annerledes funn enn hva som kom frem i EVASAM (Forskningsrådet, 2016). Riksrevisjonen (2017) fant videre at informasjonen som helseforetakene sender kommunehelsetjenesten om utskrivning av pasienter, ikke har en kvalitet som sikrer

helhetlige og koordinerte pasientforløp. Helseforetakene følger heller ikke godt nok opp at de ansatte kjenner til virkemidler og etterlever pålagte krav ved utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Et annet sentralt funn i undersøkelsen var at bedre samhandling mellom tjenestenivåene kan gjøre det mulig å redusere omfanget av unødvendige reinnleggelser av pasienter som skrives ut til kommunehelsetjenesten.

I en studie av sannsynligheten for reinnleggelse av eldre personer innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus, fant Kristoffersen, Hansen, Lindman, Tomic og Helgeland (2016) at slike reinnleggelser skjer hyppig, men at det var stor variasjon mellom kommuner og sykehus. En rekke publikasjoner viser også til at det har vært økning i reinnleggelser etter innføringen av samhandlingsreformen (Gautun & Syse, 2013; Lotterud, 2014; Haukelien m.fl., 2015; Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016). Det at flere pasienter i hjemmetjenesten har blitt sykere og har mer sammensatte tilstander enn tidligere, er en utvikling som har skjedd over tid. Det kan dermed ikke alene knyttes til innføring av samhandlingsreformen (Bjørnsen, 2015; Øyen m.fl., 2015).

I en kunnskapsoppsummering om overganger og brudd i pasientforløp for eldre finner Bergh m.fl. (2017) at pasienter med alvorlig somatisk eller psykiatrisk sykdom har hyppigere innleggelse på sykehus. Pasienter innlagt på sykehjem med lav bemanning eller lav sykepleier- og legedekning har ifølge oppsummeringen hyppigere innleggelser på sykehus. De fant også at case-management ved utskrivelse fra sykehus hindrer reinnleggelser på sykehus. Case-management hos hjemmeboende reduserer ifølge forfatterne ikke antall innleggelser på sykehus, men kan utsette innleggelse på sykehjem. De konkluderer med at sammensatte case-managementintervensjoner gir bedre effekt enn enkelttiltak. Forfatterne finner videre at intervensjoner rettet mot overganger har best effekt om de er sammensatt av flere enkeltintervensjoner og om de leveres med høy hyppighet og intensitet. De anbefaler derfor at intervensjoner i helsetjenesten planlegges basert på dette. De finner også holdepunkter, slik vi tidligere har omtalt under 4.2, for at diagnosespesifikke pasientforløp er mindre egnet i kommunehelsetjenesten og hos pasienter med kompliserte og sammensatte lidelser. Ved gjennomføring av pasientforløp, bør man individuelt tilpasse forløpet til hver pasient, skriver de. Forfatterne påpeker videre at god kvalitet på den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med nok personale som har god kompetanse, vil redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenestene.

I forskningsprosjektet «Kvalitet og sikkerhet i overføring av eldre», hvor innleggelse og utskrivelser ved to norske sykehus ble studert, fant forfatterne at faktorer som kontekst, pasientkarakteristika, pårørende, klinisk pasientvurdering, informasjonsutveksling og helsepersonellens kompetanse har betydning for kvaliteten og sikkerheten i slike overføringer (Aase m.fl., 2013; Storm, Groene, m.fl., 2014; Storm, Siemsen, m.fl., 2014).

Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (2011) angir vilkårene for når en pasient er utskrivningsklar. Flere publikasjoner synliggjør imidlertid at det er ulike oppfatninger av hva som menes med dette begrepet. Én årsak som beskrives, er at når utskrivningen planlegges, kan det være spenninger mellom helsevesenets krav om effektivitet og pasientenes behov og ønsker (Hellesø & Fagermoen, 2010). Det pekes for det andre på at mangel på sengeplasser og lange ventelister kan føre til vanskelige og pressede situasjoner for sykepleiere på sykehus, og at de kan oppfatte at det er for tidlig å sende pasientene hjem selv om de er medisinsk ferdigbehandlet (Kirsebom, Wadensten & Hedström, 2013). Ifølge en studie av Handeland og Tveit (2015), basert på intervjuer med sykepleiere, kan krav om effektivitet og tempo føre til utskrivninger som etter sykepleierne oppfatning skjer for tidlig eller forhastet. Dette gjelder særlig eldre og svært syke pasienters behov for mer tid og større forutsigbarhet. En tredje årsak som nevnes, er at økonomiske insentiver i helsesektoren kan føre til motstridende perspektiver mellom

partene om hva som er god utskrivningspraksis (Askim, Flølo, Ramsli & Sivertsen, 2010). For det fjerde vises det til at begrepet «utskrivningsklar» kan tolkes noe forskjellig på sykehus og i kommunene: Ansatte i hjemmesykepleien rapporterer her om at sykehuset skriver ut pasienter for tidlig (Hellesø & Fagermoen, 2010; Møller & Flermoen, 2010). I hjemmetjenesten er det ikke mulig å ha den samme tette oppfølgingen som på et sykehjem, og en person kan fungere rimelig godt i en institusjon, men ikke like godt hjemme, påpeker Møller og Flermoen (2010). På den måten kan en pasient være utskrivningsklar ut ifra sykehusets ståsted, men ikke utskrivningsklar sett i lys av den situasjonen pasienten har hjemme.

Det er først og fremst overganger og samhandling mellom aktørene fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem, KAD, legevakt, sykehus og lokale akuttmottak i kommunen som er aktuelle for eldre pasienter med kronisk sykdom. (Askim m.fl., 2010; Aase m.fl., 2013; Romøren, 2014; Storm, Groene, m.fl., 2014; Heskestad & Aase, 2015). Innleggelse på sykehus kan også inkludere ulike spesialavdelinger, i tillegg til observasjonsavdeling og intermediearavdeling (Aase m.fl., 2013; Storm, Groene, m.fl., 2014; Heskestad & Aase, 2015). I samhandlingsprosjektet «Helhetlige pasientforløp» ble det identifisert følgende kritiske overganger i pasientforløpet: kontakt med legevakt; overføring til sykehus/sykehjem; melde utskrivningsklar pasient fra sykehus; samtale med primærkontakt; og utreise fra sykehus (Øvre Eiker kommune, 2014).

4.4.2 OVERGANG MELLOM HJEM OG SYKEHJEM

Mye av kunnskapen som er tilgjengelige om sammenheng og overganger i tjenestene til eldre, omhandler overgang mellom sykehus og kommune, enten til eget hjem eller institusjon. Imidlertid er det også mye tilgjengelig kunnskap om utfordringer knyttet til overganger mellom tjenestene innad i kommunen. Dette gjelder i særdeleshet overgangen for eldre som flytter fra eget hjem til langtidsopphold i sykehjem. Andre aktuelle overganger kan være et korttidsopphold på institusjon som en mellomstasjon før tilbakeføring til eget hjem etter sykehusutskrivelse, eller et korttidsopphold hvor hensikten er opptrening og/eller avlastning. Noen kommuner tilbyr også en ordning med vekselopphold, noe som innebærer at pasienten har en fast ordning med noen uker hjemme og noen uker på institusjon/sykehjem, der hensikten som oftest er opptrening, oppfølging eller avlastning.

Vurdering av tilgjengelig kunnskap om eldre som flytter fra eget hjem til langtidsopphold på sykehjem, viser at dette i langt de fleste tilfeller handler om personer som har utviklet en demenssykdom. Ifølge Engedal og Haugen (2018) hadde omkring 80 prosent av alle sykehjemsbeboere i Norge i 2018 en demenssykdom. Mange av studiene vi har gjennomgått fokuserer på hvordan personen selv og deres nærmeste pårørende, som ofte har hatt omsorgsansvar før flyttingen, opplever denne overgangen. Selv om overganger mellom kommunale tjenester også gjelder andre pasientgrupper, vil derfor en stor overvekt av utvalgte publikasjoner og tiltak som presenteres her, ha en særlig oppmerksomhet mot personer som har demens og deres pårørende.

4.4.2.1 PASIENTENES OG PÅRØRENDES PERSPEKTIV

Brownie, Horstmanshof og Garbutt (2014) inkluderte 19 studier i en oversiktsartikkel hvor de undersøkte Eldres erfaringer og opplevelser knyttet til overgangsfasen og tilpasning til ny botilværelse når de flyttet til sykehjem. De oppsummerer resultatene fra de inkluderte studiene slik: det viktigste for pasientene var at de hadde kontroll over

og deltok i beslutninger omkring flyttingen, og at de kunne opprettholde meningsfulle sosiale relasjoner. Dette innebar også å få hjelp av personalet til å inngå nye relasjoner og bekjentskap etter flytting. Det er viktig å gi den eldre mulighet til å snakke om sine følelser og livserfaringer gjennom hele prosessen, og at kartlegging av personlighet, livsstil, vaner og preferanser vektlegges når overflytting planlegges.

Fitzpatrick og Tzouvara (2019) har gitt en systematisk oppsummering av 34 studier som omhandlet hva som fremmer og ivaretar en god overgangsprosess for eldre personer som flytter til sykehjem. Studiene inkluderte pasientens, pårørendes og helsepersonells perspektiv. Forfatterne konkluderte med at det som var viktig var å ha en personsentrert tilnærming, at pasientene bevarte sin autonomi og sine verdier i forbindelse med og etter flytting, samt at de kunne ha et godt forhold til og samhold med pårørende, nye «samboere» og sykehjempersonalet. Det å kunne få lov til å skape og vende seg til sitt nye hjem ble løftet frem som sentralt for de eldre, noe som ifølge forfatterne innebar å ha sitt eget hjem/rom som de kunne sette preg på og samtidig ha et felleskap med andre. Fitzpatrick og Tzouvara konkluderer med at det er viktig å være klar over hvordan den organisatoriske kulturen på sykehjemmet har innvirkning på pasientens opplevelse av trivsel, og psykiske og sosiale velvære, når de flytter til sykehjem.

I en systematisk oversiktsartikkel, som inkluderte 23 studier fra USA, Hong Kong, Canada, Tyskland, Nederland, Sveits og Sverige, fant Weeks m.fl. (2018) at program og tiltak som var designet for å ivareta gode overganger og pasientforløp for pasienter som bodde hjemme, reduserte sykehusinnleggelses. De fant videre at slike programmer og tiltak utsatte behov for permanent sykehjemsplass, blant annet fordi økt bruk av hjemmebaserte tjenester hadde en forebyggende effekt fordi alternative omsorgstjenester kunne iverksettes på et tidligere tidspunkt.

Young, Lind og Orange (2019) inkluderte sju studier i en kvalitativ systematisk oppsummeringsstudie som undersøkte hvordan personer med demens opplevde overgangen til langtidsopphold i sykehjem. De oppsummerer sin studie med at det ofte ikke var pasienten selv som bestemte eller avgjorde flytting til sykehjemmet. De konkluderer også med at det er viktig at sosiale relasjoner og forbindelser blir opprettholdt i overgangsprosessen. Det betyr derfor mye at pasienten og pårørende får god og individualisert støtte i denne fasen, at de kan få dele sine positive og negative erfaringer/opplevelser, at de kan ta avgjørelser sammen, og at de kan beholde tidligere – og etablere nye – relasjoner.

I en systematisk oversiktsartikkel undersøkte Toot, Swinson, Devine, Challis og Orrell (2017) årsaker til at personer med demens flyttet til langtidsopphold på sykehjem. De inkluderte i alt 26 studier. Forfatterne fant at dårlig kognisjon og adferdsmessige og psykologiske symptomer var den vanligste årsaken, inklusivt nedsatt evne til å ivareta dagliglivets aktiviteter. Det var uklart hvilken betydning omsorgstjenester og støtte fra kommunen hadde, fordi både lite og mye hjemmebaserte tjenester kunne se ut til å påvirke flytting til sykehjem. Det var en klar sammenheng mellom omsorgsbyrde hos pårørende og flytting, men det varierte i studiene om dette skyldtes depresjon eller nedsatt helse hos uformell omsorgsgiver. Forfatterne konkluderte med at det er viktig med kartlegging og oppfølging av tiltak for å opprettholde kognitiv funksjon hos personen med demens. Videre er det viktig at pårørende får god undervisning, råd, støtte og oppfølging for å utsette behov for permanent sykehjemsplass.

Ferrah, Ibrahim, Kipsaina og Bugeja (2018) undersøkte i en systematisk oppsummering, som inkluderte elleve kohortstudier, hvordan flytting fra hjem til sykehjem påvirket dødelighet hos pasientene. De konkluderte med at dødeligheten økte og at dette ikke bare skyldes forhold hos pasienten (som for eksempel helsetilstand). Like viktig var den

innvirkning som selve flytteprosessen hadde. Dette var ifølge forfatterne en potensiell risikofaktor for tidlig død. Ferrah m.fl. fremhever viktigheten av at overgangsfasen mellom hjem og sykehjem blir gjennomført på en planlagt og god måte for å redusere risikofaktorene forbundet med flytting.

Lepore m.fl. (2018) undersøkte i en scoping review litteratur som omhandlet personsentrert pleie og omsorg av pasienter i sykehjem, og om – og på hvilken måte – pasienten og pårørende ble inkludert i planlegging og gjennomføring av pleien. De fant at det var store variasjoner med hensyn til dette. I mange tilfeller ble pleieplaner satt opp for pasienten uten at de selv eller pårørende ble involvert, noe som medførte at ble lite personsentrerte og individuelt tilpasset. Dette strider mot idealet om at pleien skal være personsentrert, påpeker forfatterne. Et slikt personsentrert ideal vektlegger det å kjenne til pasienten, innlemme den enkeltes personlige mål og preferanser i planlegging av pleien, og tilpasse og endre pleieplanen ved behov i henhold til dette.

I en scoping review basert på 28 artikler, undersøkte Weaver, Roberto og Brossoie (2019) hvordan ufrivillig flytting til permanent institusjonsopphold påvirket helsen hos personen som flyttet. De beskriver at de fleste studiene som var inkludert fokuserte på risiko for redusert helse og tidlig død hos de som flyttet, og at denne risikoen var mindre når personen var involvert i beslutningen om å flytte. Faktorer som mulighet for sosialt engasjement og hvilke opplevelser beboerne hadde omkring det å flytte, var områder som ble lite fokusert i studiene. Studien peker også på at familiens involvering ofte ble hindret av dårlig kommunikasjon med pleiepersonalet. Forfatterne konkluderer med at det er viktig at de som utfører helsetjenester, så vel som de som planlegger og prioriterer dem, har gode prosedyrer som ivaretar beslutnings-deltaking for denne sårbare gruppen og deres familie.

I en svensk intervjustudie undersøkte Sainio og Hansebo (2008) eldre pasienters opplevelser omkring det å flytte på sykehjem. De fant at livet på mange måter ble endret, der mange av opplevelsene og endringene var relatert til overgangsfasen fra eget hjem. Hvordan livet artet seg for dem etter flyttingen var mye avhengig av deres evne til å tilpasse seg den nye tilværelsen. Pleiepersonalets evne til å vise empati, varhet og tålmodighet var også helt avgjørende for hvordan pasienten opplevde sin nye livssituasjon.

4.4.2.2 PÅRØRENDES SITUASJON, ROLLE OG BEHOV

For de som er nære pårørende til personer med demens, og i særdeleshet ektefelle/partner, kan det være en tøff situasjon å oppleve at ens nærmeste må flytte på sykehjem når situasjonen etter hvert blir for vanskelig å håndtere hjemme. Bøgmose og Martinsen (2019) beskriver at overgangen fra hjem til sykehjem består av tre faser: beslutningen om sykehjem, selve flytteprosessen, og livet etter flyttingen til sykehjemmet. Beslutningen om sykehjems plass var som regel et resultat av det ikke var noen utvei, og det ble beskrevet som en erfaring preget av sorg, tap, usikkerhet og dårlig samvittighet fordi de opplevde å svikte den syke. De nære pårørende hadde derfor et stort behov for støtte i forbindelse med og etter at avgjørelsen ble tatt. I fasen for selve innflyttingen var det svært viktig for pårørende at de opplevde at de ble godt mottatt av personalet, at de opplevde seg ventet og velkomne, og at både de og pasienten ble møtt med omsorg og respekt. Særlig viktig var det at pleierne som tok imot dem var de samme som fulgte dem opp den første tiden. Selv om mange opplevde en lettelse over å slippe omsorgsbyrden de hadde hatt før flytting, var denne nå delvis erstattet av daglige sykehjemsbesøk og vonde opplevelser hver gang de skulle gå fra sykehjemmet. I fasen etter flytting opplevde mange frustrasjon hvis de opplevde at ikke den syke fikk den pleie og omsorg de hadde behov for, og mange

opplevde angst, tristhet, selvbepreidelse og søvnbesvær. Dette gjaldt særlig den første tiden etter flyttingen.

I en intervjustudie av pårørende til sykehjemsbeboere med demenssykdom, skrevet av Larsen, Blix og Hamran (2019), vektla informantene hvor viktig det er at ansatte og beslutningstakere i kommunale omsorgstjenester anerkjenner betydningen av brukerinvolvering og er interessert i de pårørendes egne behov. Dette gjaldt særlig for pårørende som var i en vanskelig beslutningsfase med tanke på å søke og ta imot sykehjems plass for deres nære familiemedlem.

Drageset, Normann og Elstad (2012) beskriver at pårørende ofte er en viktig del av kontinuiteten gjennom pasientens livsløp. Denne kontinuiteten kan bli brutt eller svekket når pasientene flytter til sykehjemmet, blant annet fordi det da er pleiepersonalet som tar over omsorgen for pasienten. Pasientens opplevelse av sammenheng og opprettholdelse av integritet og kontinuitet, kan videreføres ved at pårørende sammen med pasienten får dele sin livshistorie og fortelle hva som har vært viktig i deres liv. Derfor, sier forfatterne, må det være tett og kontinuerlig samarbeid med dem som pasienten oppfatter som sin nære familie. Sykehjemmet må videre være et sted hvor pasienten og nær familie har mulighet til å utfolde seg – og fortsatt få ta vare på hverandre som de har gjort gjennom hele livsløpet.

I en kvalitativ studie av Crawford, Digby, Bloomer, Tan og Williams (2015) viste funnene at pårørende synes det var vanskelig å innta den nye rollen besøkende eller gjest etter flytting til sykehjem. Dette ble begrunnet med at de hadde stort omsorgsansvar da den demente personen bodde hjemme. Negative reaksjoner i form av sorg, tap av motivasjon, og ensomhet var også blandet med følelser av lettelse og positive forsikringer om at den syke var trygg og ble godt ivaretatt på sykehjemmet. Forfatterne konkluderer med at det er svært viktig at uformelle omsorgsgivere blir involvert i beslutninger som tas, at de blir informert om alt som skjer av blant annet endringer i pleien, og at de får god følelsesmessig støtte til å håndtere og vende seg til den nye situasjonen.

I en studie av Pontoppidan (2014) ble det funnet at kvinnelige ektefeller til menn som flyttet til sykehjem på grunn av demens, opplevde denne situasjonen som vanskelig og smertefull. Mange opplevde mye skyldfølelse og følelse av ikke å strekke til, og dette kunne overskygge lettelse over ikke lenger å ha stor omsorgsbyrde. Dette, sier forfatteren, er kanskje særlig framtrædende når kona er den pårørende siden hun ofte har viet en stor del av livet sitt til omsorgsoppgaver.

Eika, Espnes, Söderhamn og Hvalvik (2014) undersøkte hvordan pårørende opplevde den første fasen etter at deres nærmeste hadde flyttet til permanent plass på sykehjemmet. Typisk var at de strevde med å håndtere den nye situasjonen og at de ikke følte seg godt ivaretatt og forstått av personalet på sykehjemmet. De følte seg fortsatt ansvarlig for den som hadde flyttet. De opplevde uforutsigbarhet med tanke på hva som var forventet av dem på sykehjemmet, og de var opptatt av å opprettholde verdighet og kontinuitet for personen som hadde flyttet. Studien understreker viktigheten av å gi mye støtte til pårørende i en slik overgangsfase.

Også Lane, Hirst, Hawranik, Reed og Rokhman (2017) fant at pårørende uttrykker viktigheten av at de eldres personlighet blir ivaretatt og verdsatt når deres nære familiemedlem flytter til sykehjem. Hvis ikke dette skjer, så blir det mye vanskeligere for pårørende å tilpasse seg den nye situasjonen og være til støtte for den som har flyttet.

Hainstock, Cloutier og Penning (2017) undersøkte hvilke roller og ansvar omsorgsgiver har når et familiemedlem flytter fra hjem til sykehjem. Forfatterne påpeker viktigheten av å identifisere den sykes og deres pårørendes behov før overgangen/flyttingen, av å planlegge og forberede selve flytteprosessen, og av å gi pårørende hjelp til å finne en

ny balanse i forhold til ansvar og behov for avlastning etter flyttingen. Forfatterne konkluderte med at det er et stort behov hos pårørende når det gjelder informasjon, støtte og hjelp til å navigere i et komplekst tjenestesystem.

Det er påvist at pårørende har en viktig rolle når det gjelder å forhindre feil i medikamenthåndteringen for pasienter som flytter mellom ulike pleiekontekster (det vil si: sykehus, kort- eller langtidsopphold på sykehjem, eget hjem osv.) (Manias, Bucknall, Hughes, Jorm & Woodward-Kron, 2019). På grunn av sviktende kommunikasjon mellom tjenesteenhetene i disse overgangene oppstår ofte feil i medikamentlistene. Her kan pårørende ha en viktig rolle i å forebygge feil, men dette forutsetter samtidig at de har oversikt over de medikamentene pasienten bruker og medisinsrelaterte problemer som kan oppstå.

4.4.2.3 VEKSELSOPPHOLD MELLOM HJEM OG SYKEHJEM

«Vekselsopphold» er en betegnelse som brukes på en organisering av tjenestene hvor den eldre veksler mellom å bo hjemme og på sykehjem, og der en viktig målsetting er å utsette permanent overflytting til sykehjem. Dette kan være en god ordning, særlig for pårørende som er omsorgsgivere og derved kan få regelmessige avlastning. Samtidig er det forutsigbart og innebærer goder for pasienten i form av tettere legeoppfølging, sosiale stimuli og samvær med andre beboere på sykehjemmet. Men ordningen er også forbundet med mange utfordringer. En studie av kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselsopphold, skrevet av Rusdal og Aase (2013), viste at vekselpleie kan by på store utfordringer når det gjelder å opprettholde kontinuitet i sykepleien. Det var særlig utfordrende å sikre informasjonsflyten mellom fastlege og sykehjemslege, samt dokumentasjonsutvekslingen mellom pleierne i hjemmetjenesten og på sykehjemmet. Det ble også funnet at både pasienter og pårørende stadig hadde nytt personale å forholde seg til. Det skjedde ofte glipp, ikke minst med medikamentlister som det lett ble gjort feil med hvis pasienten stadig endret oppholdssted.

