



## Samhandlingsutfordringer i hjemmesykepleien

Elin Grønsveen

Diakonhjemmet Høgskole

Lovisenberg Diakonale Høgskole

Mastergradsoppgave i

helsetjenester til eldre

Antall ord: 5433

Dato: 15.08.14 Kl. 14.00

# **Kommuneinterne samhandlingsutfordringer i hjemmesykepleien**

## **– et tilbakeblikk på tidligere forskning.**

### **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Betydningen av å sikre god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har fått stor oppmerksomhet etter innføring av Samhandlingsreformen. Kommunene og hjemmesykepleien står overfor mange utfordringer på grunn av Samhandlingsreformen. Liggetiden på sykehus kortets ned. Kommunen skal utvikle akutt tilbud til eldre. De kommunale tjenestene skal utvikle tilbud og tjenester for å forebygge unødvendige innleggelser, og unødvendige reinnleggelser i sykehus, av eldre og andre hjelpetrengende grupper. Når kommunene får nye oppgaver, er det stort behov for også å sikre et godt og helhetlig kommunalt tilbud til eldre.

**Hensikt:** Hensikten med dette refleksjonsnotatet har vært å studere tidligere kommuneinterne samhandlingsutfordringer i hjemmesykepleien slik disse er omtalt i tidligere forskning.

**Metode:** Dette refleksjonsnotatet er gjennomført som en litteraturstudie.

**Resultater:** Gjennomgangen av tidligere forskning om hjemmesykepleien viser at kommunene også tidligere har hatt samhandlingsutfordringer som har påvirket hjemmesykepleien. Disse har vært knyttet drøftet i forbindelse med endringer i ansvar- og organisasjonsformer, reformering av sykehjemsomsorgen og utvikling av nye omsorgsboliger som supplement og alternativ til sykehjemmene og innføring av nye styringsideer inspirert av New Public Management. Analysen av litteraturen har gitt grunn for å framheve ulike samhandlingsutfordringer relatert til disse endringene: utfordringer når ulike yrkeskulturer skal samordnes, uklarhet i ansvarsforhold når boligomsorg skal erstatte sykehjemsomsorg, redusert faglig myndighet ved innføring av bestiller-/utfører modellen og uklarheter om familiens og det offentlige ansvar og oppgaver.

**Konklusjon:** Vi har her sett at norsk forskning tidligere har tatt opp mange kommuneinterne samhandlingsutfordringer. I og med økte oppgaver til kommunen og hjemmesykepleien må vi regne med stort behov for å være oppmerksomhet på kommuneinterne samhandlingsutfordringer videre framover.

# **Coordination challenges within the Norwegian home nursing care – a literature review.**

## **Abstract**

**Background:** The importance of ensuring good coordination between specialist health care services and the health care from the municipalities has been highlighted due to implementation of the Coordination Reform. The municipalities and the home nursing care are facing challenges due to the Coordination Reform. Hospitalization is reduced. The municipalities shall develop health care services to prevent unnecessary hospital admission and readmission for the elderly and other fragile groups. When the municipality is assigned with new tasks, it is of importance to ensure a continuity of integrated care for the elderly.

**Objective:** The aim of the study has been to examine previous inter-organizational challenges in home care nursing service as these are documented and discussed in the research literature.

**Method:** This study is based on a literature review.

**Results:** The review of the literature indicates that the municipalities previously have had coordination challenges affecting the home care nursing service. The challenges are discussed in relation to change in responsibilities and in organizational structures, in relation to reforms of nursing home policies, in relation to development of assisted housing as a supplement and alternative to the nursing homes and in relation to the implementation of new management policies inspired by New Public Management. The analysis shows that the literature has highlighted different coordination challenges: challenges when different professional cultures has been coordinated, lack of clarity of responsibility when assisted living replaces nursing home care, reduced professional authority as a consequence of implementing the purchaser-/provider-model and lack of clarity about the role and task of the family and the public services.

**Conclusion:** We have seen that Norwegian research has highlighted a number of coordination challenges for the municipalities. Because of increased responsibility for the municipalities and home care services, there is a need for increased attention to the municipalities' internal coordination challenges in the future.

## **Forord**

Jeg vil gjerne få rette en stor takk til min veileder Siri Ytrehus for meget god veiledning! Du har inspirert meg og motivert meg gjennom hele denne spennende og givende prosessen. Helt fra de første spede tanker om tema og problemstilling til innlevering av ferdig arbeid. Jeg hadde ikke klart dette uten deg!

Så vil jeg takke informantene og enhetsleder som bisto med utvalget. Dere møtte meg på en så positiv måte, brukte av deres tid og delte av deres erfaringer.

Jeg vil også rette en stor takk til min sønn Hans Petter. Du som så tålmodig har oppmuntret meg og holdt ut med mammas skolegang og bøker overalt. Og tusen takk til Kjell og Mor som urokkelig har vært der, oppmuntret og støttet meg.

En takk går også til arbeidsgiver, som har gitt meg mulighet for å tilpasse arbeidstiden min.

## **Innhold**

Refleksjonsnotat.....	6
1 Innledning.....	7
2 Hjemmesykepleiens utvikling.....	9
2.1 Den lille og den store integrasjonen .....	11
2.2 Boligomsorg som erstatning for sykehjemsomsorg.....	12
2.3 New Public Management og bestiller-/utførermodellen.....	14
2.4 Samhandling med familien.....	17
3 Sammenfattende avslutning .....	19
4 Litteraturliste.....	23

## **Oversikt over vedlegg:**

1. Metode refleksjonsnotat
2. Artikkel
3. Informasjonsbrev og forespørsel om rekruttering av informanter
4. Informasjonsbrev og forespørsel om deltakelse på intervju
5. Intervjuguide
6. Forfatterveiledning Sykepleien Forskning
7. Tilbakemelding fra NSD

## **Refleksjonsnotat**

**Kommuneinterne samhandlingsutfordringer i hjemmesykepleien  
– et tilbakeblikk på tidligere forskning.**

## 1 Innledning

Dette refleksjonsnotatet beskriver samhandlingsutfordringer i hjemmesykepleien slik de er beskrevet i tidligere norsk forskning. Samhandling i helse- og omsorgstjenesten til eldre har fått stor oppmerksomhet etter innføring av Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen handler om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Kommunene er gitt et utvidet ansvar for hjelpetrengende grupper. Dette stiller nye krav til kommunene. I noen sammenhenger er det da pekt på at Samhandlingsreformen først og fremst må forstås som en oppgavefordelingsreform, siden konsekvensene av reformen er at kommunen blir tillagt nye oppgaver som spesialisthelsetjenesten før hadde ansvar for (Romøren 2011a). Liggetiden på sykehus kortes ned. Kommunene skal utvikle akutttilbud til eldre. De kommunale tjenestene skal utvikle tjenestetilbud for å forebygge innleggelse og unødvendige reinnleggelse av eldre og andre hjelpetrengende grupper. Når kommunene får nye oppgaver, er det stort behov for å sikre et godt og helhetlig kommunalt tilbud til eldre. Det vil fremover derfor være behov for oppmerksomhet, ikke bare på samhandlingsutfordringer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, men også kommuneinterne samhandlingsutfordringer.