4.5 FASTLEGER OG SAMMENHENGENDE TJENESTETILBUD

Alle pasienter i Norge kan velge en fastlege, og all primær kontakt med helsevesenet, utenom akutt hjelp, skal gå gjennom fastlegen. Fastlegene er derfor også sentrale aktører både ved innleggelse og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten, de har en sentral rolle i å avklare og koordinere ansvar og til å gi pasientene riktig tilbud til riktig tid (Heimly & Hygen, 2011; Sjetne & Holmboe, 2014; Den norske legeförening, 2015; Helsetilsynet, 2016).

Ifølge en studie av Ose og Slettebak (2014), basert på svar fra 312 kommuner og Oslobydelser, svarte 80 prosent av kommunene at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene. Fastlegene er ifølge undersøkelsen generelt godt involvert i enkeltpasienter, men de er i mindre grad involvert i utviklingsarbeid i tjenesten og i plan- og systemarbeid. En del små kommuner sliter med at fastlegene skifter hyppig, noe som går ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud. Faste samarbeidsmøter med fastlegene er et ønske fra kommunene, og de av kommunene som har etablert et slikt samarbeid, ser i større grad ut til å være fornøyd med legens involvering. Kommunalt ansatte leger ser også ut til å gi større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet.

I en studie av fastlegenes rolle i samhandlingsreformen pekte Kirchhoff, Bøyum-Folkeseth, Gjerde og Aarseth (2016) på at denne yrkesgruppen fremstod som distanserte når det kommer til å realisere intensjonen om integrering og koordinering av helsetjenester. Forfatterne gjennomførte dokumentanalyser av sentrale lovtekster og styringsdokumenter. De gjennomførte også kvalitative intervjuer med 41 rådmenn i 36 kommuner og 31 andre representanter for helse- og omsorgstjenestene i seks kommuner. I tillegg foretok de studien på svar fra 347 fastleger som ble gitt til Helsetilsynet mellom 2014 og 2015. I studien kom det frem at informantene viste mye velvilje og interesse for å utvikle samarbeidet med legetjenesten i tråd med samhandlingsreformens ambisjoner. Samtidig ble det uttrykt skuffelse over fastlegenes manglende involvering. Langt på vei syntes det å være akseptert at fastlegene stod utenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og både rådmenn, fastlegene selv og andre kommuneansatte tegnet et bilde av fastlegene som noe distanserte når det kom til reformen og dens virkemidler.

De fleste eldre pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, har multisykdom – det vil si flere kroniske sykdommer samtidig (Grimsmo m.fl., 2016). Sinnott, McHugh, Browne og Bradley (2013) har i en systematisk kunnskapsoppsummering identifisert fire områder som er vanskelige for fastleger i omsorgen for pasienter med multisykdom: (1) fragmenterte og ukoordinerte helsetjenester; (2) mangel på retningslinjer og kunnskapsbasert medisin; (3) utfordringer med å gi pasientsentrert omsorg; (4) barrierer for felles beslutningstaking. Flere publikasjoner har funnet at anvendelse av kliniske retningslinjer for enkeltsykdommer kan føre til både uhensiktsmessig og feil behandling av denne pasientgruppen (Huntley, Johnson, Purdy, Valderas & Salisbury, 2012; Sinnott m.fl., 2013; Greenhalgh, Howick & Maskrey, 2014; Wallace m.fl., 2015). Behandling av én sykdom eller risikotilstand kan forårsake eller forverre annen sykdom eller risikotilstand (Smith, Soubhi, Fortin, Hudon & O'Dowd, 2012; Wallace m.fl., 2015).

4.6 IKT OG SAMMENHENGENDE TJENESTETILBUD

Flere publikasjoner finner at mangelfull informasjon mellom sykehus og kommune skjer hyppig og at dette kan føre til usikkerhet og feilbehandling (Bollig, Ester & Landro, 2010; Olsen, 2013; Nordberg, 2015). Det pekes også på utfordringer knyttet til informasjonskontinuitet i pasientforløpet. Dette gjelder forekomst av, innhold i og tidspunkt for overføringsrapporter – både ved innleggelse og utskrivning (Paulsen & Grimsmo, 2008; B. V. Danielsen & Fjær, 2010; Olsen, Hellzén & Enmarker, 2013; Paulsen, Romøren & Grimsmo, 2013; Håland, Røsstad & Osmundsen, 2015; Helsetilsynet, 2016).

I de siste årene er det gjort en betydelig innsats i helse- og omsorgssektoren i Norge for å implementere IKT i helsetjenesten. Det arbeides med å skape integrert og helhetlig journalsystem som inkluderer hele helse- og omsorgssektoren, der siktemålet er én innbygger, én journal (se Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a). Dette innebærer at helsepersonell på en enkel måte skal få tilgang til alle nødvendige og oppdaterte opplysninger – uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Kommuner og helseforetak har her en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler som sikrer etablering og drift av IKT-baserte samhandlingsløsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Dette skal være med å sikre at elektronisk kommunikasjon blir den foretrukne måten å kommunisere på – både helsepersonell imellom og mellom pasient og helsepersonell (Forskningsrådet, 2016).

Ifølge en utredning fra Helsedirektorat (2014a) støtter informasjonsstrukturer og IKT-systemer imidlertid i liten grad opp under arbeidsflyt og helhetlige pasientforløp.

Pasientinformasjonen er i stor grad ustrukturert, og det mangler felles terminologi og begrepsapparat. Dette kan skape utfordringer for informasjonsflyten mellom de ulike aktørene i pasientforløpet. Ulike IKT-systemer som ikke kommuniserer med hverandre, fører til at pasientinformasjon som dokumenteres på ett helsetjenestenivå, ikke er tilgjengelig på et annet nivå. Det resulterer også i at felles prosedyrer og standardiserte arbeidsprosesser, som kunne ha bidratt til standardisert innhold i journalen, i liten grad er i bruk. Dette vanskeliggjør den tverrfaglige samhandlingen og informasjonskontinuiteten som skal til for å understøtte helhetlige pasientforløp.

I sin undersøkelse av erfaringer med lovpålagte samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak, som også er omtalt under kapittel 4.3.2, fant Williksen m.fl. (2014) at det var behov for teknologiske løsninger som i større grad støttet opp under avtalene. Mangel på velfungerende elektroniske informasjonssystemer som kunne kommunisere på tvers, gjorde det ifølge informantene vanskelig å etterleve samarbeidsavtalene.

ELIN-k er et prosjekt for utvikling av løsninger for elektronisk informasjonsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus. Prosjektet, som er et samarbeid mellom Norsk Sykepleierforbund og KS, har bidratt til utvikling av standardiserte løsninger for elektronisk informasjonsutveksling gjennom blant annet såkalte pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) (Norsk sykepleierforbund & KS, 2011; Helsedirektoratet, 2012; Forskningsrådet, 2016). PLO-meldinger, som omfatter et sett av flere standardiserte meldingstyper som understøtter fasene innleggelse, utredning / behandling og utskrivning ved et sykehusopphold, ble innført for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon ble overført ved pasientoverganger mellom sykehus og kommune (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016; Brattheim & Osmundsen, 2016; Forskningsrådet, 2016).

Melby, Brattheim og Hellesø (2015) gjennomførte kvalitative intervjuer om PLO-meldinger med 41 sykepleiere som arbeidet ved sykehus eller i kommunen. De fant at meldingene var fullt integrert i sykepleiernes arbeidsoppgaver i forbindelse med overflytting av pasienter mellom ulike nivåer eller institusjoner. PLO-meldingene bidro til raskere avklaring og tilgang til informasjon ved utskrivningsplanlegging og selve utskrivelsen av pasienter. Ifølge informantene hadde innføringen ført til mindre venting i telefon, raskere tilgang til (riktig) personell, mindre avbrudd og færre misforståelser sammenlignet med tidligere kommunikasjonsløsninger som telefon, telefaks og brev.

I en annen studie, basert på de samme informantene, ble det imidlertid påpekt at sykepleierne også brukte supplerende informasjonskilder for å sikre overføring av tilstrekkelig informasjon mellom sykehus og hjemmetjeneste (Brattheim m.fl., 2016). Årsaken til dette var uforutsigbarhet knyttet til pasientens utreisedato, inkonsistens mellom pasientens legemiddelliste i kommuner og i sykehus, manglende informasjon i meldinger og forskjeller i faglig tilnærming mellom nivåene. PLO-meldinger blir dermed beskrevet som et nyttig kommunikasjonsverktøy, men det må likevel kompletteres med muntlig kommunikasjon og møter for å ivareta informasjonskontinuitet ved utskrivningsplanlegging og utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunen.

IKT som verktøy i samhandlingen hadde en sentral plass i den forskningsbaserte følgeevalueringen av samhandlingsreformen (EVASAM). I sluttrapporten konkluderte Brattheim og Osmundsen (2016) med at helsepersonellet generelt sett er svært fornøyd med å kunne kommunisere ved bruk av standardiserte elektroniske meldinger. Bruk av IKT-verktøy som PLO-meldinger fungerer ifølge evalueringen som en digital bro mellom sykehus og kommunal hjemmetjeneste. Det konkluderes videre med at helsepersonellet er svært fornøyd med å kommunisere og samhandle elektronisk, at PLO-meldinger er godt innarbeidet i helsepersonellens arbeidspraksis og at det har

bidratt til effektive kommunikasjonslinjer, økt oppmerksomhet på informasjonskvalitet og bedre pasientsikkerhet. Det påpekes imidlertid at det bare i begrenset grad er innført løsninger som understøtter elektronisk samhandling mellom flere parter (for eksempel pasienter som i tillegg har behov for samhandling med NAV, kommunal psykiatritjeneste, ergoterapi, fysioterapi o.l.).

Lyngstad (2015) fant i sitt doktorgradsarbeid at IKT-systemene må være enkle i bruk for at de skal bli sett på som et nyttig kommunikasjonsverktøy mellom sykepleiere i hjemmetjenesten og fastlegen. Brukerne av verktøyet må også få skikkelig opplæring, de må ikke oppleve å bli hindret av dårlig funksjonalitet på systemnivå, og de bør være aktivt involvert i utviklingen og innføringen. Dette samsvarer med erfaringer fra ELIN-k-prosjektet, som viser at forutsetninger for å lykkes med prosjektet, er deltakelse, engasjement og egeninnsats fra alle parter som deltok – både fra pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og sykehus (Norsk sykepleierforbund & KS, 2011).

I en kvalitativ intervjustudie med fjorten pårørende fant Olsson, Engström, Skovdahl og Lampic (2012) at mange pårørende strever med å skape en situasjon av trygghet og sikkerhet i dagliglivet. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi kunne her bidra til å løse daglige problemer og gi mer trygghet og selvstendighet i hverdagen, for eldre personer og deres pårørende. En viktig forutsetning er imidlertid at teknologien er tilpasset deres betingelser og deres et behov, noe både denne studien, og studien til Andreassen og Hellzen (2012) rapporterer. Samtidig kan det være utfordrende å få eldre og eldre pårørende til å ta i bruk IKT. Zamir, Hennessy, Taylor og Jones (2018) viser til at eldre personer gjerne har lavere teknologisk kompetanse enn yngre, og i tillegg kan barrierer for bruk av IKT være uttrykk for manglende ønske om og muligheter til å delta. Samme studie viser at ved innleggelse på institusjon kan hyppig utskifting av personell, og manglende teknologisk kompetanse hos de ansatte, være barrierer for bruk av IKT som et tiltak for å ha kontakt med pasient og pårørende. Samtidig avkrefter studien til Andreassen og Hellzen (2012) myten om at eldre generelt ikke er interessert i å bruke teknologiske løsninger. Enkel teknologi, som støtte via telefon, kan også være en god løsning viser en systematisk oppsummering fra Lins m.fl. (2014). Ifølge deres studie kan slik enkel teknologibruk føre til mindre nedstemthet og lette opplevelsen av omsorgsbyrde for pårørende.

4.7 INVOLVERING AV ELDRE PASIENTER OG DERES PÅRØRENDE

Briseid (2019) diskuterer og beskriver hvordan begrepet «personorientering» er brukt og forstått innenfor offentlig norsk forvaltning og i forskningslitteraturen. I dagens helseforskningslitteratur opptrer «personorientering» ifølge Briseid som ett av flere beslektede begreper for individualiserte tilnærminger til helsearbeid. Blant dets begrepsmessige slektninger finnes «pasientorientering», «klientorientering» og «individualisert omsorg». Internasjonalt har personorientering en sentral posisjon innenfor alle helsefelt, og det foregår ifølge Briseid et betydelig internasjonalt forsknings- og utviklingssamarbeid for å fremme mer personorienterte helsetjenester. I en kunnskapsoppsummering, som Briseid viser til, fant Sjøgren m.fl. (2012) at følgende elementer gjerne inkluderes i forståelsen av personorientert omsorg: 1) å strebe etter verdighet på tross av reduserte kognitive ferdigheter; 2) å samle og bruke personlige livserfaringer og relasjoner for å individualisere helsetjenestene og miljøet rundt; 3) å skape et positivt sosialt miljø; 4) å prioritere relasjoner like mye som omsorgsoppgaver; 5)

å se atferd fra personens ståsted; 6) å involvere familiemedlemmer i tjenesteutøvelsen og å tilby samvalg. Briseid (2019) oppsummerer sin studie, knyttet til en norsk kontekst, at idealet om personorientering handler om å tilpasse helse- og omsorgstjenester til hvert enkelt individs behov, relasjoner, verdier og historie. Hensynet til «individet» skal ikke bare omfatte pasienten, men også familien og de ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Det betegner en praksis der alle som berøres av beslutninger, skal delta i å fatte dem, og der helsepersonell stadig etterstreber forbedring av eget arbeid.

Eldre pasienters kapasitet til og ønske om å involvere seg i beslutninger ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus, varierer (Dyrstad, Laugaland & Storm, 2015), men flere studier har framhevet at de ønsker å bli hørt og delta i utskrivelsesprosessen (Foss & Hofoss, 2011; Foss, Hofoss, Romøren, Bragstad & Kirkevold, 2012; Dyrstad, Testad, Aase & Storm, 2015). Dette ønsket blir imidlertid ikke alltid oppfylt. Eldre pasienter rapporterer om manglende brukermedvirkning, informasjon og opplæring når de skrives ut – både til hjem og til sykehjem (Foss & Hofoss, 2011; Foss m.fl., 2012; Hvalvik & Dale, 2015).

I en systematisk litteraturgjennomgang fant Dyrstad, Testad, m.fl. (2015) at eldre pasienters involvering var lav under utskrivningsplanlegging og beslutningstaking, også når pasientene selv ønsket å delta.

I en observasjonsstudie, som også inkluderte samtaler med pasienter og pårørende, fant Dyrstad, Laugaland, m.fl. (2015) varierende grad av informasjonsutveksling mellom pasienter over 75 år og helsepersonell under innleggelse og utskrivning fra sykehus. Både pasienter og deres pårørende fortalte om manglende involvering av pasienten i beslutningsprosessen. Forfatterne fant at pårørende er viktige bindeledd og talspersoner i disse fasene i pasientforløpet – ikke minst gjennom å gi og motta informasjon for å støtte eldre pasienters deltakelse og beslutningspåvirkning. De peker også på at pårørende opplevde helsevesenet som komplisert, at planleggingen av utskrivningen kunne framstå som fragmentert og at de fikk lite informasjon.

I en studie fra Bragstad, Kirkevold, Hofoss og Foss (2014), basert på telefonintervju med 262 uformelle omsorgsgivere, var ett av funnene at yngre, uformelle omsorgsgivere i større grad fikk informasjon av og ga informasjon til sykehusansatte enn den eldre generasjon med pårørende. Forfatterne konkluderer med at eldre pasienter uten assistanse fra en yngre generasjon står i fare for å miste den deltakelsen de behøver for å få til en god overgang fra sykehus til kommune.

I en studie fra prosjektet «Eldre på flyttefot» fant Foss m.fl. (2012) at én av ti eldre pasienter hadde hatt utskrivningssamtale. Funnet er basert på intervju med 142 pasienter utskrevet til eget hjem og 188 utskrevet til korttids- eller langtidsopphold på sykehjem. Tilbakemeldinger fra pasientene viser dessuten at utskrivningssamtaler ikke alltid førte til at pasientenes ønsker og behov blir tatt hensyn til i planleggingen. I en annen studie fra det samme prosjektet (Foss & Hofoss, 2011) oppga 58 prosent av pasientene at de i liten grad eller ikke i det hele tatt fikk mulighet til å ta del i beslutninger. Denne studien bygger på en spørreskjemaundersøkelse besvart av 254 pasienter over 80 år.

Hvalvik og Dale (2015) undersøkte hvordan sju eldre pasienter erfarte overgangen fra sykehus til hjem. Også de fant at eldre pasienter opplevde mangel på medvirkning og kommunikasjon med helsepersonell i overgangsprosessen. Informantene fortalte at de følte seg ignorert og usikre på egen helsetilstand, og de beskrev det som anstrengende å måtte forholde seg til ulike omsorgsyttere (sykehus og kommune) som har ulike perspektiv. De eldre pasientene savnet å bli sett på som individer med en personlig og medisinsk historie. Med bakgrunn i dette tar forfatterne til orde for en personorientert tilnærming. For å fremme gode overganger er det viktig å legge vekt på pasientenes individuelle behov og preferanser.

Flere publikasjoner har funnet at det er ulike synspunkter blant pasienter, pårørende og helsepersonell når det gjelder hvilken rolle pasienten selv skal spille i forløpet. I forløpsstudien «Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted» ble åtte pasientforløp ved langvarig sykdom analysert og beskrevet (Berntsen, Høyem & Gammon, 2014; Kolstrup, 2014). Forfatterne fant betydelig inkonsistens mellom helsetjenestens og pasientens beskrivelse av behov, og de peker på manglende samsvar mellom de mange faglige målene og pasient/pårørendes ønsker og behov.

I en studie basert på innhenting av informasjon om 79 pasienter som fikk langtids hjemmesykepleie i 12 ulike kommuner, samt intervju med 75 pasienter, 75 pårørende og 16 ledere fant Gjevjon, Eika, Romøren og Landmark (2014) at den eldre hadde 17 ulike pleiere på fire uker. Sjansen for å få helsehjelp av samme person fra gang til gang var altså liten. 77 prosent av pasientene oppga at antallet personer de måtte forholde seg til var uproblematisk. De fleste pårørende derimot (60 prosent) mente at antallet var for høyt. Lederne som ble intervjuet, uttrykte et ønske om å redusere antall pleiere per pasient fordi de mente at det er en fordel for pasienten. På den andre siden understreket de at man må velge bort noe for å oppnå andre mål. Eksempler på dette er at man må prioritere personell med mest kompetanse til å håndtere de mest komplekse oppgavene, noe som kan medføre at man ikke får ivarettatt hensynet til kontinuiteten.

I en kunnskapsoppsummering om pårørende til eldre undersøkte Johannessen, Tretteteig, Molvik og Langballe (2017) pårørendes behov og hvilke tjenester som finnes for pårørende til eldre. Ett av hovedfunnene var at pårørende til eldre er en sammensatt gruppe, med ulik bakgrunn og forutsetninger i rollen som pårørende. Mange pårørende er i jobb. De opplever ofte at deres behov for informasjon, involvering, samarbeid og støtte fra helsetjenesten ikke imøtekommes. Forskerne fant videre at det er mest kunnskap om hvordan det er å være pårørende til eldre som bor på sykehjem eller i omsorgsbolig. I oppsummeringen gis det også noen anbefalinger. Litteraturgjennomgangen viser blant annet at de tjenester som tilbys for å bistå pårørende, må tilrettelegges og tilpasses ut fra individuelle behov. Tjenestene må videre være fleksible og inneha kontinuitet.

Pårørende gjør en stor innsats og strekker seg lang for at deres familiemedlemmer skal ha et så godt liv som mulig. Studier viser at de har et ønske om å kunne gi trygghet, støtte og omsorg og være en ressurs for sine familiemedlemmer enten de er innlagt på sykehus, er hjemme og når de har flyttet til institusjon (Andersen, Strøm, Korneliussen & Fagermoen, 2016; Kyrkjebø, Gjeilo & Skolbekken, 2019). Men studier viser også at pårørende ofte opplever å ikke bli involvert i den grad de ønsker. Nakrem og Hynne (2017) fant at pårørende til pasienter på sykehjem opplevde sin rolle enten som inkludert og regnet med, eller som ekskludert og utenforstående. Pårørende til personer med demens har en krevende rolle med økt risiko for å utvikle stress, depresjons- og angstsymptomer (Ask m.fl., 2014; Livingston m.fl., 2017a). Dette kan gjøre dem mer utsatte for sykdom og mindre i stand til å kunne gi optimal omsorg (Fonareva & Oken, 2014). Pårørende til personer med demens opplever ofte en rollekonflikt mellom å være samtidig omsorgsperson og arbeidstaker. Mange pårørende opplever at de har en stor omsorgsbyrde, og har ofte behov for mer sosial støtte enn hva hverdagen tillater (Wold, Rosvold & Tønnessen, 2017). Ulike typer avlastningstilbud for pårørende har vist å være viktige, slik Berthelsen og Kristensson (2015) finner i en systematisk oppsummering.

5 KUNNSKAP OM TILTAK OG LØSNINGER

I meldingskapitlet som omhandler sammenheng og overganger i tjenestene identifiserer Helse- og omsorgsdepartementet (2018a) fem utfordringer: 1) for lite personsentrert tilnærming; 2) for lite avlastning og støtte til pårørende; 3) manglende kontinuitet og trygghet, for mange ansatte å forholde seg til og usikkerhet om og når hjelpen kommer; 4) for mange brudd og krevende overganger mellom tjenestetilbud i kommunene; 5) for lite kontinuitet og trygghet i overgangen mellom de ulike tjenestenivåene.

For å møte disse utfordringene foreslår regjeringen fem løsninger, utkrystallisert i følgende områder: 1) den enkeltes behov; 2) avlastning og støtte til pårørende; 3) færre å forholde seg til og økt kontinuitet; 4) mykere overganger mellom eget hjem og sykehjem; 5) planlagte overganger mellom kommuner og sykehus. Det er tiltak og erfaringer for disse fem områdene vi i det følgende vil identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om.