Litteraturen peker på at samhandlingsproblemer vil oppstå når institusjoner skal samarbeide. Det har også tidligere vært et stort fokus på samhandlingsproblemer innenfor de offentlige kommunale tjenestene. Dette har vært i forbindelse med kommunale integrasjonsprosesser og innføring av nye organisasjonsmodeller i kommunene. Mange ulike begreper brukes om samhandling, og i litteraturen er heller ikke begrepsbruken konsistent. Koordinering, samordning og samarbeid er beslektede begreper. Med koordinering kan menes en styring av samarbeid, ofte mellom selvstendig offentlige organisasjoner som kommunehelsetjenesten og sykehus (Knudsen 2012). Koordinering kan da være en formalisert evne til samarbeid for å oppnå felles mål (Jacobsen 1993, 2012). To eller flere organisasjoner utvikler beslutningsregler med sikte på felles opptreden (Knudsen 2012).

Samarbeid kan forstås som vedvarende samhandling og som en prosess som ikke er pålagt, men frivillig. Samordning refererer derimot til en situasjon der en tredje part pålegger andre å koordinere sin virksomhet (Jacobsen 2012). Det vil si at det er en overordnet instans som pålegger samarbeid. I mange sammenhenger vil de tre begrepene bruke om hverandre, og samarbeid kan brukes som begrep for alle disse arbeidsformene. Dette notatet bruker samordning

om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og om kommuneinterne samarbeidsprosesser, både de som er formaliserte og ikke formaliserte.

Først i notatet følger en kort redegjørelse for den historiske utvikling av hjemmesykepleien i Norge. Så følger en redegjørelse for samhandlingsproblemer som er beskrevet i forskning som har berørt hjemmesykepleien. Disse har først og fremst vært kommuneinterne utfordringer knyttet til endringer i ansvar- og organisasjonsformer, og til utvikling av et nytt boligtilbud til eldre hjelpetrequende. Notatet tar videre opp New Public Management (NPM) som styringsprinsipp. Prinsipper fra denne styringsmodellen har stått sterkt og fått stor oppmerksomhet i den norske forskningen om hjemmesykepleien, da spesielt innføringen av bestiller-/utførermodellen som har medført særskilte samhandlingsproblemer.

Videre følger et avsnitt om familiens rolle i hjemmesykepleien, fordi familien har vært og er, en viktig samhandlingspartner for det offentlige og hjemmesykepleien. Her legges det vekt på den beskrivelsen som har vært gitt av samhandlingen mellom den offentlige tjenesten og familien.



## 2 Hjemmesykepleiens utvikling

Hjemmesykepleien har gjennomgått mange endringer fra den ble etablert som et offentlig tilbud. Innholdet i hjemmesykepleien, og da også rollen som hjemmesykepleier, har blitt påvirket av politiske føringer som omlegging i helsetjenestene og i sammensetning av faggruppen som jobber med de eldre pasientene (Barnard 1996; Fermann og Næss 2011; Gautun og Syse 2013; Opsahl, Solvoll og Granum 2012).

Gjennomgangen her viser hjemmesykepleiens historiske utvikling, og viser at samhandling også tidligere har vært omhandlet i forskningen som et område for utfordringer.

Hjemmesykepleien er en relativt ung tjeneste, og var knapt nevnt i offentlige utredninger om helsetjenestene før på begynnelsen av 1970-tallet (St.meld. nr 85 (1970-1971); Vabø 2002). Utbyggingen av velferdsstaten og velferdstjenestene startet for alvor etter krigen, og perioden frem til 1970-tallet var preget av denne utviklingens reformer og lovendringer. Eldreomsorgen slik vi kjenner den i dag ble bygget ut i årene fra 1960 til 1980. Denne perioden omtales gjerne som den offentlige revolusjon. Det ble bygget mange syke- og aldershjem i dette tidsrommet (Tingvoll, Kassah og Kassah 2014; Torsteinsen 2012b; Ytrehus 2012).

Primærhelsetjenesten som helhet, der hjemmesykepleien inngår, ble utviklet stykkevis. Hjemmesykepleie som hjelpetilbud har i lang tid eksistert i regi av kirkelige og humanitære organisasjoner (Wærness 1982). I Norge har omsorgen i stor grad vært bygget på den nærmeste familiens ivaretagelse av enkeltmennesket. Omsorg kan være noe som oppstår i en relasjon mellom mennesker. Begrepet omsorg brukes på mange måter, men her brukes det som en beskrivelse av en handling der det tas hånd om mennesker som ikke klarer å ta vare på seg selv (Wærness 1982).

Opprinnelig var det den katolske kirken, munke-/nonneordener og andre religiøse organisasjoner seg av enkeltmennesker som av ulike årsaker falt utenfor de etablerte familiemønstrene (Mellbye 1990). Diakonisseanstalten i Christiania var av de første som organiserte slik virksomhet allerede i 1870-årene, og atskillige organisasjoner har kommet til etter hvert.

Engasjementet fra det offentliges side var svært begrenset, og organisasjonenes og menighetenes utgifter ble etter hvert for store til at de klarte å finansiere hjelpetilbudet med innsamlede midler. Dette bragte frem og aktualiserte spørsmålet om offentlige tilskudd og finansiering av utgiftene til hjelpetilbudet, slik at pleie i hjemmet skulle komme under samme betalingsvilkår som tilsvarende pleie i sykehus.

I 1949 anmodet Norske Kvinners Sanitetsforening, med støtte av flere andre frivillige organisasjoner, Rikstrygdeverket om økonomisk bistand til hjemmesykepleien. Viktige faktorer i diskusjonen var mangel på sykehusplasser, vanskeligheter med å samle inn nok penger, at hjemmesykepleien i en del tilfeller hindret sykehusinnleggelse og dermed sparte trygdekasse og sykehuseiere for betydelige utgifter. Rikstrygdeverket behandlet saken, men det var ikke før mot slutten av 1950-årene at tilskudd fra stat og kommune ble gitt til sykepleiere som arbeidet i hjemmetjenesteordninger innen kommunene, og da gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner. Forutsetningen var at den frivillige hjemmetjenesten ble drevet etter retningslinjer forutsatt av Departementet for familie og sosialsaker (Wærness 1982).

I perioden 1969-1972 var hjemmesykepleien underlagt dette departementet, og likestilt økonomisk og med samme retningslinjer som den tidens husmorvikarordning, hjemmehjelp og slekt-/nabohjelpsordninger. I samme periode skjedde det en viktig endring i økonomisk innstramming i forhold til den frivillige hjemmesykepleien. Det ble nedlagt påbud om at den skulle ledes av en godkjent sykepleier, legens plass ble presisert og det skulle føres journal for hvert besøk. I 1972 ble hjemmesykepleien overført til Sosialdepartementet (Wærness 1982).

Først i 1982 ble tjenesten lovregulert, noe som betød at hjemmesykepleien ble en lovpålagt helsetjeneste for kommunene (Fermann og Næss 2011; Kommunehelsetjenesteloven; Tønnesen 2011). Den fikk en samlet og helhetlig form da en egen lov om kommunehelsetjenesten (Kommunehelsetjenesteloven) trådte i kraft. Med denne loven fikk kommunene et utvidet ansvar for primærhelsetjenesten, det vil si helsetjenester utenom institusjon. Hver kommune skulle ha sin egen grunnleggende helsetjeneste slik som for eksempel hjemmesykepleien er en del av. Et særegent trekk ved Norge og de andre skandinaviske landene er at det var, og fortsatt er, lagt stor vekt på kommunalt selvstyre og desentralisert ansvar og myndighet. Kommunene skulle ha stor frihet til å forme tjenestene etter de lokale forholdene (Fermann og Næss 2011; Romøren 1998; Tingvoll et al 2014; Vabø 2002). Desentraliseringen medførte en styrking av primærhelsetjenesten.

Begrunnelsen og bakgrunnen for tanken om desentralisering, som begynte å gjøre seg gjeldende fra 1970-tallet men særlig i tiden fra 1980-tallet og frem mot 1995, var behovet for prioritering og innstramming. Velferdsstaten ble i denne perioden møtt med kritikk, på samme måte som i andre vestlige land med utviklede velferdsstater. En desentralisert modell skulle sørge for bedre prioritering og utnyttelse av ressursene i offentlig sektor (NOU 2011:11; Ytrehus 2012).

## 2.1 Den lille og den store integrasjonen

På 1980-tallet ble det gjennomført to formelle kommuneinterne endringer og samordningsprosesser som omfattet hjemmesykepleien. Disse endringene er omhandlet i forskningen. Den «lille integrasjonen», den første samordningsprosessen, skjedde da hjemmesykepleie og hjemmehjelp ble slått sammen til en organisatorisk enhet. Dette betød at i stedet for å ha hjemmehjelp og hjemmesykepleie som to separate tjenester uten felles tilhørighet, ble de to tjenestene slått sammen til det vi kjenner som hjemmesykepleie. Flere kommuner valgte da å dele hjemmesykepleien opp i mindre enheter som distrikter, soner eller eventuelt bydeler. Institusjonene, det vil si sykehjemmene, var fremdeles en separat tjeneste (Fermann og Næss 2011; Tingvoll m.fl. 2014; Vabø 2002).

Denne samordningen ble møtt med diskusjon og kritikk. Kritikken gikk på om samordningen kunne innebære en ideologisk endring i tjenestetilbudet, noe som kunne medføre at hjemmesykepleien kunne få et mer medisinsk fokus enn tidligere (Brevik 2010). Kritikken var også en feministisk kritikk. En patriarkalsk maktstruktur og et hierarkisk system i den medisinske kulturen ville kunne bidra til interessekonflikter blant kvinner i den nye hjemmesykepleien (Wærness 1993). Det vil si at den mannsdominerte (medisinske) vitenskapen kunne komme til å dominere på bekostning av en kvinnekultur og husmorkulturen som hadde vært rådende innen den tidligere hjemmehjelpen (Wærness 1993). Omorganiseringen ville føre til en styrking av hjemmesykepleien og sykepleiernes posisjon på bekostning av husmorkulturen og hjemmehjelpen. De tradisjonelle omsorgsverdier i husmorkulturen ville svekkes (Wærness 1993). I dette perspektivet vil det dermed ha avgjørende betydning hvordan hjemmesykepleierne ivaretar tradisjonelle omsorgskvaliteter i en hjemmesykepleie preget av den medisinske kulturens verdier og normer (Wærness 1993).

Det skjedde også en annen form for samordning som medførte samhandlingsutfordringer. Denne andre, gjerne kalt den store integrasjonen, betød en ytterligere desentralisering av helsetjenestene. Et desentralisert system gir lokale tjenesteutøvere myndighet til å utforme og tilpasse tjenester til lokale forhold, samtidig som de får ansvaret for å prioritere og fordele tjenesteressursene slik at de strekker til (Rasmussen 2000).

Ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkene til kommunene. Dette skjedde i 1988 og målet for denne prosessen var å få til et overordnet kommunalt ansvar for eldreomsorgen. Hjemmesykepleie og sykehjem ble organisert som en tjeneste, der tanken var at kommunene skulle se tjenestetilbudene under ett (Tingvoll m.fl. 2014; Ytrehus 2012). I hvilken grad denne

overføringen innebar nærmere samarbeid mellom de to tjenestene, og bedre samhandling omkring den eldre, har vi lite kunnskap om.

## 2.2 Boligomsorg som erstatning for sykehjemsomsorg

Enda en endring som har fått samhandlingskonsekvenser er den omfattende endringen av det kommunale boligtilbudet til eldre som skjedde fra midten av 1990-tallet. Det å gi eldre tilgang til gode bosteder og helsetjenester har vært et prioritert område innen oppbygging av velferdsstaten. Et gjennomgående trekk i utviklingen de siste ti-årene har vært å finne alternativer til institusjonsomsorg både for eldre og andre grupper. Fra 1960-årene ble boligpolitikken i forhold til eldre og funksjonshemmede ideologisk forankret i normaliseringsteori, og kritikken økte mot institusjonene (Ytrehus 2012).

Når det gjelder eldre så skjedde det en utbygging av omsorgsboliger i Norge fra midten av 1990-tallet. De andre skandinaviske landene hadde iverksatt utbyggingen av omsorgsboliger som erstatning for sykehjemsomsorg tidligere. Det var først med Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) at det ble satt fart i utbygging av omsorgsboliger i vesentlig omfang i Norge. Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) la frem synspunkter på omsorgen for eldre og funksjonshemmede med basis i prinsipper om trygghet, verdighet og omsorg. Målsetningen, som hadde vært gjeldende i tidligere, om at eldre skulle bo hjemme så lenge som mulig, ble forsterket (St.meld. nr 34 (1999-2000)). Gjærevollutvalget ble fulgt opp med en statlig tilskuddsordning som innebar muligheten for økonomisk tilskudd og lån til kommunene til bygging av omsorgsboliger. De nye boligene skulle være tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg ved behov. Forutsetningen for at kommunene kunne motta støtte fra den statlige låne- og tilskuddsordningen var at boligen oppfylte noen på forhånd fastsatte fysiske minimumskrav og at kommunen kunne tilby heldøgns hjemmesykepleie. Det vil si at låne- og tilskuddsordningen bidro til utvikling av et heldøgns hjemmesykepleietilbud i kommunene.

Omsorgsboligen skulle være en privat bolig der den eldre selv skulle ha råderett. Hjemmesykepleien skulle bidra med hjelp, og skulle kunne trappe opp hjelp etter behov gjennom hele døgnet. Hjelpen skulle dermed ikke følge med og være avhengig av bostedet, men skulle tilpasses og følges den eldre behov og situasjon (Ytrehus 1998, 2002b).

Omsorgsboligene beregnet på de eldre, senere også andre hjelpetrequende grupper, skulle være både et supplement og et alternativ til sykehjemmene. Det vil si at når det gjaldt institu-

sjonstilbudet til eldre så ble ikke dette nedlagt, slik som tilfelle hadde vært for andre grupper. Det ble derimot ble det slått fast i handlingsplan for eldreomsorg (St.meld. nr 50 (1996-1997)) at sykehjemmene skal fortsette å spille en rolle (Ytrehus 2012). Tilskuddsordningen innebar også mulighet for støtte til kommunen til bygging av nye sykehjemsplasser og reovering av gamle sykehjem. Sykehjemsomsorg skulle fortsatt være viktig (Ytrehus 2012). Det var opp til kommunen å velge hvilken retning de ville utvikle boligtilbudet til eldre, enten i hovedsak som sykehjemsomsorg, med vekt på både omsorgsboliger og sykehjem, eller med vekt på omsorgsboliger.