5.1 DEN ENKELTES BEHOV

En personsentrert tilnærming innebærer ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Målet er at hvert enkelt menneske skal ta i bruk sine ressurser og opprettholde selvstendighet så langt som mulig. Elementer som bør inngå i personsentrert tilnærming, er ifølge meldingen: 1) velkomstsamtale som kartlegger den enkeltes livshistorie, levevaner, ønsker og behov med utgangspunkt i spørsmålet: Hva er viktig for deg?; 2) utforming av individuell plan; 3) primærkontakt; 4) ansatte med faste definerte oppgaver og roller; 5) fagmøter med fast struktur der alle som arbeider i enheten deltar; og 6) jevnlig pasient- og pårørendesamtaler. Det er tiltak og erfaringer for disse seks elementene eller områdene vi vil identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om. Enkelte av områdene (som primærkontakt) er imidlertid mer utførlig omtalt også andre steder i meldingskapitlet, og vi vil da presentere og oppsummere dem der.

5.1.1 PERSONSENTRERT OMSORG TIL PERSONER MED DEMENS

I Vågan kommune er personsentrert omsorg implementert som en del av tjenestetilbudet til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Demenskoordinator utfører kartlegginger sammen med demenskontakt og fastlege, mens demenskontakten følger opp bruker og pårørende tett under og etter en eventuell diagnose. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) er erfaringene fra Vågan kommune at denne tilnærmingen gir økt fokus på brukeren, skaper bedre samspill mellom bruker, pårørende og tjenesten,

og fører til at hjelpen blir gitt på en forutsigbar måte og i tråd med den enkeltes ønsker. Departementet peker også på at tilnærmingen kan være tidsbesparende over tid, føre til flere utførte oppdrag, bedre helse hos bruker og mindre stress hos pårørende. Etter søk i relevante databaser, har vi ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette tiltaket i Vågan kommune.

Ved Tasta sykehjem i Stavanger kommune er det etablert rutiner på avdelingene som skal legge til rette for personsentrert omsorg til pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Et sentralt element i dette tiltaket er jevnlig fagmøter der ansatte kan drøfte konkrete situasjoner som personalet synes er utfordrende. Eksempler på dette er hvis en person med demens motsetter seg hjelp til personlig hygiene, er urolig når pårørende går hjem etter besøk eller virker apatisk. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) er erfaringene fra sykehjemmet at pårørende er blitt mer fornøyd med omsorgen som gis. Det er markant færre klager og mindre uttrykk for frustrasjon fra pårørende. Departementet peker også på at ansatte opplever en mer forutsigbar hverdag, bedre arbeidsmiljø og mindre sykefravær. Etter søk i relevante databaser, har vi ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette tiltaket ved Tasta sykehjem Stavanger kommune.

På nettsidene til Tasta sykehjem (2019) heter det imidlertid at de ansatte jobber etter «den såkalte VIPS-modellen for personsentrert omsorg». Ifølge (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2019a) er VIPS en praksismodell for å implementere personsentrert omsorg både i institusjoner og hjemmetjenester. Modellen involverer hele personalgruppen slik at personsentrert omsorg blir innarbeidet i de daglige rutinene. Pleierne som er nærmest personen med demens i det daglige har sentrale roller i modellen. Navet i praksismodellen er ukentlige fagmøter med fast struktur der pleierne og enhetslederen har faste roller og funksjoner. I fagmøtet analyserer og diskuterer pleierne enkeltsituasjoner, med utgangspunkt i hvordan personen med demens ser ut til å oppleve situasjonen. Målet er å komme fram til hva pleierne kan gjøre for at personen med demens skal oppleve dagene som gode og meningsfulle. Det er utviklet VIPS-manualer for ledere og pleiere. VIPS-manualer for de som jobber nærmest pasientene i det daglige (én for institusjoner og én for tjenester i hjemmet) har historier fra det daglige arbeidet og gir eksempler på personsentrert omsorg og miljøbehandling. Tiltakene som beskrives er eksempler på hva som kan gjøres, samtidig som tiltak må tilpasses hver enkelt person og til den konkrete situasjonen (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2019a). VIPS-manualen for ledere er skrevet for ledere i helse- og omsorgstjenesten som ønsker å implementere VIPS praksismodell i sin enhet/virksomhet (Røsvik & Mjørud, 2017). I boka «Demensomsorg» presenterer psykolog Brooker (2013) sentrale deler i det som omtales som «VIPS-rammeverket». Boka er ifølge Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2019b) et viktig bidrag til å forstå personsentrert omsorg og bør leses av alle som arbeider med personer med demens.

Hovedinnholdet i arbeid knyttet til Trygghetsstandard – et felles rammeverktøy for sykehjem og kommuner hvor målet er å unngå utilsiktet variasjon i opplevd kvalitet for pasienter og pårørende – kan plasseres under VIPS-modellen (Isaksen, Ågotnes, Fagertun, Jacobsen & Obstfelder, 2018). I en følgeevaluering av Trygghetsstandard konkluderer Isaksen m.fl. (2018) med at kommunene som har jobbet parallelt med alle aspektene ved Trygghetsstandard, og som har inkludert de ansatte i arbeidet gjennom hele prosessen, har klart å gjennomføre flest nye tiltak og samtidig skapt et positivt driv blant de ansatte. De finner imidlertid og variasjon mellom sykehjemmene og mellom avdelingene innen institusjonene, både med tanke på avgrensede områder som bruk av bestemte rutiner og arbeidsmåter, og når det gjelder hvordan de overordnet sett har

tilnærmet seg Trygghetsstandarden. Ansatte i Kristiansund kommune beskriver for eksempel VIPS som en lovende, men underdimensjonert satsning. Planer har ikke blitt gjennomført som tiltenkt, og flere avvik må derfor ifølge følgevalueringen føres.

Cognitive stimulation therapy (CST), eller hukommelsesstimulerende terapi (HST) som det gjerne oversettes med til norsk, er et evidensbasert gruppeprogram for å gi kognitiv stimuleringssterapi til personer med demens (Livingston m.fl., 2017a; Spector, 2018; Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2019c). HST gjennomføres i gruppesamlinger ledet av en koordinator, der 3-6 deltakere med hukommelsessvikt og demenssykdommer deltar i ulike oppgaver og aktiviteter. Opplegget passer for personer med moderat grad av demens. Manualen for gruppeprogrammet er oversatt til norsk (Spector, 2018). Lancet-kommisjonen om demensforebygging, behandling og omsorg omtaler HST som den psykologiske tilnærmingen som har sterkest evidens for å kunne bedre kognisjonen (Livingston m.fl., 2017a, s. 2697).⁴ Woods, Aguirre, Spector og Orrell (2012) fant i en systematisk kunnskapsoppsummering at HST kan bedre livskvaliteten hos personer med demens. Programmet har vært prøvd ut i Bærum kommune (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2019c). Vi har ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier om utprøvingen av programmet i Bærum, men erfaringer fra utprøvingen er gjengitt i et videointervju på nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2019c).

Et liknende tiltak er Sonas-programmet, som er et evidensbasert multisansenstimuleringsprogram for personer med demens (Strøm, Engedal, Benth & Grov, 2017). Programmet ledes av personalet, det gjennomføres i grupper på åtte og målet er å aktivisere potensiale for kommunikasjon ved å stimulere alle fem sansene. I en studie, gjennomført i Irland av Strøm m.fl. (2017) over en periode på 24 uker, ble 120 personer med moderat til alvorlig demens tilfeldig fordelt i henholdsvis ei Sonas-gruppe, lesegruppe og kontrollgruppe. Selv om forfatterne ikke fant en overordnet signifikant effekt av Sonas-programmet, fant de ved å stratifisere etter kognitiv funksjon en signifikant forbedret kommunikasjonsevne blant deltakere med alvorlig demens. Lesegruppa hadde en nesten uendret kommunikasjonsevne, mens kontrollgruppen oppviste en nedgang. I studien fant Strøm m.fl. videre en effekt på enkelte aspekter av kommunikasjon, slik som interesse for tidligere hendelser, humor og allmennkunnskap.

Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID) er utviklet av den norske legen Bjørn Lichtwarck (Lichtwarck m.fl., 2016). Modellen er senere blitt videreutviklet ved Sykehuset Innlandet (Lichtwarck, 2009; Lichtwarck, Tverå & Røen, 2015; Lichtwarck m.fl., 2016; Lichtwarck m.fl., 2018; Lichtwarck, 2019; Lichtwarck m.fl., 2019). Intervensjonsmodellen går ut på at de ansatte som til daglig er sammen med pasienten, i samarbeid med lege og eventuelt psykolog, bruker prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg for å komme frem til skreddersydde tiltak for den enkelte pasient. Metoden kan brukes både i sykehjem, i hjemmetjenesten og ved alderspsykiatriske avdelinger for å utrede og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens eller andre alvorlige psykiske lidelser. I en studie, som inkluderte pasienter fra 33 sykehjem fra 20 kommuner i Norge fant Lichtwarck m.fl. (2018) at TID ga effekt etter kort tid. 229 pasienter ble rekruttert til enten en intervensjons- eller kontrollgruppe, der 104 pasienter i 17 sykehjem ble trukket ut til intervensjonen. Personalet fikk opplæring i TID, mens de ansatte ved kontrollsykehjemmene fikk to timer undervisning om demens og symptomer. Forskerne fant en signifikant og betydningsfull reduksjon etter åtte og tolv uker når det gjaldt agitasjon og aggresjon hos pasientene. De

⁴ Publikasjonen er også oversatt til norsk (Livingston m.fl., 2017b)

fant også endring i nevropsykiatriske symptomer, livskvalitet og bruk av medikamenter (Lichtwarck m.fl., 2016; Lichtwarck m.fl., 2018; Lichtwarck, 2019; Lichtwarck m.fl., 2019).

Demensomsorgens ABC omfatter et skriftlig opplæringsmaterieell for helsepersonell, opprettelse av tverrfaglige diskusjonsgrupper og gjennomføring av fagseminarer hvert halvår (Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, 2019d). Opplæringsmaterialet gir faktakunnskap om demens og hvordan de ansatte bør møte personer med demens og deres pårørende. De introduserer praktiske observasjonsredskaper og følger anbefalt behandling og tjenester som er beskrevet som satsinger i Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) og Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Rokstad m.fl. (2017) har over en periode på 24 måneder fulgt 1795 deltakerne fra 90 kommuner. De fant at Demensomsorgens ABC ga en statistisk signifikant høyere skåre på personsentrert omsorg og jobbtilfredshet.

«Hvakanhjelp.no» er en nettside med forbrukerrettet informasjon om ulike løsninger og hjelpemidler for personer som ønsker en mer selvstendig livs- og bosituasjon. Hjelpemidlene, som er hentet fra demonstrasjonsleiligheten Almas hus i Oslo kommune, viser hvordan omgivelser, hjelpemidler og velferdsteknologi kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for personer med kognitiv svikt eller demens – enten de bor i eget hjem eller på institusjon. Siden driftes av Senter for fagutvikling og forskning, Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Den var opprinnelig en del av et prosjekt der målsettingen var å nå ut til publikum med lett forståelig informasjon om hvordan man kan ta i bruk hverdags- og velferdsteknologi. Prosjektet fikk tilskudd av Barne- og likestillingsdepartementet og ble gjennomført i 2016/2017 av Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste i Oslo kommune. Vi har ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier om nettsiden «hvakanhjelp.no», men den er blant annet omtalt i tidsskriftet *Sykepleien* (Bergsagel, 2017) og av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (Hveem, 2017).

Aspelund m.fl. (2011) gjennomførte kvalitative intervjuer med ledere, ansatte, brukere og ulike deler av hjelpeapparatet i 26 kommuner om bruken av individuell plan. De fant at det varierte fra kommune til kommune hvor aktivt individuell plan ble brukt. Én av utfordringene som ble identifisert, var at planene ble betraktet som et omfattende verktøy som var tidkrevende å bruke. En annen utfordring var at enkelte av kommunene ikke hadde systemer som var godt nok tilrettelagt for bruk av individuell plan. I rapporten ble det løftet frem eksempler på hvordan to kommuner (Haugesund og Kristiansand) har løst utfordringer knyttet til individuell plan og skapt gode resultater i dette arbeidet. Dette handlet blant annet om å forenkle planene og om å presentere dem for brukerne så konkret og enkelt som mulig (la brukerne se nytteverdien av en slik plan). Dette er også blant de sentrale anbefalingene Aspelund m.fl. kom med i studien.

I «SamPro-prosjektet» utprøves og videreutvikles et nettbasert system for individuell plan. Prosjektet er blitt fulgt, analysert og diskutert av Bjerkan (2015) i hennes doktorgradsarbeid (se særlig: Bjerkan, Vatne & Hollingen, 2014; Bjerkan, 2015; Bjerkan, Hedlund & Hellesø, 2015). 54 voksne pasienter, foreldre til 22 barn med individuell plan og 158 tjenesteytere deltok i studien. Bjerkan m.fl. (2014, 2015) fant at pasienter og foreldre bidro til forbedring av systemfunksjonaliteten og brukeropplevelsen gjennom å teste systemet med sin egen individuelle plan. Pasienter og foreldre var i starten opptatt av å ha tilgang til systemet og få opplæring i bruk av det. Dernest var de opptatt av hvordan løsningen kunne gi tilgang til planens informasjon som de hadde behov for i hverdagen. Til sist konsentrerte de seg om hvordan systemet kunne forbedre samhandlingen mellom

partene. Et annet hovedfunn var at nettbasert individuell plan utfordret rollebildet. Både pasienter og foreldre og tjenesteytere utviklet en proaktiv eller passiv rolle i sitt samarbeid når de brukte det nettbaserte systemet. Forskerne forteller at de fant det tradisjonelle forholdet med en aktiv tjenesteyter som tok ansvar for planarbeidet på vegne av en mer passiv pasient. Aktive parter ga god planaktivitet, mens situasjoner der begge parter inntok en passiv rolle førte til at planarbeidet stoppet opp. Noen av pasientene så imidlertid en mulighet til å ta mer ansvar for eget planarbeid. Dette var ifølge forfatterne en ny forståelse av deres pasientrolle sett i forhold til en mer tradisjonell pasient/tjenesteyterkonstellasjon. E-IP utfordret IP som konsept: Pasienter og foreldre til barn med IP kunne få bedre kontroll, og innta en myndiggjort eller «empowered» rolle ved å ha tilgang til, og bruke denne nettbaserte løsningen: Forfatterne observerte ifølge dem selv en maktflytning fra tjenesteytere til tjenestemottakerne i planprosessen. Samtidig fant de at ulike forutsetninger for å kunne ta i bruk slike nettbaserte løsninger også virket begrensende på den digitale samhandlingen rundt individuell plan for enkelte av pasientene og foreldrene. Dette løfter de frem som en viktig faktor å ta hensyn til i videre utvikling av digital samhandling mellom helse- og sosialsektoren og aktuelle tjenestemottakere. Selv om resultatene som presenteres her i stor grad omhandler barn som pasienter og deres pårørende, har resultatene klar overføringsverdi til eldre pasienter.

Palliativ plan er et dokument som skal sikre samhandling, planlegging og tilrettelegging av tiltak, slik at personer med en uhelbredelig sykdom og deres familie kan oppleve best mulig livskvalitet (Helse Møre og Romsdal, 2019; Sula kommune, 2019). Målet er å være i forkant av ulike utfordringer, bidra til levetid og få frem det som pasienten selv mener er viktig for seg. Planen, som på engelsk kalles Advance Care Planning (ACP), blir utarbeidet gjennom dialog og forberedende samtaler mellom fastlege eller tilsynslege i samarbeid med sykepleier, pasient og pårørende. I planen blir viktige føringer samlet, og intensjonen er at misforståelser dermed kan bli forhindre. Planen må oppdateres etter hvert som tilstanden til pasienten endrer seg. Palliativ plan omtales som en lavterskelplan (Sula kommune, 2019). Ifølge Sula kommune (2019) kan den sammenlignes med en individuell plan, men den er tilpasset den palliative pasientgruppen. Gjennom kvalitative intervjuer med tolv voksne etterlatte, har Lunde (2017) undersøkt hvordan individuell plan i palliativ fase bidro til mestring hos de pårørende. Informantene hennes skildret en krevende hverdag i kontinuerlig beredskap. Den individuelle planen ble her opplevd som en støtte. Innholdet og prosessen fikk frem ressurser og struktur, noe som skapte mening og sammenheng. Ifølge studien bidro planen til at informantene opplevde håp, de så på den som en ressurs og de oppfattet den som en del av samarbeidet omkring pasienten. Melby, Das, Halvorsen og Steihaug (2017) finner i en evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg, at helsepersonell er opptatt av og bevisste på å planlegge den siste tiden og la pasienten få komme med sine ønsker og behov. De fant imidlertid at samtaler kan glippe og at det ikke foretas samtaler ofte eller tidlig nok. De viser også til litteratur som påpeker at ACP – i en norsk kontekst – medfører enkelte kommunikasjonsmessige og etiske utfordringer. Dette knyttes dels til når samtalen skal initieres og gjennomføres, og dels til hva som skal formidles. Et eksempel som de trekker frem, er at helsepersonell kan være redde for å ta fra pasientene håpet ved å initiere en ACP.

Ifølge SINTEF er slike planer foreløpig lite utbredt. Selv om personalet mobiliserer til planmessighet, viser evalueringen at det glipper, innkalling til samtaler skjer ikke ofte nok eller tidlig nok (Melby m.fl., 2017)

5.1.2 FUNKSJONSINDELTE ARBEIDSLAG I HJEMMEBASERT OMSORG

For at brukerne skal få bedre kontinuitet i tjenestetilbudet, har flere kommuner prøvd ut ulike arbeids- og organisasjonsformer. Fellesnevneren for disse er at de i all hovedsak er funksjonsinndelte arbeidslag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Lagene utgjør en liten og stabil personalgruppe som er organisert slik at pasientene skal få en oversiktlig og trygg hverdag med forutsigbare tjenester.

I Trondheim kommune ble prosjektet «Over terskelen» startet opp i 2004. Alle hjemmeboende personer med demens og deres pårørende skulle her få råd, veiledning og tilbud om nødvendig helsehjelp (Hauger, 2009). To sonegrupper, Vestbyen og Strindheim sone, skulle utvikle og prøve ut alternative tilbud og organisasjonsmodeller. Dette ble knyttet til en arbeidslagsmodell i hjemmetjenesten, tverrfaglig utredning, utvidet vedtak til brukeren og kompetanseutvikling. Slik skulle brukerne få færrest mulig hjelpere å forholde seg til, og slik skulle tjenestene bli oversiktlige og forutsigbare for brukerne og deres pårørende. Gjennom etableringen av arbeidslag ble det bygd opp en liten og stabil personalgruppe. Prosjektet omfattet også et ambulerende dagtilbud. Personer med demens som trengte noe annet enn et dagsenter, fikk tilbud hjemme. Hauger (2009) beskriver arbeidslagsmodellen som en god modell for å gi mer målrettet tilbud til brukerne. Primærkontaktfunksjonen ble mer tydelig, personalet mente de hadde fått bedre kontakt med brukeren og pårørende, og de utviklet ifølge rapporten «bedre faglige arbeidsmåter, som baseres på stabilitet og fleksibilitet, samhandlingskompetanse og mer personlig kunnskap om brukerens livshistorie» (Hauger, 2009, s. 207). Samtidig pekes det også på at de mest sårbare brukerne som hjemmetjenesten ga tjenester til, hadde behov for en annen oppfølging enn det som ble tilbudt i hjemmetjenesten.

Prosjektet «Demensarbeidslag i hjemmetjeneste» i Stavanger kommune bygger på «Over terskelen» i Trondheim kommune (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.]–a). Hovedmålet med prosjektet var å bedre tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens. Dette skulle skje gjennom blant annet å etablere arbeidslag i hjemmesykepleien, prøve ut modellen i en virksomhet i Stavanger, etablere gode samhandlingsrutiner mellom bestiller og utfører og heve kompetansen til de ansatte. Etter søk i relevante databaser, har vi ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette tiltaket i Stavanger kommune. Ifølge Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester ([u.å.]–a) har pasienter og pårørende opplevd økt trygghet som følge av prosjektet ved at de møtte erfarne, kjente og kunnskapsrike hjelpere. Pasientene og pårørende opplever også et godt og tett samarbeid med hjelpeapparatet.

Også i Hamar kommune er hjemmetjenesten inndelt i arbeidslag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Primærkontakt eller arbeidslagsleder gjør kartlegging av både bruker og pårørendes behov, og på bakgrunn av dette får den enkelte tildelt tjenester. Primærkontakter oppretter tiltaksplan og har ansvar for kontinuerlig oppdatering av denne. I en evaluering av prosjektet fant Kjøs og Hov (2016) at personalet beskrev arbeidslagene som en god organisasjonsmodell for hjemmebasert omsorg. De mente det var lettere å arbeide hvis de kjente brukerne, og opplevde det som positivt at kompetansetiltak ble rettet mot brukergruppa i arbeidslaget. Arbeidslagsmodellen ga ifølge evalueringsrapporten forutsigbarhet – både for brukere, pårørende og ansatte. Ledelsen og de fagansatte var fornøyde med arbeidslagsmodellen, og ifølge Kjøs og Hov ville ingen tilbake til tidligere organisering. I evalueringen fremheves viktigheten av felles kunnskap, forståelse og holdninger til hva et arbeidslag er og hva det innebærer å arbeide i et arbeidslag. Det er nødvendig med tydelig ledelse, der rollen og funksjonen til sonelederne og arbeidslagslederne er klart definert.