Det skjedde likevel en nedbygging av antall institusjonsplasser til eldre etter at utbyggingen av omsorgsboliger startet. Nedbyggingen av institusjonene kan illustreres i antallet plasser. På slutten av 1980-tallet var det 50.000 plasser for eldre, mens omlagt 15 år senere var det kun ca. 40.000. Hovedsakelig gjaldt nedgangen aldershjemsplasser til fordel for hjemmesykepleie og omsorgsboliger (Ytrehus 2012).

Hjemmesykepleie ble tilbudt som alternativ til sykehjemomsorg, noe som nettopp økte samhandlingsutfordringene i tjenesten. Omsorgsboligen, som var pasientens hjem, ble et alternativ til sykehjem og innebar et krav om integrasjon mellom det offentlige politiske strategier, velferdsøkonomiske virkemidler og mellom privat sektor og privat omsorg (Ytrehus 2012). Utbyggingen stilte store krav om samordning for hjemmesykepleien.

En kritikk som ble reist, og som handler om samhandling, var at boligomsorg som alternativ til institusjonsomsorg vil skape risiko for både gråsoner, dobbeltarbeid og uavklarte ansvarsforhold (Ytrehus 2012). Dobbeltarbeid betyr at flere utfører samme oppgave. Gråsoner oppstår der det er uavklarte ansvarsforhold (Jacobsen 2012). Dette kunne bli konsekvensene når tjenestene leveres til avtalte tider på døgnet, og ikke som en døgkontinuerlig helhetlig tjeneste som i sykehjemmene. Dersom den eldre i omsorgsboligen hadde, ikke bare en fast person å forholde seg til, men fikk besøk av mange forskjellige personer fra hjemmesykepleien, ville samordningsutfordringen øke ytterligere. Når mange ulike aktører involveres, kanskje også private hjelpere, kan det føre til passivitet fra tjenesten sin side med påfølgende manglende ansvar for å definere hjelpebehov (Golant 1999; Ytrehus 2012).

Et samhandlingsproblem som ble påpekt, var derfor å definere ansvarsforhold både innad i hjemmesykepleien og mellom hjemmesykepleien og private hjelpere (Golant 1999; Ytrehus 2012).

I denne perioden etter at utbyggingen av omsorgsboligene startet ble også hjemmesykepleiens pasientgruppe eldre. Antallet eldre som mottok hjemmebaserte tjenester i form av praktisk bistand ble redusert. Samtidig var det en økning i antall eldre som mottok hjemmesykepleie av sykepleiere. Dette betyr at flere eldre får hjelp av sykepleiere i eget hjem (Ytrehus 2012).

### 2.3 New Public Management og bestiller-/utførermodellen

Her vil jeg se nærmere på styringsmodellen som betegnes New Public Management (NPM). Innføringen av denne styringsmodellen skjedde på 1980-tallet og framover, men det tas likevel opp i et eget avsnitt her. Bakgrunnen for dette er at NPM har fått relativt stor plass i forskning om og beskrivelser av hjemmesykepleien, og vi skal se at forskning om innføringen av prinsipper fra denne styringsmodellen har pekt på noen særskilte samhandlingsutfordringer.

New Public Management er et samlekonsept for en rekke teorier og modeller for styringsverktøy og ledelsesstrategier. NPM-tankegangen er inspirert av den private sektors styring der markedsmodeller anses som det ideelle. Mange ulike tiltak knyttes til NPM, og disse har fått forskjellige utforminger i sammenheng med hva som er blitt prioritert av de enkelte kommunene (Klausen 2011a; Torsteinsen 2012b). Modeller og organisasjonsformen basert på NPM-tankegangen har som overordnet hensikt å styre, fordele og utnytte ressursene på en mer effektiv måte (Klausen 2011a; Tingvoll m.fl. 2014; Torsteinsen 2012b).

Offentlig sektor i de fleste vestlige land har fra 1990-tallet vært preget av store endringer og modernisering (Busch og Vanebo 2011). Selv om Norge lenge var ansett å være litt i etterkant i denne utviklingen, har moderniseringsreformer inspirert av NPM også fått sterk innpass i norsk forvaltning på statlig og kommunalt nivå de siste 30 årene (Bratland 2005; Busch 2011; Busch og Vanebo, 2011; Tingvoll m.fl. 2014). Tanken har vært at offentlig sektor trenger sterk, profesjonell ledelse for å oppnå sine mål, være effektive, fleksible og brukervennlige. Tiltakene via NPM dreier seg om konkurranse, måloppnåelse og resultatkontroll (Torsteinsen 2012a).

Selv om ikke slike styringsprinsipper og særlig tankegangen om resultatstyring i offentlig sektor var ny, påpekes det at ideene bak NPM og nyere organisasjonsmodeller, har aktualisert nødvendigheten av resultatstyring (Gjerde 2012).

Det har vært rettet kritikk mot New Public Management og styringsprinsipper basert på disse ideene. En grunnleggende og generell kritikk har handlet om at NPM som ide har utgangs-

punkt i sektorer som har økonomisk gevinst som overordnet mål. Dette er ikke tilfelle for helsesektoren og hjemmesykepleien. Organisasjonsprinsipp og modeller som er utviklet med utgangspunkt i organisasjoner med økonomisk gevinst som mål, passer ikke nødvendigvis for sektorer som har andre overordnede mål og verdier (Kassah, Nordahl-Pedersen og Tønnesen 2014). Prinsippene og målene innen i NPM-tankesett kan derimot betraktes nærmest som direkte motstridende til verdiene i helse- og omsorgstjenestene, og de kan da komme i konflikt disse. De tar ikke menneskeverdet eller de menneskelige relasjoner på alvor (Kassah, Kassah og Johansen 2014; Kassah m.fl. 2014; Tønnesen 2011).

En kritikk som mer spesifikt handler om samordningsutfordringer, er relatert til de styrings- og organisasjonsformene som følger av NPM-prinsippene. Tidligere var mer hierarkiske styringsformer normen. NPM skapte nye styringsformer som var mer fragmenterte fordi tjenesten ble organisert i sektorer. Hver enkelt etat blir opptatt av sitt område, både ressursmessig og faglig. Dermed kan helheten i tjenesten forsvinne. Konsekvensene kan bli at beslutningssystemene blir uoversiktlige og fragmenterte med uklare skillelinjer mellom nivåer og styringsprinsipper (Vanebo 2011). Fragmenterte tjenester kan øke samhandlingsutfordringene.

En annen kritikk, som er relatert til punktet over om samordningsutfordringer og fragmenteringen av tjenesten i ulike etater, er at styringsformen har vært med på å øke spesialiseringen innen helsetjenestene. Med spesialisering menes her fokus rundt et avgrenset fagfelt. Ofte vil det da være en yrkesgruppe som har ansvaret for dette spesifikke fagfeltet. Dermed vil denne yrkesgruppen innen vedkommende sektor få stort fokus på eget ansvarsområde og oppgaver. Når det også kan være slik at de ulike profesjonene som deltar i arbeidet rundt pasienter er sosialisert til et mønster der deres egen profesjons verdier og mål sees som viktigst, kan dette skape utfordringer fremover. Både sektorisering og spesialisering kan være spesielt vanskelig for pasienter som har bruk for tverrfaglig hjelp og bistand fra flere sektorer. Koordinering og samhandling mellom sektorene eller nivåene i helsetjenesten kan bli forvansket, og helhetsperspektivet kan forsvinne (Jacobsen 2009).