5.1.3 PERSPEKTIVET «HVA ER VIKTIG FOR DEG?»

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og KS besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp (Bakke, de Vibe & Vege, 2016; de Vibe, Udness & Vege, 2016). Ett av disse nettverkene retter seg mot eldre og kronisk syke. Læringsnettverkene, som vil bli mer utførlig omtalt senere i dette kapitlet, bygger på en sterk satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunale tjenester skal være tilpasset pasientenes behov, og for å lykkes i dette er pasientenes egen deltakelse og mestringsevne avgjørende. Sentralt i dette forbedringsarbeidet står et skifte av perspektiv – fra å nærme seg pasienten ut ifra den diagnoseorienterte tilnærmingen «Hva er i veien med deg?» vektlegges i stedet det personsentrerte perspektivet «Hva er viktig for deg?». I et notat om arbeidet med læringsnettverket, skrevet for å beskrive hvordan nettverkene har vært planlagt og gjennomført, påpekte Bakke m.fl. (2016) at det faglige perspektivet hadde ført til økt oppmerksomhet om holdninger og det å fremme en ny og aktiv brukerrolle.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo har gjennomført prosjektet «OPPSTART», som er et akronym for: Organisering, Pasient/bruker, Pårørende, Status, Tiltak, Avtaler, Rutiner, Totalinntrykk (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.]-b). Prosjektet, som foregikk i 2012-2013, skulle bidra til økt brukeropplevd kvalitet. Det ble lagt opp til at pasient og bruker skulle gis mulighet til innflytelse på utforming av tjenestetilbudet innenfor rammen av eget vedtak i den daglige tjenesteutøvelsen. Realistiske gjensidige forventninger mellom hjemmetjenesten og pasient eller bruker skulle avklares, og pårørende kunne bli involvert hvis pasient eller bruker selv ønsket det. Prosjektet var inn i tre deler: 1) Hver bruker eller pasient fikk en perm som inneholdt viktig informasjon om hjemmetjenesten og kommunens tilbud, samt plass til vedtak, brukerkort, medisinsliste m.m. 2) Det ble gjennomført en oppstartssamtale med bruker og eventuelt pårørende tidlig i pasientforløpet, for på den måten å legge til rette for brukervedvirkning, forventningsavklaring og informasjonsutveksling. 3) Det gjennomføres jevnlig en oppfølgingssamtale for å avklare videre gjennomføring og mål. I en upublisert masteroppgave, skrevet av prosjektleder Line Orlund, fremgår det at de som får oppstartssamtaler er svært fornøyde med det og at det særlig er en positiv effekt for alle involverte at pårørende tas aktivt med der det er mulig (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.]-b).

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Sør-Trøndelag gjennomførte i 2012-2014 et prosjekt i samarbeid med Åfjord helsesenter for å utvikle brukerdialogen i hjemmetjenesten (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.]-c). Prosjektet omfattet brukersamtalen i alle ledd, fra innkomst til oppfølging gjennom systematiske brukersamtaler to ganger i året. Målet med prosjektet var å bidra til at samtaler gjennomføres på en måte som sikret brukers rettigheter og helsepersonell sitt behov for informasjon, som sikret god dialog med bruker der det utveksles vesentlig informasjon, og som førte til en mer kvalitetssikret og ensartet brukersamtale. Vi har ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier om prosjektet, men tiltaket er omtalt i en kunnskapsoppsummering om brukervedvirkning i demensomsorgen (Sørly, 2017).

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold gjennomførte i 2012-2014 et prosjekt i samarbeid med Glemmen sykehjem på brukervedvirkning. Tiltakene i prosjektet var: 1) kompetanseheving (fagdager, møter på avdelingene, involvering av avdelingssykepleiere og kvalitetsgruppe på sykehjemmet); 2) bakgrunnsopplysningseskjema (bruk av livshistorier og vurdering av behov for revidering

av skjemaet); 3) utvikling av modell for implementering av brukermedvirkning gjennom individuelt tilpassede aktiviteter («Dagen er din»); 4) involvering av studenter, elever og frivillige i gjennomføring og evaluering av aktiviteter. Vi har ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier konkret på dette tiltaket, men Kari Lislerud Smebye, som var prosjektleder, bruker innsikter og empiri fra deler av dette prosjektet i sitt doktorgradsarbeid (Smebye, 2017). Gjennom intervjuer og deltakende observasjon med personen med demens, pårørende og pleier undersøkte hun hvordan personer med demens deltar i beslutninger. Personsentrert omsorg og et nært samarbeid mellom pårørende og personalet er ifølge hennes studier helt nødvendige betingelser. Hun fant blant annet at personer med demens tok selvstendige avgjørelser, delegerte til andre å ta beslutninger eller tok avgjørelser i samråd med andre. Samtidig så hun også eksempler på at pårørende og personalet antok at personen hadde tatt et selvstendig valg, uten at de i tilstrekkelig grad hadde forstått personens egentlige ønsker (Smebye & Kirkevold, 2013). Hun fant også at personer med demens kan påvirke beslutninger som angår dem. Graden av påvirkning øker ved å møte dem med holdninger som inviterer til deltakelse, ved å ta hensyn til deres mentale evne avhengig av hvor krevende beslutningen er, og ved å kartlegge deres verdier og preferanser (Smebye, Kirkevold & Engedal, 2012).

5.2 AVLASTNING OG STØTTE TIL PÅRØRENDE

Mange pårørende har ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018a) krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger. Det er derfor viktig at pårørende får god støtte og avlastning, og at innsatsen deres anerkjennes. For å gi økt støtte og avlastning til pårørende løfter reformen fram tre løsninger: 1) mer fleksible kommunale avlastningstilbud som møter pårørendes behov med hensyn til tidspunkt, varighet og om tilbudet skjer i eget hjem, i institusjon eller på annen måte; 2) informasjon og dialog, blant annet ved bruk av digitale verktøy; 3) pårørendeskoler og samtalegrupper som medvirker til læring og mestring.

5.2.1 FLEKSIBLE AVLASTNINGSORDNINGER

Råkhaugen omsorgssenter er et av stedene som har tilbud om dagsenter for personer med demens. Tilbudet er felles for hele Molde kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Dagsenterets hensikt er å gi et målrettet tilbud ut fra et individuelt kartlagt behov som skal bevare og fremme iboende ressurser. Dette gjøres gjennom aktivisering av den enkeltes evner og interesser, samt skape trygghet og forutsigbarhet for den enkelte og dennes pårørende. Dagsenteret er både et tilbud til hjemmeboende og et avlastningstilbud til pårørende og familier som yter omsorg for sine eldre. Etter søk i relevante databaser, har vi ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette tiltaket ved tiltaket i Molde kommune. I en integrativ oppsummering av kunnskap fant imidlertid Tretteteig, Vatne og Rokstad (2016) at dagaktivitetstilbud for demenssyke kan gi pårørende en følelse av trygghet og avlastning. Det kan føre til redusert byrde og økt motivasjon i rollen som omsorgsperson. Dette avhenger av kvaliteten på tjenesten og hvordan tjenesten dekker pårørendes behov for fleksibilitet, støtte, informasjon og ansvarsdeling. Vandepitte m.fl. (2016) fant i en systematisk litteraturgjennomgang, der sytten studier ble inkludert, at dagtilbud er det tiltaket med mest positiv innvirkning på pårørendes trivsel sammenlignet med andre avlastningstilbud.

Maurtuva vekstgård i Inderøy kommune er en av gårdene som tilbyr tjenesten «Inn på tunet» til hjemmeboende personer med demens eller personer som er under utredning for

demens (Egset, Straume & Giskeødegård, 2015). I samarbeid med kommunen arrangerer Maurtuva blant annet trivselstreff med tilbud om måltider og ulike aktiviteter etter ønske, trivselsturer som gir mulighet for en kort ferie og rundturer i lokalområdet. Maurtuva har også et pensjonistpensionat som gir tilbud om aktiviteter, måltider og overnatting. I en sluttrapport for prosjektet, basert på observasjoner og kvalitative intervju, oppsummerer Egset m.fl. (2015) hva de mener er suksessfaktorer og flaskehals for tiltaket. De viktigste suksessfaktorene var ifølge forfatterne at tilbudet var utviklet i nær dialog mellom kommune og tilbydere. Det har vært uttrykt klare krav fra begge parter, og det har vært en felles forståelse av hva som er kjernen i tilbudet. Fagkompetanse, en sterk bevissthet om personsentrert omsorg, markedsføring og synliggjøring på sentrale arenaer var videre løftet frem som viktige suksesskriterier. Ifølge forfatterne var de største flaskehalsene for etablering av tilbudet knyttet til kommuneøkonomi og rekruttering av brukere. I en studie, basert på intervjuer med sju ektefeller / samboere til personer med demens, fant Strandli, Skovdahl, Kirkevold og Ormstad (2016) at de sju informantene opplevde «Inn på tunet» som et helsefremmende tilbud – både for personen med demens og for dem selv. «Inn på tunet» ble videre oppfattet å legge godt til rette for identitetsfremmende aktiviteter for de som hadde demens. Det ble også påpekt at tilbudet ble opplevd som avlastende for de pårørende.

Vittersø gård i Larvik kommune er et annet dag- og avlastningstilbud for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Tilbudet består av felles måltider og matlaging, samt ulike gårdsaktiviteter. Det legges vekt på at tilbudet skal ta utgangspunkt i interesser og aktiviteter som den enkelte mestrer og har glede av. Etter søk i relevante databaser, har vi ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette tiltaket i Larvik.

Støttekontakttjeneste er en offentlig finansiert og organisert tjeneste, der en person bistår en annen person med demens til å få et bedre sosialt liv og en meningsfull fritid (Johannessen & Thorsen, 2018). Tjenesten har viktige elementer til felles med frivillige tiltak, og den er primært etablert for å gjøre personen mer trygg på seg selv og mestre ulike livssituasjoner bedre. I en studie basert på kvalitative intervjuer med 16 pårørende, 19 støttekontakter og 35 administratorer med ansvar for å tildele tjenester til personer med demens, konkluderer Johannessen og Thorsen (2018) med at støttekontakt kan være et meget velegnet tiltak. Tiltaket innebærer et individualiserende, personsentrert og ressursstøttende tilbud, skreddersydd for den enkelte. Tjenesten bidrar ifølge forfatterne til at personer med demens blir sett og bekreftet, noe som støtter deres identitet når den er truet av sykdommen. Johannessen og Thorsen (2018) påpeker at administrasjonen må legge bedre og mer systematisk til rette for at langt flere personer med demens kan få nytte av tilbudet, i samspill med andre tiltak som er nødvendig for å få til en godhelhetlig demensomsorg.

I en studie av Johannessen, Engedal og Thorsen (2016), basert på kvalitative intervjuer med 16 pårørende til personer med demens (disse informantene inngikk også i studien omtalte i forrige avsnitt), mente informantene at støttekontaktene hadde god innsikt og forståelse for deres situasjon. Når tiltaket fungerte, oppstod det ofte en vennskapslignende relasjon til den demenssyke. I tilfeller det ikke fungerte, handlet det ofte om manglende kjemi i relasjonen. Studien viser at ordningen gir en god avlastning for pårørende og anbefaler at tilbudet bør styrkes, i kombinasjon med andre avlastningstiltak. Det må også koordineres av helsepersonell for å kunne gi god avlastning for pårørende.

Prosjektet «Tid som gave» ble startet og drevet av Sandefjord kommune og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold (Hagerup & Johansen, 2017). Prosjektet ble gjennomført ved å organisere frivillige som støtte til pasienter med

kort forventet levetid og som avlastning til deres pårørende. Hensikten var å bidra til at pasienter og pårørende kunne oppleve bedre livskvalitet og verdighet i livets siste fase. I oppstartsfasen ble det utviklet en modell for organisering av frivillige. I sluttrapporten påpeker Hagerup og Johansen (2017) at pasientene som har vært tilknyttet frivillige, opplevde en bedret livskvalitet og mer trygghet og kontinuitet i hverdagen. Pårørende gav ifølge rapporten også uttrykk for at det betydde mye for dem å ha en frivillig som pasientstøtte.

5.2.2 INFORMASJON OG DIALOG, BLANT ANNET VED BRUK AV DIGITALE VERKTØY

Friskusprosjektet har utviklet et digitalt verktøy for kommunikasjon mellom kommune, lokalsamfunn, frivillige og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Verktøyet er både en portal med tilgang til frivillig aktivitet i nærmiljøet og et arbeidsverktøy for å koordinere den frivillige innsatsen. En av målsettingene er at pårørende skal kunne få bedre innsikt i hverdagen til sine nærmeste gjennom å legge til rette for kommunikasjon mellom bruker og dens familie. Prosjektet samarbeider blant annet med kommunene Førde, Voss og Naustdal, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Røde Kors i Sogn og Fjordane. I en evaluering av Friskusprosjektet lister Røhne, Nedkvitne og Sælen (2017) opp det de omtaler som viktige læringspunkter for å lykkes med frivillighet: samarbeide med frivillige organisasjoner om organisering av frivillighet og utvikling av løsninger; digitale verktøy er viktig for å forenkle koordinering; endring av arbeidsoppgaver er krevende og verktøyet krever at alle jobber digitalt; innovasjonsprosesser er krevende, og det er behov for ildsjeler, eller såkalte «dedikerte ressurser»; det er utfordrende å involvere pårørende og frivillige, tiltaket må oppleves som verdifullt, og det må ta hensyn til personvern. Røhne m.fl. (2017) påpeker at dersom frivillige skal involveres i kommunale tjenester i større skala, har kommunene behov for digitale verktøy som gjør dette enkelt og effektivt. Det er behov for enkle og brukervennlige verktøy som gjør det mulig for ansatte å jobbe digitalt og interaktivt med frivillige og pårørende. Dette vil føre til mindre tids- og ressursbruk, det vil være kostnadsbesparende (i forhold til å bruke papirbrev, e-post og telefon), og det er mulig å nå bredere og raskere ut med informasjon for å jobbe helsefremmende.

Skjemaet «Caregiver Reaction Assessment (CRA-N)» er regnet som et av de mest velutviklede instrumentene for å kartlegge pårørendes situasjon og belastninger (Kristanti, Vernooij-Dassen, Utarini, Effendy & Engels, 2019). Skjemaet er imidlertid langt, og i et prosjekt for å undersøke om «et kort kartleggingsskjema om pårørendes situasjon [kan] oppdage det samme som et omfattende skjema», har Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester ([u.å.] -g) validert en kortversjon av CRA-N. Skjemaet består av kun sju punkter. Det ble samlet data fra 193 pårørende til pasienter som mottar lindrende omsorg og behandling i hjemmet. 13 kommuner i Hedmark og Akershus deltok i datasamlingen. Foreløpig evaluering viste at det korte skjemaet fanger opp/ overlapper den lange versjonen og dermed er et kunnskapsbasert kartleggingsskjema som kan brukes for å kartlegge pårørendes situasjon innen lindrende omsorg og behandling (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.] -g).

KOMP er en dataskjerm med innebygd teknologi som gjør det mulig å ha sosial kontakt med familie, venner og andre, selv om man ikke kommer seg ut (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). KOMP er designet til å være enkel i bruk. Den er skreddersydd for mennesker med begrensede digitale ferdigheter og redusert syn, hørsel

eller motorikk, der den lar familie eller venner starte en videosamtale, dele film, bilder og meldinger like enkelt som på sosiale medier. I en studie av hvordan KOMP fungerer for eldre personer som har eller har hatt kreft, fant Oppedal, Askheim og Haldar (2019) at de fleste brukerne i undersøkelsen var veldig fornøyde med KOMP. De fant imidlertid også at brukerne utgjorde en sammensatt gruppe med ulike behov og ønsker, og at KOMP fungerte best for dem som allerede hadde et utstrakt sosialt nettverk og gode familierelasjoner. De fant videre at KOMP i liten grad var et produkt som de eldre brukerne selv hadde sett et behov for eller hadde etterlyst. Flere av de eldre som ble intervjuet var imidlertid positive og forventningsfulle til å prøve den nye teknologien. Ifølge Oppedal m.fl. (2019) var dessuten dataskjermen svært lett å bruke, men det fremkom samtidig at flere brukere hadde hatt behov for opplæring.

«Skype i sykehjem» er et prosjekt var å få kunnskap om pårørende og ansattes erfaringer fra bruk av videokommunikasjon mellom beboere og pårørende på nettbrettet KOMP (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.]-f). Gjennom blant annet kvalitative intervju med seks pårørende og to ansatte som deltok i prosjektet, fant Alnes, Berg, Krøvel og Blindheim (2019) at videokommunikasjon kunne være et viktig supplement for å ivareta og styrke kommunikasjon og fellesskap mellom beboere i sykehjem og deres nære pårørende. Hyppigheten av kontakt gjennom slik videokommunikasjon var imidlertid begrenset på grunn av de ansattes mulighet til å være til stede for å legge til rette ved oppkobling. Nødvendig infrastruktur med nett-tilgang fra beboernes rom er en forutsetning for private samtaler gjennom videokommunikasjon, der nær kontakt med kommunenes IT-avdeling viste seg å være viktig.

Gjøvik kommune har en egen nettside for pårørende som gir nyttig informasjon blant annet om de kommunale tjenestene, rettigheter og tilbud til pårørende og hvor og hvordan man kan motta hjelp og støtte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Informasjonen er tilrettelagt for pårørende. Etter søk i relevante databaser, har vi ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette tiltaket.

5.2.3 PÅRØRENDESKOLER OG SAMTALEGRUPPER SOM MEDVIRKER TIL LÆRING OG MESTRING

Pårørendeskolemodellen består av faglige foredrag i plenum og gruppesamtaler der pårørende til personer med demens kan utveksle erfaringer og gi hverandre støtte (Hotvedt, Fossberg & Garden, 2016). Pårørende får kunnskap om de ulike demenssykdommene og innsikt i metoder for kommunikasjon og samhandling. I tillegg blir det gitt informasjon om aktuelle lover og rettigheter og hvordan man får kontakt med hjelpeapparatet. I mange kommuner drives det i tillegg samtalegrupper, der pårørende som har deltatt på pårørendeskole og nye deltakere kan melde seg på. En nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens fant at 71 prosent av kommunene hadde gjennomført pårørendeskole, enten i 2017 eller i 2018 (Helsedirektoratet, 2019c). I en evaluering av 1 204 tilbud – 604 kurs ved pårørendeskoler og 600 samtalegrupper i perioden 2011 til 2015 – oppgis det videre at tilskuddsordningen fra Helsedirektoratet har hatt stor betydning for og bidratt til etablering av pårørendeskoler og samtalegrupper rundt i landet (Hotvedt m.fl., 2016). Ifølge Hotvedt m.fl. (2016) viser erfaringene at pårørendeskolemodellen fungerer i både små og store kommuner. Tilpassede samtalegruppetilbud for ulike målgrupper blant pårørende og utprøving av samtalegrupper for personer med demens har gitt ny kunnskap og ideer til fremtidige tilbud.

Blindheim, Thorsnes og Brataas (2016) har undersøkt om kurs basert på kognitiv teori for pårørende til kreftpasienter kan fremme motstandsressurser og øke livskvalitet. Kursdeltakerens opplevelse av sammenheng og livskvalitet før og etter kursdeltakelse ble undersøkt og sammenliknet med pårørende som ikke deltok i kursopplegget. Forfatterne fant at pårørende til kreftpasienter trenger oppfølging og støtte for å kunne stå i krevende situasjoner over tid og samtidig bevare sin helse. Ved å treffe andre i samme situasjon gjennom deltakelse på pårørendekurs, lærte de å håndtere den krevende pårørendesituasjonen, og opplever økt mestring. Dette kan ifølge forfatterne bidra til bedre livskvalitet.

En pårørendeskole for pårørende til pasienter som mottar lindrende omsorg i hjemmet ble gjennomført i Hamar kommune (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.]–e). Prosjektet tilhørte satsingsområdet «Trygg lindrende omsorg i hjemmet». Målet med prosjektet var å gi støtte til pårørende i en krevende tid. Høsten 2014 ble det utviklet og gjennomført et program over fire kvelder á 2 ½ time til pårørende til pasienter som mottar lindrende omsorg i hjemmet i Hamar. Elleve pårørende deltok. Pårørendeskolen ble evaluert av deltagerne. Ifølge Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester ([u.å.]–e) viste evalueringen at de fleste oppfattet tiltaket som svært nyttig, og det kom også fram forslag om ytterligere temaer som kan trekkes inn.

Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse (2017) har, i samarbeid med andre, utviklet kurstilbud for pårørende til eldre innvandrere med demens. Det er anbefalt at kursene baseres på et bredt samarbeid på tvers av helsetjenester og frivillige organisasjoner, samt tolketjenesten. I en evaluering av kurset oppga deltakerne at de var fornøyde med kursopplegget og at de vurderte kurskveldene som lærerike og interessante (Hotvedt m.fl., 2016; Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, 2017). Samtidig ga noen deltakere uttrykk for at de ikke fikk svar på alt de lurte på. Deltakerne la videre vekt på at innleiderne brukte et enkelt språk, og at det var god tid til kommunikasjon og tolking underveis. Noen av deltakerne var ifølge evalueringen bekymret for at kurstilbudet ikke nådde fram til dem som trenger det mest. De anbefalte i stedet hjemmebesøk med grundig informasjon som et ledd i forebyggende helsearbeid (Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, 2017).

5.3 FÆRRE Å FORHOLDE SEG TIL OG ØKT KONTINUITET

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018a) må organiseringen av helse- og omsorgstjenestene ivareta brukernes behov for tilgjengelighet, kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet. Reformen løfter fram fire forslag til løsninger, som kan bidra til at den enkelte bruker og deres pårørende får færre å forholde seg til og økt trygghet og kontinuitet i tjenestetilbudet: 1) primærkontakt; 2) riktig hjelp til riktig tid; 3) nye arbeids- og organisasjonsformer; 4) alternative turnusordninger. Det er tiltak og erfaringer for disse fire elementene eller områdene vi vil identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om. Enkelte av områdene (som organiserte arbeidslag) er imidlertid mer utførlig omtalt også andre steder i meldingskapitlet, og vi vil da presentere og oppsummere dem der.

5.3.1 BRUK AV PRIMÆRKONTAKT

Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH) er et strukturert utskrivings- og oppfølgingsprogram for pasienter i hjemmetjenesten i Trondheim kommune hvor det blant annet vises til at primærkontakten skal sikre en helhetlig vurdering av pasienten

innen fire uker (Grimsmo, 2012). Vurderingen skal foretas hver sjettede måned for å sikre at pasienten kartlegges systematisk.

Bodø kommune har innført primærkontakter med mål om at alle brukere skal få tildelt en primærkontakt for å sikre en helhetlig vurdering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Ved å ha kjennskap til brukerne vil man kunne ivareta brukermedvirkning og sørge for at både bruker og pårørende får god informasjon og gjennomfører jevnlig samtaler for å kunne avdekke og ha en oversikt over endringer i sykdomsbilde og funksjonsnivå. Erfaringene fra Bodø viste ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018a) at etableringen av primærkontakter skapte engasjerte og myndiggjorte medarbeidere. Etter søk i relevante databaser har vi ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette tiltaket.

Eidskog, Tromsø, Sortland og Kristiansund kommuner har deltatt i trygghetsstandardarbeidet. Formålet med denne piloten er å utvikle et rammeverktøy for sykehjem og kommuner for å redusere uønsket variasjon i opplevd kvalitet for pasienter og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). En del av prosjektet går ut på innføringen av primærkontakter for å ivareta kontinuitet, stabilitet og individuell pasientomsorg. I en følgeevaluering av Trygghetsstandard, slik den er utviklet og prøvd ut i disse fire nevnte kommunene, fant Isaksen m.fl. (2018) at utviklingen og implementeringen av Trygghetsstandard hadde foregått gjennom ulike organiseringsmåter og ulik grad av involvering av de ansatte i arbeidet. I beskrivelsen av arbeidet i Sortland fant forfatterne at det var utviklet og tatt i bruk rutine for pasient- og pårørendesamtale som skulle gjennomføres regelmessig. Både innkomstsamtale, pasient- og pårørendesamtale, forberedende samtale og etterlattesamtale var her primærkontaktens ansvar. Dette resulterte ifølge Isaksen m.fl. til at det ble større kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte beboer. Ordningen med primærkontakt har også blitt positive mottatt fra pårørende.

«Tiltakspakke demens» er utviklet av Grimstad kommune og bygger på prinsippene om personsentrert omsorg (Nærdal, 2017). Dette er en etablert, faglig og systematisk oppfølging av hjemmeboende personer mer demens. En del av tiltakspakken er at personer med demens som har fått innvilget tjenesten, får oppnevnt en primærkontakt. Vedkommende vil gjennomføre månedlige oppfølgingsbesøk, der disse besøkene, som har én times varighet, kommer i tillegg til ordinær oppfølging fra hjemmebaserte tjenester. For å støtte primærkontaktene i arbeidet med å utføre «Tiltakspakke demens», er demensteamets medlemmer veiledere for primærkontaktene ved behov. Videre blir pasientens fastlege informert av kommunens bestillerenhet om at pasienten er innvilget tjenesten.

Nærdal (2017) har evaluert «Tiltakspakke demens», slik det ble prøvd ut sju kommuner. I rapporten vises det til at primærkontakt vil opparbeide seg god kjennskap til pasientens hjemmesituasjon, og at de på den måten kan sammenlikne situasjonen fra forrige oppfølgingsbesøk ved å vurdere endringer i pasientens demensutvikling. Erfaringene med «Tiltakspakke demens» viste at de ansatte opplevde at de ble flinkere til å observere pasientene – og at dette var noe de tok med seg videre inn i øvrige hjemmebesøk til pasienter som ikke hadde vedtak om tiltakspakken. Særlig sjekklisten som ble anvendt i tiltakspakken ga primærkontaktene erfaringer og informasjon som de kunne gjøre seg nytte av, også på andre besøk. Med unntak av et par primærkontakter i en kommune svarte alle deltakerne, 83 prosjektdeltakere totalt, at de mente det lot seg gjøre å gjennomføre «Tiltakspakke demens» også etter prosjektperioden.

Bydelen Østensjø i Oslo kommune igangsatte prosjektet «Demensvennlige hjemmetjenester» i 2015 (Oslo Bydel Østensjø & Comte Bureau, 2017). Prosjektet ville

undersøke hvordan bydelen kunne tilrettelegge for en trygg og forutsigbar tilværelse i eget hjem til tross for demenssykdom, slik behov for institusjonsplass ble utsatt. Tiltaket som ble gjennomført besto i korthet ut på en kombinasjon av «Tiltakspakke demens» og organisering av tjenestene i arbeidslag (se pkt 5.1.2. i denne oppsummeringen) med spesielt fokus på den aktuelle brukergruppen. I tillegg var det smidige dagsenter- og avlastningsordninger for å avlaste pårørende som hadde omsorgsoppgaver. Tiltaket ble evaluert positivt, og ble anbefalt videreført (Oslo Bydel Østensjø & Comte Bureau, 2017). Evalueringsrapporten pekte imidlertid på viktigheten av motivasjon, kompetanse og engasjement blant de ansatte i arbeidslaget. Det ble også påpekt viktigheten av systematisk jobbing med kartlegging, samt oppfølging av observasjoner som ble gjort av pasienten. Ifølge evalueringsrapporten ga pårørende uttrykk for at de opplevde sin livssituasjon som bedre.

I forlengelsen av primærkontakter har det blitt mer og mer vanlig med en aktivitetsvenn. En aktivitetsvenn er en frivillig som gjør aktiviteter sammen med en som har demens (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2019). Aktivitetsvennen og personen med demens kobles sammen på bakgrunn av felles interesser, og møtes minst to ganger i måneden og gjør ting sammen som de liker. Det kan være alt fra å gå på tur, gå på teater eller på kafe, til bare å møtes for en kopp kaffe og en prat. Nasjonalforeningen for folkehelsen (2019) har utarbeidet en verktøykasse for kommuner som vil drive dette tilbudet. Ifølge Sørvoll og Hansen (2019) gjennomføres aktivitetsvenn i omkring 220 norske kommuner. Sørvoll og Hansen (2019) har i en studie kartlagt typiske kjennetegn ved aktivitetsvennene. De brukte en internetbasert spørreundersøkelse der 381 frivillige besvarte forespørselen. Forfatterne fant at fire av fem aktivitetsvenner er kvinner, og to tredjedeler er pensjonister eller over 65 år. Det er en overrepresentasjon av personer med høy utdanning i utvalget, og nær halvparten har yrkesbakgrunn fra helsesektoren og/eller erfaring med demens fra yrkes- eller familieliv. Om lag 60 prosent av de som besvarte undersøkelsen møter én person, mens 20 prosent er aktivitetsvenn for flere personer. Nesten ingen av de kvinnelige frivillige er aktivitetsvenn for en person av motsatt kjønn og nesten halvparten er hjemmeboende. 30 prosent av de frivillige oppgir at de kjenner personen som de er aktivitetsvenn for, fra før. Flertallet av aktivitetsvennene møter en person med demens ukentlig, mens om lag en fjerdedel oppgir møter 2–3 ganger i måneden. Omkring en femtedel av aktivitetsvennene nevner gruppeaktiviteter med andre personer med demens som en samværsform. Videre finner studien at aktivitetsvenners innsats ses ut til å verdsettes av personer med demens, pårørende og helsepersonell.

Nasjonalforeningen for folkehelsen og Førde kommune startet samarbeidsprosjektet ”Frivillige og kommune hand i hand for bedre kontinuitet og samhandling - ny giv i pårørandearbeidet” i 2016 (Ekehaug, 2017). Prosjektet rettet seg mot ulike tilnærminger for å inkludere pårørende og andre frivillige, utvikle og prøve ut nye metoder og samarbeidsformer. I en evaluering av prosjektet, blant annet basert på kvalitative intervju med 11 pårørende, ble det vektlagt hvor viktig det er å ha en primærkontakt eller noen som kjenner både pårørende og bruker godt (Ekehaug, 2017). Videre ble viktigheten av å ha en aktivitetsvenn for personer med demens trukket frem som viktig. Som en del av prosjektet ble det gitt kurs til både pårørende og aktivitetsvenner og arrangert pårørendedager. Målet med pårørendedagene var å etablere en ny møteplass for pårørende og frivillige, samt senke terskelen for å ta kontakt og finne relevant informasjon om hjelpetiltak og støtte som finnes. Aktivitetsvennene besøker brukeren i hjemmet, går på konserter og kulturelle arrangementer, tar en prat og kopp kaffe, baker sammen med bruker osv. Når bruker er på sykehjem, foretar de faste dager for besøk, tar dem med ut på en tur, deltar i felles aktiviteter på sykehjemmet og skaper de gylne øyeblikk. I

evalueringen vektlegges det hvor viktig det er at to aktivitetsvenner går sammen til en person med demens. På den måten kan for det første aktivitetsvennen oppleve mer støtte. For det andre ivaretas kontinuiteten hvis én av aktivitetsvennene skulle slutte.

5.3.2 BETYDNINGEN AV RIKTIG HJELP TIL RIKTIG TID

«Time-samme-dag» er et konsept hvor prinsippet er at pasienten skal få konsultasjon den dagen han eller hun tar kontakt med legekontoret. Det innebærer at størsteparten av legens kalender holdes av til dagens henvendelser. I en kunnskapsoppsummering har Straumann og Vist (2015) undersøkt hvilken effekt time-samme-dag har på ventetid, antall listepasienter, antall avtalte legetimer, pasientens tilfredshet, bruk av legevakt, manglende oppmøte og kontinuitet i behandlingen. Fem av de inkluderte studiene sammenlikner time-samme-dag med tradisjonell forhåndsbestilling der bare et par legetimer holdes åpne til dagens henvendelser. Resultatene fra disse fem studiene viser ifølge studien at innføring av time-samme-dag trolig fører til redusert ventetid, muligens øker antall pasienter som møter til legetimen og gir bedre kontinuitet i behandlingen.

For å oppnå mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet i hjemmetjenesten har Horten kommune implementert en logistikk-løsning som tar hensyn til brukerbehov, de ansattes kompetanse og ansvarsroller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Systemet SPIDER er et avansert program bygget på algoritmer, og det simulerer kjøreruter mellom kontaktpunkter for å finne de mest effektive kjørerutene (Røhne m.fl., 2018). Her registreres hvem som tidligere har vært hos brukeren og med utgangspunkt i dette finner man tilgjengelig personalressurs som er kjent for brukeren. Systemet utvikler videre elektroniske arbeidslister med logisk rekkefølge for brukerbesøk og korteste kjørerute. I en rapport som oppsummerer erfaringene fra logistikkprosjektet viser Grut, Fauske og Kraver (2016) til at SPIDER gir oversikt og kontroll i planleggingen av arbeidslister. Det gir økt kontinuitet ved at pasienten får færre besøk av færre ansatte enn tidligere og hyppigere besøk av primærkontakt. Videre vises det til at det brukes mindre tid på planlegging og dermed frigjort tid til mer pasientrettet arbeid.

Hjemmetjenesten i Kilen i Sandefjord kommune har gjennom prosjektet OPTET (Optimeringsteknologi i hjemmebaserte tjenester) benyttet seg av optimeringsverktøyet SPIDER (Røhne m.fl., 2018). SPIDER er et avansert program bygget på algoritmer, og det simulerer kjøreruter mellom kontaktpunkter for å finne de mest effektive kjørerutene. Erfaringene indikerer at bruken av SPIDER i daglig planlegging av arbeidslister gir økt person-kontinuitet og økning i pasientrettet tid (Røhne m.fl., 2018). Videre vises det til at arbeidslistene gir forutsigbarhet for ansatte og pasienter og at det er mulig å angi tidspunkt og hvem som vil komme på hjemmebesøk for forkant. Forventet gevinst er at det blir færre pleiere hos pasienter siden SPIDER velger ansvarspersoner for bedre oppfølging og kontinuitet og deretter en tredje person som har vært mest hos pasienten. Det er ifølge Røhne m.fl. (2018) også ventet at det blir større forutsigbart for både brukeren og ansatte ved at det kommer færre pleiere til pasientene og besøkene innenfor et gitt tidsvindu, noe som kan gi bedre forutsigbarhet for pasientene (Røhne m.fl., 2018). Nøkkeldata fra SPIDER gir data som kan si noe om kvalitet i tjenesten, slik som personkontinuitet. Ifølge Røhne m.fl. (2018) ble antall pleiere per pasient per måned redusert fra omkring 24 til omkring 13.

Larvik kommune har utviklet en egen tjenesteshop, som er en nettbasert kalender- og bestillerfunksjon der brukerne kan bestille kommunale tjenester til det tidspunktet som passer den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Formålet med tjenesteshop

er at brukerne selv kan velge dag og tidspunkt for når de vil motta hjemmetjenester. Vi har ikke funnet at tiltaket er evaluert, men ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018a) opplever brukerne økt fleksibilitet i tjenestetilbudet.

På helsenorge.no er det blitt utviklet digitale innbyggertjenester knyttet til hjemmetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Målet er å gi brukerne større forutsigbarhet og mer tillit til tjenestene, og det tas sikte på at tjenesten skal tas i bruk av alle kommunene i landet, brukes av alle landets kommuner og hvor. Løsningen gjør det mulig for innbygger, pårørende og hjemmetjenesten å se avtaler og gjennomførte besøk, og selv gi innbyggerne mulighet til å avbestille timer. De ansatte vil med dette kunne styre hverdagen bedre, og oppleve å bruke mindre tid på administrasjon og færre bomturer i hjemmetjenesten. I en evaluering av effekter av digitale innbyggertjenester ble det blant annet gjennomført en systematisk kunnskapsoppsummering (Zanaboni m.fl., 2017). 23 artikler ble inkludert. Zanaboni m.fl. (2017) fant at brukerne så ut til å være tilfredse med økt tilgang til helseinformasjon, men at det var få studier der man kunne se en klar helsegevinst. Digitale innbyggertjenester hadde ifølge forfatterne størst klinisk effekt ved kroniske tilstander. Pasientportaler og tjenester som er beregnet på kroniske tilstander så derfor ut til å være mer egnet for randomiserte kontrollerte studier. Zanaboni m.fl. (2017) evaluerte også forprosjektet «Digital dialog i helsenorge.no - pasient og fastlege». Dette forprosjektet hadde som mål å bidra til at digital dialog blir tatt i bruk av fastleger og kontorpersonell samt pasienter. Den generelle trenden i undersøkelsen av pasienters bruk var ifølge forfatterne at innsyn i journal fungerte godt). Brukerne var jevnt over fornøyd med tjenesten. Den vanligste grunnen til at folk ønsket innsyn var at de kunne slå opp informasjon om hvilken behandling de har fått. Undersøkelsen av helsepersonells erfaringer viser at helsepersonell har forventninger om at i fremtiden vil flere pasienter få grunnleggende kjennskap til sin helsetilstand. Ifølge undersøkelsen var det flere ansatte innenfor psykisk helse enn innenfor somatikken som oppga at de hadde endret måten de skrev journal på og at de hadde diskutert med en kollega om en pasient skulle nektes innsyn.

5.3.3 NYE ARBEIDS - OG ORGANISASJONSFORMER

Det er i flere kommuner opprettet arbeidslag. Disse er omtalt under pkt. 5.1.2 i oppsummeringen.

5.3.4 ALTERNATIVE TURNUSORDNINGER

I Lillevollen bofellesskap i Bodø kommune, som er et hus med fem leiligheter, er det gjennomført langturnus. Dette knyttes til å ta utgangspunkt i den enkeltes behov, gi støtte og avlastning til pårørende, ha faste kontaktpersoner og kontinuitet og få bedre overganger ved overflyttinger mellom tjenester og tjenestenivåer. I en følgeevaluering fant Engbråten (2015) at langturnus ble godt mottatt av brukerne. Den ga større kontinuitet og økt grad av trygghet. I tillegg ble det rapportert redusert bruk av beroligende midler, redusert bruk av tvang, mindre utagering, bedre tid til aktivitet og bedre søvn.

Tromsø kommune er én av flere kommuner som satser på en heltidskultur. Det vises til at flere heltidsstillinger skal øke kompetansen, styrke kontinuiteten samt fremme og kvalitetssikre arbeidsmiljøet blant ansatte i helsetjenestene (Tromsø kommune, 2018). Dette vil kunne være med på å styrke fagkompetansen og kontinuiteten i tjenesten, særlig i helgene, samt gi de ansatte bedre arbeidsvilkår.

I en FAFO-rapport om hvordan kommunene kan tilby flere heltidsstillinger, fant Moland og Bråthen (2012) at brukerne opplever bedre kvalitet på tjenestene. Dette ble blant annet knyttet til mer forutsigbarhet og kontinuitet ved at de har færre mennesker å forholde seg til, samt tjenester tilpasset egen døgnrytme og større ro i hverdagen.

5.4 MYKERE OVERGANG MELLOM HJEM OG SYKEHJEM

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018) bør kommunene legge til rette for bedre pasientforløp og mykere overgang mellom eget hjem og sykehjem. Til forskjell fra de andre underkapitlene i kapittel 8 i Meld. St. 15 (2017–2018), har regjeringen her ikke angitt konkrete forslag til løsninger, som igjen strukturerer den videre oppbygningen av kapitlet. De lister imidlertid opp disse seks eksempler på kommunale grep «som kan bidra til lange vekslingsfelt og flytende overganger mellom helse- og omsorgstjenesten i og utenfor institusjonen». Disse knyttes til at: 1) primærkontakt / personell fra hjemmetjenesten følger pasienten over i sykehjem for å gi trygghet, etablere relasjoner til nye hjelpere og dele informasjon; 2) fastlege og tilsynslege på institusjon samarbeider i en sårbar flyttefase når pasienten trenger det som mest, og sørger for at all nødvendig informasjon blir overført; 3) pårørende får mer støtte og avlastning så lenge pasienten bor hjemme, men inviteres aktivt til å delta inn i sykehjemmet; 4) alle har oppdatert individuell plan (IP) ved innleggelse i sykehjem og fortsatt får oversikt over innholdet i tjenestetilbudet, for eksempel ved enkeltvedtak som kan påklages; 5) sykehjemmene har mer fleksible overnattingstilbud, dagaktivitetstilbud og trygghetsplasser, der folk kan legge seg inn til korttidsopphold på egenhånd, i samspill mellom institusjon og hjemmetjeneste; 6) kommunens helse- og sosialpersonell arbeider både i sykehjem og hjemmetjeneste, eller overlapper hverandre med brede vekslingsfelt i overgangene. En rekke tiltak og erfaringer knyttet til disse seks punktene er imidlertid omtalt andre steder i oppsummeringen (5.1, 5.2, 5.3 og 5.5) og vil ikke omtales her.

5.5 PLANLAGTE OVERGANGER MELLOM KOMMUNER OG SYKEHUS

For å sikre gode overganger mellom kommuner og sykehus, anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet (2018a) å legge til rette for: 1) tidlig planlegging og saksbehandling for utskriving; 2) gjensidig kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene; 3) å videreføre læringsnettverk for gode pasientforløp i perioden 2020–2022. Det er tiltak og erfaringer for disse tre områdene vi vil identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om.

5.5.1 TIDLIG PLANLEGGING OG SAKSBEHANDLING FOR UTSKRIVING

«Helhetlige pasientforløp – en breddestrategi» er et prosjekt som ble gjennomført som et samarbeid mellom kommunene Averøy, Gjemnes, Kristiansund, Smøla og Tingvoll, Helse Møre og Romsdal og Høgskolen i Molde. Prosjektet ble satt gang for å møte de utfordringene som helsetjenesten hadde i møte med pasienter med lårbeinsbrudd og KOLS (Averøy m.fl., [u.å.]). Oppmerksomheten ble rettet mot å få til: mer helhetlige og koordinerte helsetjenester; flere helsetjenester utført i kommunene; økt forebygging og forbedring av folkehelsen. Studier av prosjektet fant at diagnosebaserte forløp i liten

grad ble iverksatt i kommunene og at prosjektets mål om å utvikle tre pasientforløp, ikke ble realisert innen prosjektperioden (Gjerde, Meese, Rønhovde, Stokke & Aarseth, 2012; Gjerde, Meese, Rønhovde & Aarseth, 2014; Gjerde m.fl., 2015). Ifølge Meese og Rønhovde (2015) er mulige forklaringer på problemene med måloppnåelse og implementering manglende tid, for lite ressurser, dårlig fungerende IKT-system og trekk ved organisasjonsdesign og ledelsesmodell. Prosjektet hadde en hierarkisk struktur som i liten grad åpnet for innspill fra andre i forkant eller underveis i prosjektet. Deltakere fra spesialisthelsetjenesten hadde erfaringer fra utvikling av pasientforløp, og deres forståelse av begrepet pasientforløp ble derfor styrende. Styringsgruppa besto av toppledere, som i liten grad hadde fagkunnskap fra kommunen. Rammene var styrt gjennom styringsgruppas vedtak om diagnosebaserte forløp. De ansatte i kommunen hadde samtidig begrenset mulighet til å påvirke hva som var gode løsninger, og de fant ikke pasientforløpene relevante for kommunen.

«Trygg overføring» er et prosjekt om samhandlingsutfordringer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ved innleggelse eller utskrivning av eldre fra sykehus. Prosjektet ble initiert av Haukeland universitetssykehus på grunnlag av opplevde utfordringer og frustrasjoner i samhandlingen med kommunene, samt ønsket om å forbedre denne samhandlingen. Målet var å identifisere samhandlingsutfordringene (fase 1) og å finne virksomme tiltak for å trygge overflyttingen mellom tjenestenivåene (fase 2). Ifølge Førland (2011) fant man i fase 1 at samhandlingen mellom de to tjenestenivåene var dårlig organisert og strukturert når det gjaldt formidling av pasientenes funksjonsnivå og hjelpebehov og den var uklar med hensyn til forventninger til hverandres oppgaver. Kommunikasjonen ble betegnet som ineffektiv. I fase 2 ble det utarbeidet en rekke tiltak for å forhindre (1) ineffektive kommunikasjonslinjer og (2) samarbeidspartners ulike vurderinger av behov. Det ble utviklet fem sjekklister som ble prøvd ut på tre medisinske poster på universitetssykehuset og i Årstad bydel. Sjekklisene ble revidert høsten 2010. I delprosjekt 2 ble det gjennomført intervjuer med eldre pasienter før og etter hjemreise med tanke på å få fram brukerstemmen knyttet til hva som er viktig for en trygg overføring tilbake til hjemmet. Som resultat av dette arbeidet ble det utviklet en veiviser som besto av en huskeliste/samtaletrigger for eldre pasienter som skal reise hjem etter sykehusopphold (Førland, 2011). Ifølge to studier utført av Førland (2011) og Kvalheim, Bjørnethun, Bergflødt, Mekki og Førland (2015) uttrykte mange ansatte at skjemaene innebar ekstraarbeid og var unødvendige for dem selv å bruke. Forskerne påpeker videre at helsepersonellens faglige rutiner og hjelpemidler i seg selv ikke kan skape trygghet for eldre pasienter som innlegges i sykehus og utskrives til hjemmet eller sykehjem. Likefullt er de viktige for å veilede personellens samhandling i disse sårbare overgangene. Den enkelte helsearbeiders faglige skjønn kan på denne måten i tillegg få støtte og hvile i gode systemer og strukturer. Når slike faglige hjelpemidler utarbeides på tvers av fag- og forvaltningsnivå, med en intensjon om å gjøre hverandre gode og forankret i pasienters behov, er mulighetene for å lykkes større, ifølge forskerne.