En utvikling som har fått stor oppmerksomhet er innføring av bestiller-/utførermodellen (BUM) som en del av New Public Management. Bestiller-/utførermodellen har fått stor utbredelse innen offentlig sektor, og brukes innen helse- og omsorgstjenestene (NOU 2005:3). En bestiller-/utførermodell innebærer at henholdsvis bestiller- og utførerenehetene opptrer som selvstendige offentlige organer (Busch og Vanebo 2011).

Det sentrale poenget er at man oppretter et skille mellom tjenesteutøvelse og myndighetsutøvelse (NOU 2005:3). Det vil si at de to separate organene styres gjennom fremforhandlede kontrakter i form av rammeavtaler. Disse rammeavtalene har definerte krav om hvilke oppgaver som skal utføres, kvaliteten på disse og hvilke resultater som skal oppnås (Busch og Vanebo 2011). I praksis er det opprettet egne «bestillerkontorer» i kommunene, der saksbehandlere, som ideelt sett skal ha tverrfaglig kompetanse, behandler og fatter vedtak om tjenester til brukere/pasienter. Vedtaket med de hjelpetiltak bruker skal motta, sendes over til hjemmesykepleien, utførerdelen av tjenesten, i det distriktet bruker/pasient tilhører (Fermann og Næss 2011).

Litteraturen har pekt på flere utfordringer og reist mange innvendinger som handler om samordning mot bestiller-/utfører-modellen (Busch og Vanebo 2011; Hansen, Kirchhoff og Ramsdal 2009; Vetlesen 2010). En innvending handler om bestillerenhetens kompetanse. Kompetansen i dette leddet er viktig for at intensjonene med bestiller-/ utførermodellen skal oppfylles. Spesielt viktig er kompetansen når pasientens behov er i endring.

En annen kritikk handler om at utførers handlingsrom kan bli påvirket av de rammene som bestiller setter når vedtak gjøres (Busch og Vanebo 2011; Kassah m.fl. 2014).

Kritikk har i særlig grad vært rettet mot at skillet mellom de som tildeler og de som utfører tjenestene skaper en u hensiktsmessig avstand som kan øke samhandlingsutfordringene. Spesielt uheldig kan dette være innen pleie- og omsorgssektoren, hvor sykepleiere arbeider med enkeltmennesket. Kritikk handler da om at tjenesten leveres som «pakkeløsninger» i form av faste oppdrag uavhengig av pasientens individuelle behov eller boligsituasjon.

Innen en profesjonsorientert organisasjon som hjemmesykepleien kan dette føre til konflikter, da utføring av oppgavene gjerne er knyttet til utførers faglige kompetanse. Sykepleiernes handlingsrom i den faglige skjønnsutøvelsen kan bli redusert. Spenningsfeltet ligger mellom bestillers ønske om standardisering eller pakkeløsninger på den ene siden, og utføres ønske om mest mulig faglig profesjonsrelatert frihet i yrkesutøvelsen på den andre siden. Sykepleierne kan komme i pressede situasjoner der det oppstår konflikt mellom krav til effektivitet, hensynet til pasient/bruker og faglig integritet (Busch og Vanebo 2011; Fermann og Næss 2011; Vetlesen 2010).



## 2.4 Samhandling med familien

I dagligtale blir pårørendebegrepet oftest brukt om den nærmeste familien. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven) er pårørende den eller de som pasienten selv definerer som pårørende. Det betyr et utvidet pårørendebegrep som kan inkludere flere enn bare den nærmeste familien. I følge pasient- og brukerrettighetsloven har helsepersonell ansvar for å involvere og samhandle med familien og pårørende. Pårørende har rett på hjelp fra helsepersonell både når det handler om hjelp som er en del av den hjelpen som gis til primærbruker/pasient og hjelp for egen del. Helsepersonell har også ansvar for å sørge for at pårørende har mulighet til medvirkning. De pårørende har uansett ingen plikt til å yte omsorg, mens helsepersonell etter loven har plikt til å yte hjelp til pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven). For hjemmesykepleierne er samarbeid med pasient og pårørende i dag en viktig og lovpålagt del av arbeidet. Samhandling med familiene er derfor et helt sentralt område. Dette er også tidligere påpekt i forskningen (Romøren 1998; Wærness, 1982). I den hjemmebaserte omsorgen har familieomsorgen spilt, og spiller fremdeles, en helt sentral rolle. Imidlertid har den rollen som familien spilt overfor eldre vært i endring opp i gjennom tidene. Forskingen om familiens rolle og samhandlingen med den offentlige tjenesten og hjemmesykepleien har i særlig grad handlet om hvordan oppgave og ansvarsfordelingen faktisk har vært. Familien var, som innledningsvis påpekt, hovedomsorgskilden for hjelpetrequende eldre.

Tidligere var det i hovedsak familiene selv som hadde omsorgen for syke eldre. Men, selv om mønsteret har endret seg med årene, slik at det er mange færre eldre der familien alene har hovedansvaret for stell og pleie, så er det fortsatt slekt og familie som dominerer når det gjelder å yte uformell omsorg. En gjentatt diskusjon har imidlertid vært om den uformelle omsorgen avtar når den formelle øker, men det ser ikke ut som om dette stemmer (Romøren 1994). Uformell omsorg i form av kontakt og omsorg til den eldre fra pårørende ser ut til å fortsette etter at den eldre får hjemmesykepleie eller institusjonsplass. Imidlertid kan typen oppgaver de pårørende utfører endre seg, slik som oppgavefordelingen mellom familien og pårørende, og det samme med antallet pårørende som stiller opp (Kirkevold 2001; Romøren 1994; Wærness 1993).

Det vil dessuten variere om og i hvilken grad pårørende involverer seg i omsorgen. Ofte vil eldre motta en kombinasjon av hjelpe fra det offentlige og pårørende (Daatland, Slagsvold og Lima 2009; Romøren 2010; Sigurðardóttir og Bravell 2013). I Norge antas det at pårørende

står for rundt halvparten av omsorgen til eldre (Rønning, Schanke og Johansen 2009) og at hjemmesykepleien som står for hoveddelen av den formelle omsorgen når det er store behov for bistand over lengre tid (Romøren 1994; Wærness 1993). Derfor er det da trolig få uformelle omsorgsgivere som gir omfattende hjelp som pleie og omsorg til de alvorlig syke eldre. Hovedvekten ligger på sosial kontakt og bistand til praktiske ting som rengjøring, innkjøp og vedlikeholdsoppgaver (Romøren 1998).

Pårørende kan også inneha ulike roller (Romøren 1998; Wærness 1982). Mange pårørende tar ansvar for pasientens behov for pleie og omsorg. De utfører ikke nødvendigvis disse oppgavene selv, men opptrer som «pasientens advokat» for å forsikre seg om at vedkommende får bistand fra hjemmesykepleien. Det er satt søkelys på at pasienter med ressurssterke pårørende ofte får bedre ytelser enn pasienter som ikke får hjelp av pårørende til å påvirke omfang og innhold i omsorgen (Tønnesen 2011).

Samhandlingsproblemer mellom pårørende og den offentlige tjenesten har vært påpekt lenge, og det har vært rettet kritikk mot helsetjenestene (Ytrehus 2002a). En kritikk har dreiet seg om at fragmenterte helsetjenester fører til uoversiktlig tjeneste og at pasient og pårørende selv har måttet ivareta koordinering mellom tjenestenivåene (St.meld. nr 47 (2008-2009)).

Samme kritikk som vi overfor så var reist i forbindelse med utvikling av boligomsorg som alternativ til sykehjemomsorg. Annen kritikk har pekt på at pårørende ikke har hatt mulighet for tilstrekkelig avlastning slik at omsorgsbelastningene er blitt for store. Behovene til familien og pårørende har ikke i tilstrekkelig grad blitt ivaretatt. Ytterligere kritikk har pekt på mangler ved pårørendes mulighet for deltakelse og tilstrekkelig veiledning fra helsetjenestene (St.meld. nr 34 (1999-2000)).

### 3 Sammenfattende avslutning

Dette notatet har beskrevet utvikling av hjemmesykepleien og pekt på kommuneinterne samhandlingsutfordringer innen hjemmesykepleien, slik de er redegjort for i tidligere forskning om hjemmesykepleien. Notatet her har vist til ulike samhandlingsutfordringer.

Eldreomsorgen er bygget ut over en periode på flere tiår. De kommunale integrasjonsprosessene i forbindelse med utvikling av hjemmesykepleien har representert samhandlingsutfordringer av ulike slag. De nye tjenesteorganisasjoner har oppstått som resultat av politiske beslutninger og med økonomiske begrunnelser. Forskjellige sektorer innen helsetjenesten har blitt slått sammen, og i slike endringer oppstår behov for samarbeid mellom nye parter. Funksjoner skal gjerne skape synergier på tvers av tidligere etablerte og selvstendige enheter (Klausen 2011b). I slike prosesser møtes ulike kulturer. De forskjellige organisasjonsmessige enhetene i tjenestene bringer med seg sin særegne kultur. Enhetene kan også være preget av sektortenkning og profesjonalisering i forhold til eget fagfelt. Slike faktorer fører gjerne til samhandlingsutfordringer når sektorene skal samarbeide (Klausen 2011b).

Litteraturen peker på at de sosiale og kulturelle faktorer må tas hensyn til i forbindelse med samordningsprosesser fordi integrasjoner medfører endring av arbeidsmiljøer og arbeidsteder (Jacobsen 2012). Endring og samordning vil påvirke identitet og gruppefølelse for medarbeiderne. Den kulturelle dimensjon er en avgjørende faktor i integrasjonsprosesser for at ikke de samarbeidende enheter skal fortsette å arbeide i hver sin retning. Det er da viktig med åpenhet og respekt for andre organisasjoners kultur og klare strategier for å etablere et visst minimum av en felles kultur, verdier og normer (Holen-Rabbersvik, Eikebrokk, Fensli, Thygesen og Slettebø 2013; Klausen 2011b).

Vi har sett på at den sosiale og kulturelle dimensjonen er trukket fram i forbindelse med tidligere forskning om integrasjon av hjemmesykepleien, da som representant for den medisinske kulturen, og hjemmehjelpen - som representant for en husmor og kvinnekultur. Senere er det også pekt på at de eldres sosiale behov kan få liten oppmerksomhet i en kultur som domineres av medisinske profesjoner (Brevik 2010).

I forbindelse med samhandlingsreformen er kravene til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og hjemmesykepleien framhevet. De sosiale og kulturelle dimensjonene vil også påvirke og spille en rolle i dette samarbeidet. Dette er noe som er påpekt i enkeltstudier knyttet til samarbeid mellom hjemmesykepleien og ansatte i spesialisthelsetjenesten etter

innføring av samhandlingsreformen (Helleso og Fagermoen 2010). Hjemmesykepleien vil samarbeide med nye kommunale tjenester som akutt-tilbud. I slike samarbeidssituasjoner er det viktig også å være oppmerksom på de kulturelle og uformelle betingelsene for samarbeid i tillegg til det formelle samarbeidet, og på hvilken måte samarbeidet kan påvirke behovsforståelsen.

Notatet ovenfor har pekt på forskning om samhandlingsproblemer ved innføring av New Public Management innen helsesektoren. En omfattende kritikk har vært reist i forbindelse med innføring av styrings- og organisasjonsprinsipper basert på ideer fra NPM-tenking, og for hjemmesykepleien særlig i forbindelse med innføring av en bestiller-/ utførermodell. En oppsplitting av hjemmesykepleien, som bestiller-/utførermodellen representerer, gir samhandlingsutfordringer på grunn av avstanden mellom bestillerkontor og utøvende hjemmesykepleie. Vi har sett at litteraturen har vært opptatt av at denne oppsplittingen også kan medføre reduserte rammer for utøvelse av faglig skjønn og faglig myndighet for hjemmesykepleierne.

Faglig myndighet kan sees i lys av prioriteringsdiskusjonene. Prioriteringer handler i denne forbindelsen om hvem som skal nyte godt av en offentlig helsetjeneste og på hvilke grunnlag de skal fordeles (Tønnesen 2014). Hjemmesykepleierne har et betydelig ansvar for å prioritere helse- og omsorgstjenester, til tross for at det ikke finnes klare retningslinjer for denne oppgaven innen kommunehelsetjenesten (Tønnesen 2014). Imidlertid tyder forskningen på at de fatter beslutninger om prioritering etter faglig skjønnsmessige vurderinger av pasientens behov for pleie- og omsorgstjenester.

Vi har sett at bestiller-/utførermodellen for hjemmesykepleien er særlig kritisert for å komme i konflikt med utøvelse av hjemmesykepleiernes faglige myndighet. Det er derfor viktig at utøverne av tjenesten, hjemmesykepleierne, er gitt myndighet til å tilpasse tjenesten til behovene. Den vedlagte artikkelen (vedlegg 2) antyder muligheten for økte rammer for faglige skjønnsutøvelse for hjemmesykepleien etter innføring av samhandlingsreformen, noe som vil styrke det faglige grunnlaget for sykepleiernes prioriteringer i hjemmesykepleien.

Videre har vi sett at forskning har pekt på at boligomsorg, som alternativ til institusjonsomsorg, har medført nye samordningsutfordringer. Institusjoner og sykehjemsplasser er bygd ned med påfølgende behov for å sikre samordning av tjenester til eldre i omsorgsboliger. Når eldre med store og sammensatte hjelpebehov mottar hjelp i eget hjem, er det rimelig å regne med ytterligere økte samordningsbehov.

Økt vekt på boligomsorg framfor institusjonsomsorg gir også andre betingelser for pårørendes omsorg.

I dag framheves pårørendes situasjon og behov, og ulike offentlige meldinger har tatt området for seg. I de offentlige dokumentene, som retter seg mot utfordringene i fremtidens helsetjeneste ser vi at fokuset også handler om samhandling med familien (Meld. St. 24 (2012-2013); Meld. St. 29 (2011-2013); NOU 2011:11; NOU 2011:17; St.meld. nr 34 (1999-2000); St.meld. nr 47 (2008-2009)).