«Helhetlige pasientforløp i hjemmet» (HPH) er et strukturert utskrivnings- og oppfølgingsprogram for eldre pasienter med kronisk sykdom og omfatter overgangen fra sykehus til oppfølging i kommunen for alle pasienter – uavhengig av diagnose (Brovold, 2013; Røsstad m.fl., 2013; Trondheim kommune, 2014; Håland m.fl., 2015; Røsstad m.fl., 2015; Røsstad, 2016; Røsstad m.fl., 2016). De aktive komponentene er sjekklister som veileder informasjonsoverføring mellom samarbeidende parter, og som benyttes på spesifikke tidspunkt i pasientforløpet. Kartleggingen dokumenteres i pasientjournalen og innebærer samtaler, observasjoner og vurdering av pasientens medisinske tilstand, funksjonsnivå og sosiale behov etter utskrivning. Det er også utviklet en veileder for

lokale prosjekter i kommunene med en rekke nyttige lenker, prosedyrer og sjekklister (Grimsmo, 2012). Veilederen retter seg mot primærhelsetjenesten, og den omhandler i første rekke eldre med kronisk sykdom. Målet er god oppfølging av pasientene gjennom å bedre samhandlingen internt i kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner.

Røstad m.fl. (2015) har evaluert implementeringen av HPH-forløpet i de seks kommunene som deltok i prosjektet. De fant at modellen etter to år var integrert i daglig praksis i to av de seks kommunene. Konklusjonen deres er at modellen har potensiale til å forbedre oppfølging i primærhelsetjenesten, men gjennomføringen krever omfattende og langvarig innsats i alle ledd i organisasjonen. Følgende faktorer ble avdekket som viktige for vellykket iverksettelse: trykk fra øverste kommunale ledelse; ledelsen på enhetsnivå må være opptatt av å skape forpliktelse og engasjement blant alle faggrupper; praktisk tilrettelegging av arbeidsprosesser; stabil organisasjon uten store konkurrerende prioriteringer. Dette er også funn som studien til Nilsen, Söderhamn og Dale (2019) viste da de undersøkte personalets erfaringer med implementering av «Læringsnettverk for gode pasientforløp», som bygger på HTH-programmet (se også kapittel 5.5.3 i oppsummeringen). I et mastergradsprosjekt fant Brovold (2013) at sykepleiere og annet helsepersonell opplevde at HPH førte til bedre observasjon, dokumentasjon, kvalitet og oppfølging. Samtidig ble programmet kritisert for å være tidkrevende, noe som ifølge informantene kunne gå på bekostning av tid de egentlig burde hatt med pasientene.

Akershus universitetssykehus og kommunene på Romerike har etablert et samhandlingskontor som har som hovedoppgave å bidra til å koordinere aktiviteten i kommunene. Slik skal de framstå som en samlet og likeverdig part i samarbeid og forhandlinger med sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Etter initiativ fra samhandlingskontoret har partene opprettet en fagforumsordning for å følge opp samhandlingsavtalene. Fagforumene skal utarbeide, fremme og foreslå tiltak som kan bedre samarbeidet mellom nivåene og sikre gode og sammenhengende pasientforløp. Vi har ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier på dette konkrete tiltaket.

I samhandlingsprosjektet «Helhetlig pasientforløp» mellom Øvre Eiker kommune og Vestre Viken helseforetak rettes oppmerksomheten mot å utvikle god pasientflyt i helse- og omsorgstjenesten med overgang til/fra spesialisthelsetjenesten (Øvre Eiker kommune, 2014). I prosjektet er nytt helhetlig pasientforløp utviklet, de kritiske overgangene i forløpet er definert, og sjekklister som skal brukes ved disse overgangene er utarbeidet. På den måten tas det sikte på at overgangen mellom tjenester/nivåer skal bli så god som mulig. I sluttrapporten oppga 70 prosent av de 115 kommuneansatte som deltok i evalueringen, at sjekklister var til god dokumentasjonshjelp (Øvre Eiker kommune, 2014). Det ble understreket at lederne har en nøkkelrolle i implementeringen, at det er viktig at det er en dedikert person i avdelingen som hadde ansvar for sjekklister, og at personalet ble opplært i å bruke dem. Mangelfull tilgang på PCer i hjemmetjenesten og på avdelingene ble imidlertid beskrevet som en flaskehals i bruken av sjekklister. I en senere evaluering av prosjektet blir det blant annet anbefalt at det etter utskrivning etableres kontakt med fastlegen og lages rutiner for gjensidig utveksling av informasjon (Kommunehelsesamarbeidet & Vestre Viken, 2017). Det anbefales også å sikre at lovpålagte samarbeidsavtaler er kjent og følges, samt at helsepersonellens kompetanse innenfor kritiske områder forbedres.

I pilotprosjektet «Rød tråd fra prosedyre til utført tjeneste» ønsket Stange kommune å bedre systematiseringen av den kunnskapen som ble innhentet om pasientene (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, [u.å.]-d). Det ble utviklet

pasientflytkart med sjekklister som ble tatt i bruk i kvalitetssystemet, og de ansatte fikk opplæring i bruk av kartet og sjekklisene. Ifølge Kristiansen (2015) mener de ansatte at innføringen av pasientflytkart og sjekklister har frigjort tid og energi til å kunne ta vare på den enkelte pasient.

«Trygg utskrivning fra sykehus og sykehjem, med pasienten som likeverdig partner», er en av tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (Helsedirektoratet, 2019a). Ifølge Helsedirektoratet (2019) bør informasjon til pasienter gis som en kombinasjon av standardisert skriftlig informasjon og muntlig informasjon med utgangspunkt i individuelle behov. I tiltakspakken foreslår de derfor å: 1) starte planlegging av utskrivelse allerede ved innkomst (innkomstsamtale), 2) formidle viktig informasjon til samhandlingspartnere, 3) gjennomføre strukturert utskrivningssamtale, og 4) bruke sjekklister før utskrivning.

På Storhaugen helsehus i Kristiansund kommune ([u.å.]) har et team igangsatt prosjektet «Trygg utskrivning med pasienten som likeverdig part». Bakgrunnen var undersøkelser som viste til manglende eller mangelfull informasjon til pasienter og pårørende i forbindelse med utskrivning. Hensikten var å forbedre pasientenes erfaring med utskrivning og sikre tryggere utskrivinger fra sykehjem og sykehus. Erfaringene viste at personalet var blitt mer bevisst på å inkludere pasient/pårørende i hele prosessen. Pårørende ble også invitert til å være med på utskrivningssamtaler der sykepleier og lege går igjennom forløpet, nye tjenester i hjemmet, tiltak de selv kan gjøre for å øke hverdagsmestring osv. Vi har ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier om tiltaket.

5.5.2 GJENSIDIG KOMPETANSEOVERFØRING MELLOM OG INNAD I TJENESTENIVÅENE

«Samhandling mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem» (SAM-AKS) er en modell for klinisk samhandling mellom sykehjem i noen kommuner i Hedmark og Oppland og alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet (Fredheim, Lillesveen, Nordengen, Røen & Bergh, 2017). Hovedmål med modellen var bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem, dernest å utvikle og evaluere en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem. Rapporten til Fredheim m.fl. (2017) viser til at samhandlingen og tilgjengeligheten med SAM-AKS personalet hadde fungert godt, at det hadde skjedd en kompetanseheving blant personalet i sykehjemmene, og at veiledningen og undervisningen som ble gitt var nyttig. Opplæring i kartleggingsverktøy hadde ført til bedre utredning og behandling av pasientene på sykehjemmet. Ifølge rapporten hadde det imidlertid vært utfordrende å få avsatt tid til kartlegging og å få hele personalgruppa til å forstå viktigheten av kartlegging av pasientens symptomer.

Ved Sykehuset Østfold er det startet et omfattende arbeid for å forbedre prosessen rundt utskrivning av pasienter (Melkerud, 2019). Det er blant annet opprettet forbedringsteam i sykehuset som skal sikre en god og trygg overføring av pasientene til kommunene gjennom å utarbeide felles rutiner og sjekklister for hele sykehuset. Vi har ikke funnet at det er publisert forsknings- eller utviklingsstudier om tiltaket.

Prosjektet «Pasientsentrert helsetjenestetsteam» ble etablert som et samarbeidsprosjekt mellom Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø kommune og Harstad kommune. Det er et felles tverrfaglig helsetjenestetsteam, som inkluderer helsepersonell både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten (Bergmo, Berntsen, Dalbakk & Rumpsfeld, 2015; Dalbakk, Olsen & Bergmo, 2016). Teamet ivaretar i hovedsak tre funksjoner: kontakt

og koordinering, tidlig vurdering, og tidlig støttet utskrivning. To pasientkoordinatorer i teamet, en fra sykehuset og en fra kommunen, samarbeider tett om å følge opp henvisninger. Målet er å ivareta eldre pasienter i overgangen mellom sykehus og kommune og å forebygge reinnleggelser. I en foreløpig oppsummering av erfaringer (Dalbakk m.fl., 2016) ble det påpekt at teamets arbeid hadde bidratt til reduksjon i reinnleggelser og forkortet opphold på sykehus og i kommunale korttidsplasser. Av negative erfaringer påpekes manglende dokumentasjon angående pasienter i kommunehelsetjenesten og at uavklarte ansvarsområder i kommunen og sykehuset kunne føre til at pasienten ikke får god nok hjelp. Behovet for en skriftlig behandlingsplan som følger pasienten ble også understreket.

«Virtuell avdeling» (VA) er en måte å organisere helsetjenesteressurser på, hvor kjernen er samhandling i tverrprofesjonelle team. Modellen er inspirert av såkalte «Virtual Wards», som blant annet finnes i England, USA og Canada (Eines, Grønvik, Rødal & Sandsmark, 2019). I et pilotprosjekt i Eidsberg kommune ble 26 multisyke pasienter med behov for helsetjenester fra kommunen innskrevet i avdelingen. Denne avdelingen var ikke en fysisk avdeling med inneliggende pasienter, men en måte å organisere ressursene på. Hensikten var å kvalitetssikre overgangsfasen fra sykehus/helsehus til eget hjem for eldre pasienter (Leirbakk & Hammer, 2017). Pasienten ble møtt i eget hjem, og ved hjelp av validerte kartleggings- og screeningsverktøy ble pasientens totale behov for kommunale helsetjenester avklart. Sluttrapporten påpekte manglende overensstemmelse mellom meldt behov for kommunale helsetjenester fra sykehus/helsehus og det behovet som ble definert i VA (Leirbakk & Hammer, 2017). Pasienter og pårørende fortalte samtidig at de følte seg ivaretatt og trygge og at de ble tilstrekkelig informert. En tilsvarende modell er prøvd ut i Smøla kommune, og også her beskriver sluttrapporten positive resultater, både i form av økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene og økt jobb-motivasjon hos de ansatte (Eines m.fl., 2019). Ifølge forfatterne bidro tiltaket til smartere og bedre løsninger for pasient, pårørende og ansatte i hjemmetjenesten. Rent praktisk fungerer tiltaket i Smøla kommune slik at leder i hjemmetjenesten og VA får melding fra sykehus, pårørende, naboer osv. om behov for kartleggingsbesøk. Pasienten får deretter besøk, blir kartlagt og helhetlig vurdert, med påfølgende tverrprofesjonell vurdering av teamet i VA, som så fordeler ansvar i videre oppfølging av pasienten. Rapporten beskriver hvordan de ansattes felles oppmerksomhet mot pasientens beste bedret det tverrprofesjonelle samarbeidet, mens vektlegging av forebygging og tilrettelegging medførte at pasienten kunne bo lenger hjemme og utsette behov for institusjonsplass. Den samme effekten viste seg på antall innleggelser og reinnleggelser i sykehus.

«Ambulante tjenester» eller «ambulante team» er tverrfaglig behandling på spesialisert nivå gitt av et team i eller nær hjemmet, uten at pasienten innlegges i sykehus. Tjenestene kan være gitt fra sykehuset, fra kommunen eller i samarbeid (Ranheim, Flottorp, Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2010). I en systematisk kunnskapsoversikt gjennomgikk Ranheim m.fl. (2010) effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer. De fant at tidlig utskrivning av slagpasienter fra sykehus, med oppfølging hjemme av et tverrfaglig ambulant team i en periode etter utskrivning, synes å redusere grad av avhengighet, liggetid og reinnleggelse i sykehus. Forutsetningen var at overgangene var godt planlagt og koordinert. Forfatterne konkluderer med at ambulante tverrfaglige tjenester synes å gi forbedret helse og livskvalitet og økt tilfredshet med behandlingen for pasienter med hjerneskade, hjertesvikt og KOLS.

«Tverrfaglig vurderingsteam - TVT» er et prosjekt kalt Innovativ Rehabilitering og som er igangsatt ved Helsehuset Indre Østfold medisinske kompetansesenter IK (Eide, Fuglerud & Lauritzen, 2017; Fuglerud, Lauritzen & Eide, 2018, 2019). Formålet

med tiltaket er at et team, bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, lege og sykepleier, skal gjøre en tidlig vurdering av den enkeltes funksjon og koordinere og igangsette rehabiliteringstjenester. Prosjektet følgeforskes (Eide m.fl., 2017; Fuglerud m.fl., 2018, 2019), og en foreløpig rapport konkluderer med at prosjektet så langt har vært vellykket. Det er godt organisert, strukturert og ledet, det er jobbet godt med å involvere ulike aktører og å forankre prosjektet i den utfordrende kommunestrukturen, og det har vært god brukerinvolvering på flere nivåer. TVT bidrar til koordinering, samhandling og tidlig vurdering og igangsetting av tiltak, og erfaringene med bruk av teknologi viser at bruk av videokonferanse kan bidra til bedre samhandling, kompetanse- og informasjonsutveksling. Erfaringene fra bruk av spill og virtuell trening tyder på at det er motiverende og at det derved kan bidra til intensitet i treningen.

Omfattende geriatrik vurdering (OGV) (på engelsk: Comprehensive Geriatric Assessment) er en tverrfaglig kartleggingsprosess der medisinske og psykososiale forhold, samt funksjonsnivå, hos skrøpelige eldre blir kartlagt for å utvikle en koordinert og helhetlig plan for behandling og langsiktig oppfølging (Ward & Reuben, 2016). OGV har vist seg å øke sannsynligheten for å overleve og for at pasientene utskrives til eget hjem etter innleggelse på sykehus (Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neill & Langhorne, 2011). I en norsk studie fant Prestmo m.fl. (2015) at eldre pasienter med hoftebrudd som ble innlagt til OGV i en geriatrik avdeling førte til bedret mobilitet sammenlignet med vanlig ortopedisk behandling.

5.5.3 LÆRINGSNETTVERK FOR GODE PASIENTFORLØP

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og KS besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp (Bakke m.fl., 2016; de Vibe m.fl., 2016). Ett av disse nettverkene retter seg mot eldre og kronisk syke. Læringsnettverkene blir beskrevet som felles kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner, der det blir arrangert samlinger for å dele idéer, spørsmål og kunnskap (Bakke m.fl., 2016). Dette skal dels føre til utvikling av helhetlige pasientforløp i kommunene og dels til at det blir utviklet relevante verktøy og metoder til bruk i kommunenes arbeid med slike helhetlige pasientforløp. Læringsnettverkene har som mål å støtte kommunene og helseforetakene i å utvikle gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke. Dette skal skje gjennom systematisk oppfølging og ved å utforme tjenestene sammen med den enkelte pasient. Tre virkemidler er sentrale:

1. *Fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?»*
Dette perspektivskiftet er omtalt tidligere i dette kapitlet (pkt 5.1.3).
2. *Utvikle helhetlige pasientforløp*
Dette virkemidlet bygger på erfaringene med utskrivnings- og oppfølgingsprogrammet «Helhetlige pasientforløp i hjemmet» (HPH) i Trondheim/Surnadal (se 5.5.1 i oppsummeringen) (Røsstad m.fl., 2013; Trondheim kommune, 2014; Håland m.fl., 2015; Røsstad m.fl., 2015; Røsstad, 2016; Røsstad m.fl., 2016). I programmet ble det utviklet sjekklister ved definerte stoppunkt i pasientforløpet for å sikre systematisk vurdering av pasientens behov og samhandling med pasientens fastlege. Det er også utviklet en veileder for lokale prosjekter i kommunene med en rekke nyttige lenker, prosedyrer og sjekklister (Grimsmo, 2012).

3. *Systematisk oppfølging av kvaliteten på pasientforløpene*

Det tredje virkemidlet er en systematisk oppfølging fra tjenesteyterne av kvaliteten på pasientforløpene. I dette arbeidet blir Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring brukt i veiledningen av kommunene og sykehusenes forbedringsteam (Folkehelseinstituttet, u.å.). Denne modellen består av fem faser: (1) forberede; (2) planlegge; (3) utføre; (4) evaluere; (5) følge opp, der hver av fasene inneholder trinn med anbefaling av hvilke aktiviteter som er viktig å gjennomføre for å lykkes med forbedringsarbeidet (de Vibe m.fl., 2016; Folkehelseinstituttet, u.å.). Det understrekes imidlertid at dette bare er én modell å jobbe ut ifra, noe som innebærer at kommuner som allerede har verktøy for kvalitetsforbedring, gjerne kan fortsette å bruke disse.

I et notat om kvalitetsutvikling, som skal utgjøre en del av grunnlaget for å evaluere effekten av læringsnettverkene, oppsummerer de Vibe m.fl. (2016) planleggingen og gjennomføringen av to læringsnettverk for eldre og kronisk syke. De fant at deltakernes erfaringer var gode og at det er indikasjoner på at læringsnettverket har bidratt til en retningsendring med økt oppmerksomhet på å gi tjenester ut ifra det som er viktig for pasienten. Det er utarbeidet et kompendium for alle som deltar i læringsnettverket (KS & Folkehelseinstituttet, 2018). Dette skal gi forbedringsteam i kommuner og på sykehus en oversikt over arbeidet som skal gjøres og synliggjøre sammenhenger og helhet.

Nilsen m.fl. (2019) har undersøkt sykepleieres opplevelser av implementering og bruk av standardiserte sjekklister som ble utviklet innen læringsnettverket for gode pasientforløp. Sjekklister skulle sikre overganger mellom sykehus og hjem, og innad i kommunene for eldre pasienter. Data ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervjuer, der til sammen 18 sykepleiere i hjemmetjenesten deltok. Forfatterne fant at ledere hadde en sentral rolle ved tilrettelegging for en vellykket implementering og at det fremstod som viktig å involvere de ansatte i prosessen. Å få friske midler for å få tiltaket med sjekklister i drift, var også sentralt for et godt resultat. Sjekklister ble sett som et nyttig verktøy for sykepleierne for å forbedre overganger for eldre pasienter, under forutsetning av at de var tilpasset hver enkelt kommune og de ansattes arbeidsrutiner. Samtidig fant Nilsen m.fl. at listene ofte var for omfattende og tidkrevende, og det ble sett som nødvendig å korte dem ned for å kunne bruke dem kontinuerlig. Sjekklister kunne gi en god oppfølging av eldre pasienter i overganger, men måtte da kunne tilpasses individuelt. Etter forfatterens vurdering krevde det omfattende kompetanse av helsepersonellet hvis listene skulle brukes etter sin hensikt.

6 AVSLUTNING

Temaområdet for denne kunnskapsoppsummeringen, sammenheng og overganger i tjenestene for personer som er i målgruppa for kvalitetsreformen Leve hele livet, er svært omfattende og komplekst. Det bærer også dette dokumentet preg av. Oppsummeringen identifiserer en rekke faglige, juridiske og politiske dokumenter som har betydning for sammenheng og overganger i tjenestetilbudet til eldre og deres pårørende. Med bakgrunn i forskningslitteratur presenteres sentrale utfordringer når det gjelder å tilrettelegge for gode pasientforløp og overganger i tjenestene. I tillegg presenteres og omtales en rekke tiltak og løsningsforslag som er igangsatt og til dels prøvd ut for å bedre sammenhengen i tjenestene. Samlet sett gir oppsummeringen innsikt i en rekke ulike føringer, utfordringer og tiltak som forventes å ha relevans for kommunenes videre arbeid mot reformens overordnede målsetting: å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud som kan bidra til økt kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet i pasientforløpet til eldre og deres pårørende.