Bakgrunn og begrunnelse er at det offentlige ikke har mulighet til å løse alle utfordringene som følger den demografiske utviklingen. Det er lagt opp til et større fokus på samarbeid og økt samspill mellom pasient, pårørende, helsetjeneste, næringsliv og lokalsamfunn. Offentlige utredninger og meldinger til Stortinget legger derfor opp til samhandling med familien og frivillige. Vi finner dette blant annet i Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar (Meld. St. 24 (2012-2013)), Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11), Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2011-2013)).

Det er også rettet kritikk mot at helsetjenestene ikke i stor nok grad har vært tilpasset pårørendes behov for å kombinere arbeidsliv og omsorgsoppgaver i familien (Meld. St. 29 (2011-2013); NOU 2011:17). I Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)) legges det opp til et samarbeid mellom helsetjeneste, pasient og pårørende i arbeidet med å sikre gode og helhetlige tjenester. Styrking av frivillig engasjement hos private, organisasjoner, lokalsamfunn ses som nødvendig for å møte fremtidige behov og utfordringer (St.meld. nr 25 (2006-2007)).

For kommunehelsetjenesten og hjemmesykepleien legger omsorgsplanen vekt på partnerskap med familie og lokalsamfunn, frivillige og brukerorganisasjoner. «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11), eller «den andre samhandlingsreformen», utdyper det offentliges samspill med familie og frivillige aktører i eldreomsorgen (Meld. St. 29 (2011-2013); NOU 2011:11). Det legges vekt på et stort behov for å utvikle samhandlingsløsninger der familien og det øvrige uformelle nettverket spiller en rolle.

Det framheves nødvendigheten av at familieomsorgen skal fortsette å ha en sentral betydning. Intensjonene med å framheve familieomsorgen er ikke at denne skal ta et større ansvar, men derimot sørge for og gjøre oppmerksom på den viktige rollen familien og det uformelle nettverket har (NOU 2011:11). Det foreslås nye politiske virkemidler og økonomiske incentiver som nye stønadsordninger for omsorgsgivere innen familien. Man antar at grensen mellom

privat og offentlig sektor er i endring. I tillegg til at moderniseringen av offentlig sektor kan ha gjort at de offentlige organisasjonene har fått trekk som er mer lik de private (Busch 2011).

Vi har ovenfor i notatet sett at det ikke er nytt at samhandlingen med familien og de pårørende framheves. I dag legges det vekt på at vi fortsatt ikke har så mye kunnskap om hva som er god hjelp for pårørende og at det er store variasjoner i pårørendes hjelpebehov og situasjon (Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven og Remmen 2012). Gitt det store bidraget fra pårørende og at pårørende og det offentlige ofte samarbeider om hjelpen, så har tjenesten stort behov for kunnskap om pårørendes behov og situasjon og da særlig hvordan god samhandling kan være (Pickard og Glendinning 2002; Sigurðardóttir og Bravell 2013).

Etter innføringen av Samhandlingsreformen har særlig overganger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten fått stor oppmerksomhet i politisk, faglig og i forskningen. Det har vært et fokus på utskrivning av eldre pasienter fra sykehus til kommunene, og de utfordringer som kan oppstå i denne prosessen. Ulike faktorer som organisatoriske forskjeller, kultur- forskjeller, kommunikasjons- og informasjonsutfordringer og ulik målforståelse for behandlingen, kan øke samhandlingsutfordringene.

Vi har sett at forskningen tidligere har tatt opp mange kommuneinterne samhandlingsutfordringer. I og med økte oppgaver til kommunen må vi regne med stort behov for å være oppmerksom på kommuneinterne utfordringer videre framover, både formelle, som for eksempel å finne fram til gode avtaler og informasjonsrutiner, og uformelle, der både makt og kulturelle aspekter kan spille en rolle.

## 4 Litteraturliste

Barnard, A. (1996). Technology and nursing. An anatomy of definition. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4):433-441. doi: 10.1016/0020-7489(95)00069-0

Bratland, R. C. (2005). *Kommunehelsetjenestens organisering og utvikling*. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg: utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007. NIBR-Rapport nr. 2*. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionsforskning

Busch, T. (2011). Grensen mellom privat og offentlig sektor i endring I: T. Busch, E. Johnsen, K. K. Klausen og J. O. Vanebo (red). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T. og Vanebo, J. (2011). Interne markeder - fokus på bestiller-utfører-modellen I: T. Busch, E. Johnsen, K. K. Klausen og J. O. Vanebo (red). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Daatland, S.O, Slagsvold, B. og Lima, I. A. (2009). Population ageing, intergenerational solidarity and the family-welfare state balance: a comparative exploration. I: *How generations and gender shape demographic change. Towards policies based on better knowledge*. New York og Geneva: United Nations Economic Commission for Europe ECE/HBP/154.

Fermann, T. og Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien I: M. Kirkevold, K. Brodtkorp og A. H. Ranhoff (red). *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Gautun, H. og Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Rapport nr. 8. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Gjerde, I. (2012). Balansert målstyring som styringsverktøy I: H. Torsteinsen (red).

*Resultatkommunen. Reformen og resultater.* 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Golant, S. M. (1999). The promise of assisted living as a shelter and care alternative for frail American elders. A cautionary essay. I: B. Schwarz og R. Brent (red.) *Aging Autonomy and architecture. Advances in assisted living.* Baltimore: The Johns Hopkins Press.

Hansen, G. V., Kirchhoff, J. W. og Ramsdal, H. (2009). Bestiller/utfører-modellen – økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? I: T. Claussen og J. C. Karlsson (red.) *Arbetsliv i omvandling. Den sköra balansen. Arbetilivet mellan flexibilitet och stabilitet.* Nr. 4. Växjö: Växjö Universitet.

Hellesø, R. og Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care* (10):1568-4156. Hentet på Web of science).

Holen-Rabbersvik, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., Thygesen, E. og Slettebø, A. (2013). Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *Bmc Health Services Research*, 13. doi: 10.1186/1472-6963-13-451

Jacobsen, D. I. (1993). Sammen er vi dynamitt. Om koordinering mellom organisasjoner. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 9(2), 87-110.

Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-Norge: en innføring i kommunalkunnskap.* Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. (2012). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I: P. Repstad (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker.* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Kassah, B. L. L., Kassah, A. K. og Johansen, L. I. (2014). Makt - et viktig begrep for å forstå utfordringer som følger av samhandlingsreformen. I: B. L. L. Kassah, W. A. Tingvoll og A. K. Kassah (red.) *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene.* 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.



Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. og Tønnesen, S. (2014). Vilkår for samhandling og et helhetlig pasientperspektiv i helse- og omsorgstjenestene. I: B. L. L. Kassah, W. A. Tingvoll og A. K. Kassah (red). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Kirkevold, M. (2001). Familien i et helse- og sykdomsperspektiv. I: M. Kirkevold, K. S. Ekern (red). *Familien i sykepleiefaget*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Klausen, K. K. (2011a). Fra Public Administration over New PA til NPM – en fortolkningsramme for reformer I: T. Busch, E. Johnsen, K. K. Klausen og J. O. Vanebo (red). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Klausen, K. K. (2011b). Fusioner i det offentlige - den strategiske håndtering. I: T. Busch, E. Johnsen, K. K. Klausen og J. O. Vanebo (red). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Knudsen, H. I. (2012). Samarbeid på tvers av organisasjoner I: P. Repstad (red). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Kommunehelsetjenesteloven. Lov av 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen.

Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V. og Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12. Hentet på Web of Science og lest på PMC 18. juli 2014: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601532/>.