7 LITTERATUR

- 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
- Alnes, R. E., Berg, H., Krøvel, B., & Blindheim, K. (2019). «Du har på en måte hatt besøk, vet du!»: En kvalitativ studie om videokommunikasjon mellom beboere og pårørende i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-9. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2019-02-
- Andersen, K. L., Strøm, A., Korneliussen, K., & Fagermoen, M. S. (2016). Pårørende til hjemmeboende med hjertesvikt: «Medarbeidere» i ukjent tjenesteterrang. *Sykepleien Forskning* 2016 11(2)(158-165), 11(2), 158-165. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.57818
- Andreassen, S. D., & Hellzen, O. (2012). *Velferdsteknologi og hjemmeboende eldre: Hvilke gevinster er oppnådd med velferdsteknologi som kommunikasjonsstøtte for hjemmeboende eldre i kommunehelsetjenesten? Og hva kan påvirke utbyttet?: En systematisk litteraturstudie* (HINT rapport nr 79). Hentet fra <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:584475/FULLTEXT01.pdf>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Ask, H., Langballe, E. M., Holmen, J., Selbæk, G., Saltvedt, I., & Tambs, K. (2014). Mental health and wellbeing in spouses of persons with dementia: The Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*, 14(1), 413.
- Askim, J., Flølo, J., Ramsli, H., & Sivertsen, T. (2010). *I gode og onde dager: Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten* (KS FoU-prosjekt nr 094020). Hentet fra <https://www.pwc.no/no/offentlig-sektor/publikasjoner/samhandling-ny.pdf>
- Aspelund, G., Dyrkorn, K., & Anker, J. (2011). *Følgerevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer - Tillitspersonforsøket, 2009-2011: Sluttrapport*. Oslo: Rambøll. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/1897/sluttrapport-evaluering-av-tillitspersonforsoket.pdf>
- Averøy, Gjemnes, Kristiansund, Smøla, Tingvoll, Helse Møre og Romsdal, & Høgskolen i Molde. ([u.å.]). *Helhetlig pasientforløp*. Hentet fra <https://helhetligpasientforlop.wordpress.com/om-prosjektet/>
- Bakke, T., de Vibe, M., & Vege, A. (2016). *Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus: Notat om kvalitetsutvikling nr. 3*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2016/sentrale-elementer-i-laringsnettverket-for-gode-pasientforlop-ved-psykisk-helse-og-rus.pdf>

- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Prop. 12 S (2016–2017): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp20162017001200odddpdfs.pdf>
- Bergh, S., Michelet, M., & Strandenes, M. G. (2017). *Overganger og brudd i pasientforløp for eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater: Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport3_overganger_brudd_pasientforlop_eldre.pdf
- Bergmo, T. S., Berntsen, G. K., Dalbakk, M., & Rumpsfeld, M. (2015). The effectiveness and cost effectiveness of the PATient-Centred Team (PACT) model: Study protocol of a prospective matched control before-and-after study. *BMC Geriatrics*, 15(133). doi: 10.1186/s12877-015-0133-x
- Bergsagel, I. (2017). Teknologihjelp på nett for hjemmeboende. Hentet fra <https://sykepleien.no/en/node/60336>
- Berntsen, G. K., Høyem, A., & Gammon, D. (2014). *Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted: Pasientforløp ved langvarige og komplekse behov i Troms- og Ofoten (NST-rapport 7/2014)*. Hentet fra http://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NST-rapport_2014-07_Helsetjenesten_sett_fra_pasientens_staasted.pdf
- Berthelsen, C. B., & Kristensson, J. (2015). The content, dissemination and effects of case management interventions for informal caregivers of older adults: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(5), 988–1002. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.006>
- Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A., & Nilssen, E. (2013). *Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene (Rapport 2-2013)*. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/9502/Rapport%202-2013%20Berven%2c%20Ludvigsen%2c%20Christensen%20og%20Nilssen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bjerkan, J. (2015). *ICT in ICP: Analysing user participation in testing of a web-based tool for Individual Care Plans*. (Doktorgrad). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Medisinsk fakultet. Hentet fra <https://core.ac.uk/download/pdf/52123324.pdf>
- Bjerkan, J., Hedlund, M., & Hellesø, R. (2015). Patients' contribution to the development of a web-based plan for integrated care - a participatory design study. *Informatics for Health and Social Care* 40(2), 167–184. doi: 10.3109/17538157.2014.907803
- Bjerkan, J., Richter, M., Grimsmo, A., Hellesø, R., & Brender, J. (2011). Integrated care in Norway: The state of affairs years after regulation by law. *Int J Integr Care*, 11. doi: 10.5334/ijic.530
- Bjerkan, J., Vatne, S., & Hollingen, A. (2014). Web-based collaboration in individual care planning challenges the user and the provider roles - toward a power transition in caring relationships. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 561–572. doi: 10.2147/JMDH.S70470

- Bjørnsen, S. H. (2015). *Samhandlingsreformens påvirkning på reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter, via reduksjon i liggedager, i sammenheng med kommunale faktorer*. (Masteroppgave, Universitetet i Bergen, Institutt for økonomi). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/10470>
- Blindheim, K., Thorsnes, S. L., & Brataas, H. V. (2016). Pårørende trenger støtte. *Sykepleien*, 104(1), 42-45. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56188
- Bollig, G., Ester, A., & Landro, I. S. (2010). Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkomst på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 304-311. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0017
- Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D., & Foss, C. (2014). Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital. *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 155-168. doi: 10.1111/hsc.12071
- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 26-33. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56830
- Brattheim, B. J., & Osmundsen, T. (2016). *Samhandling med IKT (SIKT) 229623: Sluttrapport til Forskningsrådet*. Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername=C ontent-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Slutt rapportprosjekt229623.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508156485&ssbinary=true>
- Briseid, K. (2019). Personorientering i en norsk velferdsstatskontekst. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(1), 1-17. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2019-01-09
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester* (Person-centred dementia care). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Brovold, I. L. (2013). "Helhetlig pasientforløp i eget hjem": En modell for fremtiden? (Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for samfunnsmedisin). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/281608/Masteroppgave_Inger%20Lene%20Brovold.pdf?sequence=1
- Brownie, S., Horstmanshof, L., & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1654-1666. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.011
- Bøgmose, J., & Martinsen, B. (2019). «Jeg mangler en halvdel»: Ægtefællers oplevelse af plejehjemsflytning. *Klinisk Sygepleje*, 33(3), 191-205. doi: 10.18261/issn.1903-2285-2019-03-0
- Crawford, K., Digby, R., Bloomer, M., Tan, H., & Williams, A. (2015). Transitioning from caregiver to visitor in a long-term care facility: The experience of caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 19(8), 739-746. doi: 10.1080/13607863.2014.962008

- Dalbakk, M. M., Olsen, A. G., & Bergmo, T. S. (2016). Pasientsentrert helsetjenestetsteam - en samarbeidsmodell mellom kommune og helseforetak. *Utposten*, 45(1), 44-48. Hentet fra http://www.utposten.no/Portals/14/2016Utposten/UP1_16/44_48_Pasientsentrert%20helsetjenestetteam_Utposten_1_2016_oppslag.pdf
- Dale, B., & Hvalvik, S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: Home nursing leaders' experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 379-389. doi: 10.2147/JMDH.S51947
- Danielsen, B. V., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 5(1), 28-34. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0021
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R., & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2444230>
- Daudt, H. M., van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(48). doi: 10.1186/1471-2288-13-48
- de Vibe, M., Udness, E., & Vege, A. (2016). *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011-2015* (Notat om kvalitetsutvikling nr. 4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2016/gode-pasientforlop-eldre-og-kroniske-syke.pdf>
- Deloitte, & Høgskolen i Sørøst-Norge. (2016). *Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid: Sluttrapport* (KS FoU-prosjekt nr. 154013). Hentet fra <https://www.napha.no/attachment.ap?id=2911>
- Den norske legeforening. (2015). *Sammen for en bedre primærhelsetjeneste: Legeforeningens oppfølging av Stortingsmelding 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/226247/Sammen%20ofor%20oen%20bedre%20prim%C3%A6rhelsetjeneste.pdf>
- Departementene. (2016). *Flere år - flere muligheter: Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf
- Drageset, I., Normann, K., & Elstad, I. (2012). Familie og kontinuitet: Pårørende forteller om livsløpet til personer med demenssykdom. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1). doi: 10.7557/14.2328
- Dyrstad, D. N., Laugaland, K. A., & Storm, M. (2015). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge - exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1693-1706. doi: 10.1111/jocn.12773
- Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K., & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*, 17(15), 15-34. doi: 10.1007/s10111-014-0300-4

- Egset, A. S., Straume, K., & Giskeødegård, M. F. (2015). Inn på tunet: Innovative dagaktivitetstilbud til personar med demens?
- Eide, H., Fuglerud, K. S., & Lauritzen, B. H. (2017). *Innovativ rehabilitering i Indre Østfold: Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering: Følgeevaluering: Delrapport 1*. Hentet fra <http://www.iomk.no/getfile.php/4391358.2098.altmwb7is77zjw/Evalueringsrapport+fra+f%C3%B8lgeforskere+2017.pdf>
- Eika, M., Espnes, G. A., Söderhamn, O., & Hvalvik, S. (2014). Experiences faced by next of kin during their older family members' transition into long-term care in a Norwegian nursing home. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 23(15-16), 2186-2195. doi: 10.1111/jocn.12491
- Eines, T. F., Grønvik, C. U., Rødal, J. H., & Sandsmark, M. (2019). *Virtuell Avdeling i Smøla kommune: Smartere og bedre samhandling for hjemmeboende multisyke eldre?* (Rapport nr. 1904). Hentet fra http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=FDD44446F5CD42C1859936D6563B1976
- Ekehaug, H. K. (2017). *Frivillige og kommune hand i hand for betre kontinuitet og samhandling – ny giv i pårørandearbeidet: Pårørandeprojektet – involvering og støtte av pårørende*. Hentet fra <https://damnett.no/internal/rest/public/attachments/65628926>
- Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D., & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 343. doi: 10.1136/bmj.d6553
- Engbråten, A. L. (2015). *"Fra skadebegrensning til tjenesteutvikling": Evaluering av langturnus i Lillevollen bofelleskap i Bodø kommune*. Hentet fra <http://docplayer.me/8728452-Fra-skadebegrensning-til-tjenesteutvikling.html>
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse Akademisk.
- Ferrah, N., Ibrahim, J. E., Kipsaina, C., & Bugeja, L. (2018). Death Following Recent Admission Into Nursing Home From Community Living: A Systematic Review Into the Transition Process. *Journal of Aging and Health*, 30(4), 584-604. doi: 10.1177/0898264316686575
- Fitzpatrick, J. M., & Tzouvara, V. (2019). Facilitators and inhibitors of transition for older people who have relocated to a long-term care facility: A systematic review. *Health & Social Care In The Community*, 27(3), e57-e81. doi: 10.1111/hsc.12647
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). Kvalitetsforbedring. Hentet 27. desember 2016 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring>
- Fonareva, I., & Oken, B. S. (2014). Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26(5), 725-747.

- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportmedomslag.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508155692&cssbinary=true>
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. (2010). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. (2012). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter*. (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>
- 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). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om pasientjournal*. (2000). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Foss, C., & Hofoss, D. (2011). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 68-73. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.025
- Foss, C., Hofoss, D., Romøren, T. I., Bragstad, L. K., & Kirkevold, M. (2012). Eldres erfaringer med utskrivning fra sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 324-333. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0154
- Fossestøl, B. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene Forskning*, (2), 55-66. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/99049/SKMBT_C65214010809240.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fredheim, K. M., Lillesveen, B., Nordengen, W., Røen, I., & Bergh, S. (2017). *SAM-AKS: Rapport over den kliniske delen av prosjektet fra 2010 til 2016*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/Documents/SAM-AKS%202017.pdf>
- Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2018). *Innovativ rehabilitering i Indre Østfold: Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering: Følgeevaluering: Delrapport 2*. Hentet fra <http://www.iomk.no/getfile.php/4391363.2098.7swblbiilskspj/Rapport+F%C3%B8lgeevaluering+2018+-+Innovativ+rehabilitering.pdf>
- Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2019). *Innovativ rehabilitering i Indre Østfold: Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering: Følgeevaluering: Delrapport 3*. Hentet fra <http://www.iomk.no/getfile.php/4458877.2098.nuplwlwspklpni/Fuglerud+Lauritsen+Eide+Rapport+F%C3%B8lgeevaluering-Innovativ+Rehabilitering+Indre+%C3%98stfold+2018.+170419docx+%28002%29.pdf>

- Førland, O. (2011). *Evaluering av prosjektet «Trygg overføring»: Et samhandlingsprosjekt om inn- og utskrivning av eldre pasienter mellom sykehus og kommunale hjemmetjenester* (Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 2). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144336/forland.pdf?sequence=1>
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88-94. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVA Rapport 8/13). Hentet fra http://www.hioa.no/content/download/45485/674778/file/6986_1.pdf
- Gjerde, I., Meese, J., Rønhovde, L., & Aarseth, T. (2014). *Helhetlige pasientforløp i utvikling: Del 2* (Arbeidsnotat 2014:3). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/209540/WP_2014_03.pdf
- Gjerde, I., Meese, J., Rønhovde, L., Stokke, I., & Aarseth, T. (2012). *Helhetlig pasientforløp i utvikling: Del 1* (Arbeidsnotat 2012:7). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/153715/WP_2012_07.pdf?sequence=1
- Gjerde, I., Torsteinsen, H., & Aarseth, T. (2015). Kommunenes møte med samhandlingsreformen: Om grensekryssinger med og uten kart. I Ø. Strand, H. Yndestad & E. Nettet (Red.), *Fragmentering eller mobilisering?: Regional utvikling i Nordvest: Fjordantologien 2014* (s. 65-86). Oslo: Forlag1.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romøren, T. I., & Landmark, B. F. (2014). Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 553-563. doi: 10.1111/jan.12214
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348. doi: 10.1136/bmj.g3725
- Grimsmo, A. (2012). *Veien frem til helhetlig pasientforløp*. Hentet fra <https://www.nhn.no/tema/helhetlig-pasientforlop/documents/utvikling-av-pasientforlop-stottet-av-elektronisk-samhandling.pdf>
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 148-155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053
- Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 135(17), 1528. doi: 10.4045/tidsskr.15.0810
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 3-12. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2433316>
- Grimsmo, A., & Løhre, A. (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*, 43(4), 14-17. Hentet fra http://www.utposten.no/portals/14/2014utposten/up4_14/14_17_komm%20hj%20doegntilbud_utp_4_2014_oppslag.pdf
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I., & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 78-87. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02

- Grut, L., Fauske, A. L. B., & Kraver, I. J. (2016). *Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten: Erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune*. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a27853-kunnskapsstatus-horten_ruteplanlegging.pdf
- Hagerup, V., & Johansen, I. E. (2017). *Tid som gave – frivillighetsprosjekt: Sluttrapport*. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/getfile.php/3896775.1875.fddypstueb/SLUTTRAPPORT+-+juni+2017.pdf>
- Hainstock, T., Cloutier, D., & Penning, M. (2017). From home to 'home': Mapping the caregiver journey in the transition from home care into residential care. *Journal of Aging Studies*, 43, 32-39. doi: 10.1016/j.jaging.2017.09.003
- Handeland, J. A., & Tveit, B. (2015). «Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!»: En kvalitativ undersøkelse av sykepleieres muligheter og begrensninger for skjønnsutøvelse når pasienter skal utskrives fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(1), 35-48. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3478>
- Hauger, B. (2009). *Over terskelen: Demensprosjektet i Trondheim kommune: Arbeidslag i hjemmetjenesten: Ambulerende dagtilbud*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Haukelien, H., Vike, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer* (TF-rapport nr. 362). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>
- Heimly, V., & Hygen, J. H. (2011). The Norwegian Coordination Reform and the Role of Electronic Collaboration. *electronic Journal of Health Informatics*, 6(4). Hentet fra <http://www.ejhi.net/ojs/index.php/ejhi/article/view/176>
- Hellesø, R., & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: Implications for continuity of care. *Int J Integr Care*, 10. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20422021>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *St.meld. nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer: Omsorgsplan 2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm20052006002500odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015: "Den gode dagen"*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*. Hentet fra <https://www.stfk.no/upload/eTr%C3%B8ndelag/eForum%2023.03.2011/Samspill%202.0%20strategiplan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4foe16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm20082009004700odddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Meld. St. 16 (2010–2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Samhandlingsreformen: Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak: Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonale-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011c). *Prop. 91 L (2010–2011): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4coe34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). *Meld. St. 9 (2012–2013): Én innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ado4cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). *Meld. St. 10 (2012–2013): God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48ao7c103/no/pdfs/stm20122013001000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld. St. 29 (2012–2013): Morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014a). *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta--ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-0/id528748/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014b). *HelseOmsorg21: Et kunnskapssystem for bedre folkehelse: Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Meld. St. 26 (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffbo2a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Meld. St. 11 (2015–2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015d). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fb9cb7/omsorg_2020.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015e). *Prop. 15 S (2015–2016): Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab21f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp20152016001500odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015f). *Prop. 1 S (2015–2016): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): For budsjettåret 2016*. Hentet fra https://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2016/dokumenter/pdf/hod.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a). *Meld. St. 15 (2017–2018): Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm20172018001500odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b). *Meld. St. 11 (2018–2019): Melding til Stortinget: Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm20182019001100odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet, & KS. (2019). *Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023_hellesfelleskap_avtale.pdf
- Helse- og omsorgskomiteen. (2007). *Innst. S. nr. 150 (2006–2007): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens omsorgsutfordringer (Mestring, muligheter og mening)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2006-2007/inns-200607-150.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2010). *Innst. 212 S (2009–2010): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*. Hentet fra <https://stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2009-2010/inns-200910-212.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2011). *Innst. 422 S (2010–2011): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2010-2011/inns-201011-422.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2013a). *Innst. 250 S (2012–2013): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om god kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/inns-201213-250.pdf>

- Helse- og omsorgskomiteen. (2013b). *Innst. 477 S (2012–2013): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2012-2013/inns-201213-477.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2015). *Innst. 380 S (2014–2015): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Folkehelsemeldingen – mestrings og muligheter*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-380.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2016a). *Innst. 240 S (2015–2016): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-240.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2016b). *Innst. 206 S (2015–2016): Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-206.pdf>
- Helse- og omsorgskomiteen. (2019). *Innst. 190 S (2018–2019): Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen om om Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2018-2019/inns-201819-190s.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse Møre og Romsdal. (2019). *Palliativ plan*. Hentet fra <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/palliativ-plan>
- Helsedirektoratet. (2011). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*. Hentet fra <https://slag.no/wp-content/uploads/2016/09/kartlegging-av-individuelle-planer-i-landets-kommuner.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere: Utarbeidet i samarbeid med ELIN-k prosjektet*. Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/sites/kurs.helsekompetanse.no/files/KITH.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Fagrapport: Status, utviklingstrekk og utfordringer på kreftområdet: Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområdet 2013–2017*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/200/Helsedirektoratets-innspill-til-nasjonal-strategi-pa-kreftområdet-2013-2017.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Utredning av "en innbygger – én journal": IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/35589odd2872413b838066702dcdad88/ikt-utfordringsbilde-helse-omsorgssektoren.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Sammen om mestrings: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS-2076)*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestrings-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf>

- Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieill*. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieill.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20oplan%20og%20koordinator.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017c). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2017d). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017e). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2019a). *I trygge hender 24-7: Trygg utskrivning med pasienten som likeverdige partner*. Hentet fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/trygg-utskrivning>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018* (Rapport 6/2019). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/pdf-versjon-av-rapporten/Nasjonal%20kartlegging%20av%20kommunenes%20tilrettelagte%20tjenestetilbud%20til%20personer%20med%20demens%202018.pdf?download=false>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsetilsynet. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen* (Rapport fra Helsetilsynet 1/2016). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf
- Heskestad, R. N., & Aase, K. (2015). En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 380-390. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55993
- Holum, L. C. (2012a). *Fra idé til virkelighet!: Implementering og bruk av individuelle planer i psykisk helsevern – en kvalitativ studie*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38228/dravhandling-holum.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Holum, L. C. (2012b). "It is a good idea, but...": A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International journal of integrated care*, 12.
- Holum, L. C. (2012c). "Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of "individual plans" in Norwegian mental health services. *Nordic Psychology*, 64(1), 44-57. doi: 10.1080/19012276.2012.693725
- Holum, L. C., & Toverud, R. (2013). Kan Individuell plan bidra til bedre koordinerte tiltak for unge med psykiske vansker?. *Fontene Forskning*, (1), 32-45. Hentet fra <http://fonteneforskning.no/pdf-15.19406.0.3.db59ff42eb>
- Hotvedt, K., Fossberg, M., & Garden, M.-H. (2016). *Pårørendesatsing: Pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen*. Hentet fra <https://butikk.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=8399>
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan – anerkjennelse og krenkelse*. (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Trondheim. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/267885/564873_FULLTEXT02.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Huntley, A. L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J. M., & Salisbury, C. (2012). Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. *Annals of Family Medicine*, 10(2), 134-141. doi: 10.1370/afm.1363
- hvakanhjelp.no. Hentet fra hvakanhjelp.no
- Hvalvik, S., & Dale, B. (2015). The Transition from Hospital to Home: Older People's Experiences. *Open Journal of Nursing*, 5(7), 622-631. doi: 10.4236/ojn.2015.57066
- Hveem, P. (2017). Ny nettside: Almas hus har fått sitt virtuelle rom. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/almas-hus-har-f%C3%A5tt-sitt-virtuelle-rom/>
- Håland, E., Røstad, T., & Osmundsen, T. C. (2015). Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services. *Health*, 19(6), 635-651 doi: 10.1177/1363459314567789
- Isaksen, J., Ågotnes, G., Fagertun, A., Jacobsen, F. F., & Obstfelder, A. (2018). *Følgforskning på «Trygghetsstandarden»: En sluttrapport*. Hentet fra https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2581225/Trygghetsstandarden_160119.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Johannessen, A., Engedal, K., & Thorsen, K. (2016). Family Carers of People with Young-Onset Dementia: Their Experiences with the Supporter Service. *Geriatrics*, 1(4), 28. doi: 10.3390/geriatrics1040028
- Johannessen, A., & Thorsen, K. (2018). Personsentrert omsorg i praksis: Fire perspektiver på støttekontaktjenesten i demensomsorgen-en case studie design. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 14(2).

- Johannessen, A., Tretteteig, S., Molvik, I., & Langballe, E. M. (2017). *Pårørende til eldre: Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport5_paarorende_eldre.pdf
- Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A., & Kassah, A. K. (Red.). (2014). *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirchhoff, R., Bøyum-Folkeseth, L., Gjerde, I., & Aarseth, T. (2016). Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 95–106. doi: 10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-04
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A., & Brekk, Å. (2015). Kommuner og helseforetak - ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2), 125–141. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2432158>
- Kirsebom, M., Wadensten, B., & Hedström, M. (2013). Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 886–895. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06077.x
- Kjøes, B. Ø., & Hov, R. (2016). *Evaluering av funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg i Hamar kommune*. Hentet fra <https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/13359678-1485871126/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/Pleie%20og%20omsorg/Finsal/5.%20Rapport%20-%20Evaluering%20av%20arbeidslagsmodellen%202016.pdf>
- Kolstrup, N. (2014). *Sluttrapport fra Troms-Ofoten-prosjektet* (NST-rapport: 04-2014). Hentet fra http://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NST-rapport_2014-04_Troms_Ofoten-prosjektet.pdf
- Kommunehelsesamarbeidet, & Vestre Viken. (2017). «Trygge overganger – fra sykehus til kommune»: *Utvikling av funksjonsorientert pasientforløp*. Hentet fra http://vestregionen.no/resources/helse/dokumentarkiv_khs/asg/2017/khs-styre-20.11.2017/Vedlegg-4-Funksjonsorientert-pasientforlop.pdf
- Kristanti, M. S., Vernooij-Dassen, M., Utarini, A., Effendy, C., & Engels, Y. (2019). Measuring the Burden on Family Caregivers of People With Cancer: Cross-cultural Translation and Psychometric Testing of the Caregiver Reaction Assessment–Indonesian Version. *Cancer Nursing, Publish Ahead of Print*. doi: 10.1097/ncc.0000000000000733
- Kristiansund kommune. ([u.å.]). Tryggere utskriving av pasienter fra sykehjem og sykehus. Hentet fra <https://www.kristiansund.kommune.no/aktuelt/tryggere-utskriving-av-pasienter-fra-sykehjem-og-sykehus.9012.aspx>
- Kristoffersen, D. T., Hansen, T. M., Lindman, A. S., Tomic, O., & Helgeland, J. (2016). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014: Kvalitetsmåling*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.resultater-for-sykehus-og-kommuner-2014>
- KS, & Folkehelseinstituttet. (2018). *Gode pasientforløp: Kompendium*.

- Kvalheim, A., Bjørnethun, Å., Bergflødt, T. E., Mekki, T. E., & Førland, O. (2015). Trygger eldre som skrives ut fra sykehus. *Sykepleien*, 103(8), 54-57. doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.54980
- Kyrkjebø, G., Gjeilo, K. H., & Skolbekken, J.-A. (2019). Slik kan pårørende til intensivpasienter få en mer aktiv rolle.
- Lane, A. M., Hirst, S. P., Hawranik, P., Reed, M. B., & Rokhman, A. (2017). What Do Family Members Really Want When Older Adults Transition to a Nursing Home? *Journal of Gerontological Nursing*, 43(11), 9-14. doi: 10.3928/00989134-20170523-03
- Larsen, L. S., Blix, B. H., & Hamran, T. (2019). Family caregivers' involvement in Decision-making processes regarding admission to nursing homes for persons with dementia. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 19(S1), 1-2. doi: 10.5334/ijic.s3145
- Larsen, L. S., Normann, H. K., & Hamran, T. (2016). Continuity of home-based care for persons with dementia from formal and family caregivers' perspective. *Dementia*, 18(3), 846-863. doi: 10.1177/1471301216682626
- Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2011). Addressing Risk Factors for Transitional Care of the Elderly - Literature review. I S. Albolino, S. Bagnara, T. Bellandi, J. Llana, G. Rosal-Lopez & R. Tartaglia (Red.), *Healthcare systems ergonomics and patient safety* (s. 161-162). London: Taylor & Francis Group.
- Leirbakk, M. J., & Hammer, W. (2017). *Virtuell avdeling 2016*. Hentet fra <http://ush.custompublish.com/getfile.php/3794926.1875.raefrwfcp/Sluttrapport+VA+2016+med+bakside.pdf>
- Lepore, M., Scales, K., Anderson, R. A., Porter, K., Thach, T., McConnell, E., & Corazzini, K. (2018). Person-directed care planning in nursing homes: A scoping review. *International Journal of Older People Nursing*, 13(4), N.PAG-N.PAG. doi: 10.1111/opn.12212
- Lichtwarck, B. (2009). Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID): Et praktisk verktøy i sykehjem for utredning og personalveiledning ved utfordrende atferd ved demens - basert på prinsipper i kognitiv miljøterapi. *Omsorg*, 26(3), 49-53.
- Lichtwarck, B. (2019). *The development and evaluation of TIME - targeted interdisciplinary model for treatment and evaluation of neuropsychiatric symptoms: An effectiveness-implementation cluster randomised hybrid trial in nursing homes*. (Doktoravhandling). University of Oslo, Faculty of Medicine, Oslo.
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š., & Bergh, S. (2019). TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. (Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms)(Report). *BMC Health Services Research*, 19(1). doi: 10.1186/s12913-019-4168-0

- Lichtwarck, B., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š., Lindstrøm, J. C., & Bergh, S. (2018). Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 25-38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.015>
- Lichtwarck, B., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š., Myhre, J., . . . Bergh, S. (2016). TIME - Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial.(Report). *BMC Psychiatry*, 16(1). doi: 10.1186/s12888-016-0944-0
- Lichtwarck, B., Tverå, A.-M., & Røen, I. (2015). *Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens: Manual* (TID - tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens, 2. utg.). Ottestad: Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet.
- Lins, S., Hayder-Beichel, D., Rücker, G., Motschall, E., Antes, G., Meyer, G., & Langer, G. (2014). Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). doi: 10.1002/14651858.CD009126.pub2
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., . . . Mukadam, N. (2017a). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., . . . Mukadam, N. (2017b). Demens - forebygging, behandling og omsorg. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.
- Ljunggren, B., Solbjør, M., & Kleiven, H. H. (2015). Strukturering av oppdragsnettverk: Om samhandlingsreformens avtaleprosesser. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 13-36.
- Lotterud, T. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på samhandling og pasienter: En studie av en kommune i Akershus*. (Masteroppgave, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Handelshøyskolen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/217357>
- Lunde, S. A. E. (2017). Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende. *Sykepleien Forskning*, 12(11). Hentet fra doi:10.4220/Sykepleienf.2017.63670
- Lyngstad, M. (2015). *Bridging the Gap – Electronic Messaging between Home Health Care and General Practitioners*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-52175>
- Løhre, A., & Grimsmo, A. (2015). Prosjekt 220553: *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS): Sluttrapport EVASAM*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Sluttrapportprosjekt220553.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274508156437&cssbinary=true>

- Manias, E., Bucknall, T., Hughes, C., Jorm, C., & Woodward-Kron, R. (2019). Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 95. doi: 10.1186/s12877-019-1102-6
- Martens, C. T., & Veenstra, M. (2015). *Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune: Fra dialog til avviksmelding?* (NOVA Rapport 9/2015). Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/105721/2478429/file/Nettutgave-Rapport-9-15.pdf>
- Meese, J., & Rønhovde, L. (2015). Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og læring i forbindelse med samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 86-108.
- Melby, L., Brattheim, B. J., & Hellesø, R. (2015). Patients in transition - improving hospital-home care collaboration through electronic messaging: Providers' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3389-3399. doi: 10.1111/jocn.12991
- Melby, L., Das, A., Halvorsen, T., & Steihaug, S. (2017). *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg*. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/20.3.17-rapport-lindrende-behandling_revidert-i-versjonsbeskrivelse-og-i-5.2-002.pdf
- Melby, L., & Tjora, A. H. (Red.). (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Melkerud, A.-G. (2019). – Vi må sikre trygg utskrivning. Hentet fra <https://sykehuset-ostfold.no/nyheter/-vi-ma-sikre-trygg-utskrivning>
- Mesteig, M., Helbostad, J. L., Sletvold, O., Røsstad, T., & Saltvedt, I. (2010). Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: A prospective observational study. *BMC Health Services Research*, 10(1). doi: 10.1186/1472-6963-10-1
- Moland, L. E., & Bråthen, K. (2012). *Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger* (FAFO rapport 2012:14). Hentet fra https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20241.pdf
- Møller, G., & Flermoen, S. (2010). *Samhandling mellom kommuner og helseforetak: Erfaringer fra Midt-Telemark* (TF-rapport nr. 266). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/1809.pdf>
- Nakrem, S., & Hynne, A. B. (2017). Pårørende en betinget ressurs? En kvalitativ studie av pårørende til langtidsbeboere i sykehjem sine erfaringer av egen rolle. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 165-175. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2017-03-0
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2017). *Etablering og drift av kurs for pårørende til innvandrere med demens: Inspirasjonshefte*. Hentet fra https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Inspirasjonshefte_hefte.pdf
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2019a). VIPS praksismodell: Implementering av personsentrert omsorg i praksis. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>

- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2019b). Personsentrert demensomsorg. Hentet fra <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-demensomsorg>
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2019c). Lansert: Hukommelsesstimulerende terapi for personer med demens i Norge. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/fredag-lanseres-hukommelsesstimulerende-terapi-personer-med-demens-i-norge/>
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2019d). Demensomsorgens ABC. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/abc/demensomsorgens-abc/>
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2019). Aktivitetsvenn. Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvenn-for-personer-med-demens/>
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. (2015). *Råd for veien videre: Sluttrapport*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/83a1403c437249409e4fe3fcfe3f9ab4/sluttrapport_nasjonaltnettverk_samhandlingsreformen.pdf
- NIFU. (2015). *FoU-statistikk 2015: Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus*. Hentet fra http://www.nifu.no/files/2015/11/Vedlegg2015-HF_VI.pdf
- Nilsen, E. R., Söderhamn, U., & Dale, B. (2019). Facilitating holistic continuity of care for older patients: Home care nurses' experiences using checklists. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3478-3491. doi: 10.1111/jocn.14940
- Nordberg, M. (2015). Innleggelsesrapport utfordrer sykepleiekontinuiteten. *Sykepleien*, 103(2), 50-53. doi: 10.4220/sykepleiens.2015.0003
- Norsk sykepleierforbund, & KS. (2011). *ELIN-k prosjektet: Sluttrapport: Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*. Hentet fra http://www.kith.no/upload/6313/elin-k_sluttrapport_vi.o.pdf
- Nærdal, B. (2017). *Tiltakspakke demens: Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende: Evalueringsrapport fra syv kommuner*. Hentet fra <https://butikk.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=9139>
- Olsen, R. M. (2013). *Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter* (Doktoravhandling, Mittuniversitetet, Institutionen för Hälsovetenskap). Hentet fra <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:628706/FULLTEXT01.pdf>
- Olsen, R. M., Hellzén, O., & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: Prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *Int J Integr Care*, 13(1). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.879>
- Olsson, A., Engström, M., Skovdahl, K., & Lampic, C. (2012). My, your and our needs for safety and security: Relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1), 104-112.

- Oppedal, B., Askheim, C., & Haldar, M. (2019). *Erfaringer med KOMP som velferdsteknologi*. Hentet fra <https://skriftserien.hioa.no/index.php/skriftserien/article/view/628/144>
- Ose, S. O., & Slettebak, R. T. (2014). *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon*. Trondheim: SINTEF. Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-a25834.pdf>
- Oslo Bydel Østensjø, & Comte Bureau. (2017). *Demensvennlige hjemmetjenester: Hvordan sikrer vi kontinuitet, forutsigbarhet og helhetlige tjenester for personer med demens?* Hentet fra https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/SLUTTRAPPORT_DEMENSVENNLIGEHEMMETJENESTER_01.11.17.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, B., & Grimsmo, A. (2008). *God vilje – dårlig verktøy: Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre* (SINTEF A7877). Hentet fra <http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A7877>
- Paulsen, B., Romøren, T. I., & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care*, 13(1). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.858>
- Pham, M. T., Rajic, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A Scoping Review of Scoping Reviews: Advancing the Approach and Enhancing the Consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371-385. doi: 10.1002/jrsm.1123
- Pontoppidan, B. (2014). Det svære valg. Hustruers opplevelse, når aegtefaellen skal på plejehjem [The difficult choice. The wives' experiences when their husbands are moved to a nursing home]. *Klinisk Sygepleje*, 28(1), 63-74.
- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., . . . Saltvedt, I. (2015). Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9978), 1623-1633. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62409-0
- Preyde, M., & Brassard, K. (2011). Evidence-based Risk Factors for Adverse Health Outcomes in Older Patients after Discharge Home and Assessment Tools: A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 8(5), 445-468. doi: 10.1080/15433714.2011.542330
- Ranheim, T., Flottorp, S., Austvoll-Dahlgren, A., & Johansen, M. (2010). *Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer* (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 07 – 2010). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-tverrfaglige-ambulante-tjenester-for-pasienter-med-kroniske-sykdommer>
- Rieper, O., & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens*. København: AKF Forlaget. Hentet fra https://www.kora.dk/media/272233/udgivelser_2007_pdf_metodedebat_evidens.pdf

- Riksrevisjonen. (2016). *Dokument 3:5 (2015–2016): Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>
- Riksrevisjonen. (2017). *Dokument 3:2 (2017–2018): Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten*. Hentet fra <https://riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-helseforetakenes-praksis-for-utskrivning-av-pasienter-til-kommunehelsetjenesten/>
- Rokstad, A. M. M., Døble, B. S., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Benth, J. Š., & Selbæk, G. (2017). The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2), n/a-n/a. doi: 10.1111/opn.12139
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rusdal, M., & Aase, K. (2013). Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold. *Sykepleien Forskning*, 8(2), 124-130. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0050
- Røhne, M., Grut, L., Ausen, D., Thaqi, E., Andersen, G. I., & Sandåker, T. (2018). *Planlegging av arbeidslister i hjemmetjenesten: Erfaringer fra OPTET-prosjektet i Sandefjord kommune*. Hentet fra https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2491805/Rapport%2bSandefjord_ny.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Røhne, M., Nedkvitne, S., & Sælen, L. (2017). *FRISKUS - koordineringsplattform for helseforebygging og helsefremming: Erfaringer fra Førde, Voss og Naustdal kommune*. Hentet fra <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2478906/SINTEF%2b2017-00903.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Røsstad, T. (2016). *Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after hospital discharge: A cluster RCT with nested qualitative studies of development and implementation*. (Doktoravhandling, Norwegian University of Science and Technology, Department of Public Health and General Practice). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L., & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15(86). doi: 10.1186/s12913-015-0751-1
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O., & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13(121). doi: 10.1186/1472-6963-13-121

- Røsstad, T., Salvesen, Ø., Steinsbekk, A., Grimsmo, A., Sletvold, O., & Garåsen, H. (2016). Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after discharge from hospitals: A cluster randomised trial. I T. Røsstad (Red.), *Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after hospital discharge: A cluster RCT with nested qualitative studies of development and implementation* (s. [147-167]). (Doktoravhandling, Norwegian University of Science and Technology, Department of Public Health and General Practice). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.
- Røsvik, J., & Mjørud, M. (2017). *VIPS-manualen for ledere: Personsentrert ledelse fra visjon til praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Sainio, J., & Hansebo, G. (2008). Att flytta till sjukhem — en ny fas i livet: En intervjustudie. *Vard i Norden*, 28(2), 27-31. doi: 10.1177/010740830802800207
- Sinnott, C., McHugh, S., Browne, J., & Bradley, C. (2013). GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: Systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 3(9). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003610
- Sjetne, I. S., & Holmboe, O. (2014). *Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre: Resultater i 2014 og utvikling over tid* (PasOpp-rapport nr. 4). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/pasopp_rapporter/fastlegers-vurdering-av-distriktpsikiatriske-sentre_2014.pdf
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., Edvardsson, D., Sjögren, K., ... Edvardsson, D. (2012). Psychometric evaluation of the Swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 24(3), 406-415. doi: 10.1017/S104161021100202X
- Smebye, K. L. (2017). *Decision making in dementia care: A qualitative study*. (Doktorgrad). Universitetet i Oslo, Det medisinske, fakultet, Oslo.
- Smebye, K. L., & Kirkevold, M. (2013). The influence of relationships on personhood in dementia care: A qualitative, hermeneutic study. *BMC Nursing*, 12(29). doi: 10.1186/1472-6955-12-29
- Smebye, K. L., Kirkevold, M., & Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Services Research*, 12(241). doi: 10.1186/1472-6963-12-241
- Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 345. doi: 10.1136/bmj.e5205
- Spector, A. (2018). *Hukommelsessimulerende terapi: Mestring og muligheter: Et evidensbasert gruppeprogram for å gi hukommelsessimulerende terapi (HST) til personer med demens* (Making a difference : an evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia : the manual for group leaders). Oslo: Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Språktidningen. (2016). Veckans nyord: Grå litteratur. Hentet 14. januar 2018 fra <http://spraktidningen.se/blogg/veckans-nyord-gra-litteratur>

- Storm, M., Groene, O., Testad, I., Dyrstad, D. N., Heskestad, R. N., & Aase, K. (2014). Quality and safety in the transitional care of the elderly (phase 2): The study protocol of a quasi-experimental intervention study for a cross-level educational programme. *BMJ Open*, 4(7). doi: 10.1136/bmjopen-2014-005962
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *Int J Integr Care*, 14. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027895/>
- Strandli, E. H. A., Skovdahl, K., Kirkevold, Ø., & Ormstad, H. (2016). Inn på tunet – et helsefremmende tilbud: En studie om ektefellers opplevelse med dagaktivitetstilbud for personer med demens. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 202-211. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-03-06
- Straumann, G. H., & Vist, G. E. (2015). *Effekt av time-samme-dag i primærhelsetjenesten*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/notat_2015_time_samme_dag.pdf
- Strøm, B. S., Engedal, K., Benth, J. S., & Grov, E. K. (2017). Effect of the Sonas Programme on Communication in People with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(1), 122-135. doi: 10.1159/000468147
- Sula kommune. (2019). *Palliativ plan – ei nasjonal satsing?* [Brev til Helsedirektoratet, sendt 3. mai 2019].
- Sægrov, S. (2015). Sjukepleiernes arbeid med individuell plan for krefttramma. 10(1), 54-61. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53406
- Sørly, R. (2017). *Brukermedvirkning i demensomsorgen: En oppsummering av kunnskap*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/brukermedvirkning/brukermedvirkning-i-demensomsorgen/attachment/256691?download=true&ts=15e60ebc7c7>
- Sørvoll, J., & Hansen, T. (2019). *Aktivitetsvenn: En studie av et frivillig tilbud rettet mot personer med demens med vekt på de frivilliges erfaringer* (NOVA rapport nr. 4). Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/en/item/asset/dspace:13316/NOVA-Rapport-4-2019-Aktivitetsvenn-Sorvoll-og-Hansen.pdf>
- Tasta sykehjem. (2019). Om oss: Diakonal institusjon. Hentet fra <https://tasta-sykehjem.no/om-oss/diakonal-institusjon/>
- Terum, L. I., & Grimen, H. (Red.). (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Toot, S., Swinson, T., Devine, M., Challis, D., & Orrell, M. (2017). Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 29(2), 195-208. doi: 10.1017/S1041610216001654
- Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A. M. M. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: An integrative review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20(5), 450-462. doi: 10.1080/13607863.2015.1023765

- Tromsø kommune. (2018). Unike avtaler gir fleksibel turnus og mer trygghet. Hentet fra <https://www.tromso.kommune.no/unike-avtaler-gir-fleksibel-turnus-og-mer-trygghet.6087913-110070.html>
- Trondheim kommune. (2014). Helhetlig pasientforløp. Hentet 27. desember 2016 fra <https://www.trondheim.kommune.no/hph>
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L., & Tingvoll, W.-A. (2016). Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 14-23. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ([u.å.]-a). Innføring av arbeidslag i hjemmetjenesten. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/innfoering-av-arbeidslag-i-hjemmetjenesten.4996510-176097.html?showtipform=2>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ([u.å.]-b). «OPPSTART» - Organisering, Pasient/bruker, Pårørende, Status, Tiltak, Avtaler, Rutiner, Totalinntrykk. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/loppstart-organisering-pasientbruker-paaroerende-status-tiltak-avtaler-rutiner-totalinntrykk.5569986-176084.html>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ([u.å.]-c). Brukersamtale trinn for trinn. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/brukersamtale-trinn-for-trinn.5189490-176084.html?showtipform=2>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ([u.å.]-d). Rød tråd fra prosedyre til utført tjeneste. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/roed-traad-fra-prosedyre-til-utfort-tjeneste.5735545-176097.html>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ([u.å.]-e). Pårørendeskole i lindrende omsorg. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/paaroerendeskole-i-lindrende-omsorg.5777791-179664.html>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ([u.å.]-f). Skype mellom beboer og pårørende i sykehjem, utprøving av nettbrettet KOMP. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/skype-mellom-beboer-og-paaroerende-i-sykehjem-utproeving-av-nettbrettet-komp.6111991-176087.html>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. ([u.å.]-g). Kartleggingsskjema om pårørendes situasjon i hjemmet. Hentet fra <https://www.utviklingssenter.no/kartleggingsskjema-om-paaroerendes-situasjon-i-hjemmet.5777305-179664.html>
- Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Verdonck, C., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(12), 1277-1288. doi: 10.1002/gps.4504
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*, 350. doi: 10.1136/bmj.h176
- Ward, K. T., & Reuben, D. B. (2016). Comprehensive geriatric assessment. I K. E. Schmader & H. N. S. Sokol (Red.), *UptoDate*. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>

- Weaver, R. H., Roberto, K. A., & Brossoie, N. (2019). A Scoping Review: Characteristics and Outcomes of Residents Who Experience Involuntary Relocation. *The Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/gnzo35
- Weeks, L. E., Macdonald, M., Martin-Misener, R., Helwig, M., Bishop, A., Iduye, D. F., & Moody, E. (2018). The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults: A systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(2), 345-384. doi: 10.11124/jbisrir-2017-003486
- Williksen, R. M., Bringedal, K. H., Snåre, M., & Hall, T. A. S. (2014). *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?: En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak* (KS FoU-prosjekt nr.:134017). Hentet fra <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/ny-mappe/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak.pdf>
- Wold, K. B., Rosvold, E., & Tønnessen, S. (2017). "Jeg må bare holde ut ...": Pårørendes opplevelse av å være omsorgsgiver for hjemmeboende kronisk syke pasienter: En litteraturstudie. I S. Tønnessen & B. L. Kassah (Red.), *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester: Forpliktelse og ansvar i et utydelig landskap* (s. 52-78). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2
- Young, J. A., Lind, C., & Orange, J. B. (2019). A qualitative systematic review of experiences of persons with dementia regarding transition to long-term care. *Dementia*. doi: 10.1177/1471301219862439
- Zamir, S., Hennessy, C. H., Taylor, A. H., & Jones, R. B. (2018). Video-calls to reduce loneliness and social isolation within care environments for older people: An implementation study using collaborative action research. *BMC geriatrics*, 18(1), 62.
- Zanaboni, P., Schopf, T., Bergmo, T., Kolstrup, N., Johnsen, E., & Johansen, M. (2017). *Effekter av digitale innbyggertjenester*. Hentet fra https://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NSE-rapport_2017-02_Effekter_av_digitale_innbyggertjenester.pdf
- Øvre Eiker kommune. (2014). *Sluttrapport - helhetlig pasientforløp: Samhandlingsprosjekt mellom Øvre Eiker kommune og Vestre Viken HF klinikk Kongsberg sykehus: Oktober 2012 – august 2014*. Hentet fra https://www.kommunehelsesamarbeid.no/Documents/Sluttrapport%20Helhetlig%20pasientforl%C3%B8p_endelig.pdf
- Øyen, K. R., Corneliussen, H. G., Sunde, O. S., Mittenmeier, E., Strand, G. L., Solheim, M., & Ytrehus, S. (2015). *Hvordan har hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen?* (Rapport nr. 1/2015). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/278618>

Publikasjoner i serien

- **Et aldersvennlig Norge**
Frode F Jacobsen, Astrid Ouahyb Sundsbø
- **Aktivitet og fellesskap**
Marianne Eliassen, Trude Hartviksen
- **Mat og måltider**
Line Melby, Eliva Atieno Ambugo
- **Helsehjelp til eldre**
Betty-Ann Solvoll, Siri A Devik, Bente Løkke, Aud Moe
- **Sammenheng og overganger i tjenestene**
Terje Emil Fredwall, Bjørg Dale, Elin Rogn Nilsen, Benedicte Sørensen Strøm
- **Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon**
Kathrine Cappelen, Liv Jorunn Solstad, Nina Beate Andfossen, Trude Anita Hartviksen, Siri Andreassen Devik