Meld. St. 24 (2012-2013). *Folkehelseholdingen. God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 29 (2011-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mellbye, F. (1990). Frivillige og humanitære helseorganisasjoner - velferdssamfunnets lim. I: A. R. Hovdum, S. Kuhnle og L. Stokke (red). *Visjoner om velferdssamfunnet*. Bergen: Alma Mater Forlag.

NOU 1992:1. *Trygghet - verdighet - omsorg*. Oslo: Sosialdepartementet.

NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2011:17. *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Opsahl, G., Solvoll, B.-A., & Granum, V. (2012). Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien*, 100(3), 60-63.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter*.

Pickard, S., & Glendinning, C. (2002). Comparing and contrasting the role of family carers and nurses in the domestic health care of frail older people. *Health & Social Care in the Community*, 10(3), 144-150. doi: 10.1046/j.1365-2524.2002.00352.x.

Rasmussen, B. (2000). Hjemmesykepleien som grådig organisasjon, makt og avmakt i desentraliserte organisasjoner. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 41(1), 38-57.

Romøren, T. I. (1998). Eldreomsorg I: A. Hatland, S. Kuhnle og T. I. Romøren. Den norske Velferdsstaten. 2. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Romøren, T. I. (1998). Helsetjenesten I: A. Hatland, S. Kuhnle og T. I. Romøren. Den norske Velferdsstaten. 2. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Romøren, T. I. (2011a). The Collaboration Reform. A critical look at the health care reform.

(Samhandlingsreformen. Et kritisk blikk på en helsereform). *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(1), 82-88.

Romøren, T. I. (2010). Pasient- og omsorgsforløp I: M. Kirkevold, K. Brodtkorp og A. H. Ranhoff (red). *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Rønning, R., Schanke, T., & Johansen, V. (2009). *Frivillighetens muligheter i eldreomsorg*. Rapport nr. 11. Lillehammer: Østlandsforskning.

Sigurðardóttir, S. H., & Bravell, M. E. (2013). Older caregivers in Iceland: providing and receiving care. *Nordic Social Work Research*, 3(1), 4-19. doi: 0.1080/2156857X.2013.768180

St.meld. nr 25 (2006-2007). *Mestring - muligheter - mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr 34 (1999-2000). *Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

St.meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

St.meld. nr 50 (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt – kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr 85 (1970-1971). *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Oslo: Sosialdepartementet.

Tingvoll, W. A., Kassah, L. L., & Kassah, A. K. (2014). Helse- og omsorgstjenestene - et Overblikk. I: B. L. L. Kassah, W. A. Tingvoll og A. K. Kassah (red). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Torsteinsen, H. (2012a). Bakgrunn, diagnose og inspirasjon. I: H. Torsteinsen (red). *Resultatkommunen. Reformert og resultater*. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Torsteinsen, H. (2012b). Hva skjer med den kommunale organisasjonen? I: H. Torsteinsen (red). *Resultatkommunen. Reformen og resultater*. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Tønnesen, S. (2011). *The Challenge to Provide Sound and Diligent Care. A qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. (Doktorgradsavhandling). Oslo: Universitet, det medisinske fakultet.

Tønnesen, S. (2014). Prioriteringer i hjemmesykepleien - mot prioriteringskriterier i helse- og omsorgssektoren? I: B. L. L. Kassah, W. A. Tingvoll og A. K. Kassah (red). *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Vabø, M. (2002). *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev: Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. Rapport nr. 18. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Vanebo, J. O. (2011). Institusjonell ombygging av staten og offentlig sektor. I: T. Busch, E. Johnsen, K. K. Klausen og J. O. Vanebo (red). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien*, 98(3), 60-63.

Wærness, K. (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken. Kvinners levekår og livsløp*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wærness, K. (1993). Et kvinneperspektiv på spenningen mellom husmorkulturen og den medisinske kulture i den offentlige omsorgen I: M. Kirkevold, M. , F. Nortvedt og H. Alvsvåg (red). *Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie*. 1. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Ytrehus, S. (1998). *Evaluering av Husbankens tilskuddsordningen til utbygging av omsorgsboliger og sykehjem*. Rapport nr. 241. Norges Byggforskningsinstitutt.

Ytrehus, S. (2002a). Det boligsosiale fagfeltet – ansvar og kompetanse  
*Tidsskrift for Velferdsforskning*, 3. Bergen: Fagbokforlaget.

Ytrehus, S. (2002b). Norwegian housing policy for frail elder. *Housing for the Elderly*,  
16(1/2), 107-123. doi: 10.1300/J081v16n01\_08

Ytrehus, S. (2012). Bostadspolitik och det offentligas utbud av bostäder for äldre i Norge. I:  
C. Nord (red) og M. Abrahamsson. *Äldres boende: forskningsperspektiv i Norden*. Lund:  
Studentlitteratur AB.

## Metode refleksjonsnotat

### Litteratursøk

Dette refleksjonsnotatet er gjennomført som en litteraturstudie. Litteratur er kommet til i ulike faser gjennom arbeidsprosessen. I første fase ble det foretatt søk i Svemed+, Pubmed og Cinahl. Dette ga ingen relevante treff i forhold til kommuneinterne samhandlingsutfordringer.

Videre ble tidligere årganger av tidsskifter som Sykepleien forskning, Nordisk tidsskrift for helsetjenesteforskning og Tidsskrift for velferdsforskning ble gjennomgått med tanke på å identifisere aktuelle artikler. Abstrakt for artikler som omhandlet hjemmesykepleien ble gjennomgått. Denne gjennomgangen ga fire aktuelle treff.

Videre ble det benyttet fagbøker som omhandler temaer knyttet til hjemmesykepleien, organisering av hjemmesykepleie, offentlig sektor og samhandling. Litteraturreferansene i artikler og bøkene ble gjennomgått og aktuell litteratur herfra ble inkludert. Offentlige utredninger og Stortingsmeldinger er også gjennomgått, og det er hentet referanser fra disse.

Søkene har vært basert på norsk litteratur fra tidlig 1970-tall og fram til 2012.

I siste fase ble det gjennomført ytterligere søk i ulike forskningsdatabaser for å sikre at relevant litteratur var inkludert. Det ble gjennomført søk med søkeord hjemmesykepleien. Abstract/sammendrag og omtale av treff ble gjennomgått.

Oversikt her viser søk med «hjemmesykepleien» som søkeord i tre ulike databaser og antall referanser som ble gjennomgått i fulltekst.

BIBSYS:	314 treff, hvorav 15 aktuelle
Norart:	142 treff, hvorav 2 aktuelle
Svemed+:	6 treff, ingen aktuelle

## Artikkel

# Rollen som hjemmesykepleier etter Samhandlingsreformen - sett fra sykepleiernes perspektiv

### Forfatter nr. 1:

Elin Grønsveen

Sykepleier i geriatri

Masterstudent i Helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet Høgskole og Lovisenberg

Diakonale Høgskole

Epost: [elin.gronsveen@diakonsyk.no](mailto:elin.gronsveen@diakonsyk.no)

Tlf.: 412 62884

### Forfatter nr. 2:

Siri Ytrehus

Professor ved Diakonhjemmet Høgskole, Institutt for sykepleie og helse

Epost: [siri.ytrehus@diakonhjemmet.no](mailto:siri.ytrehus@diakonhjemmet.no)

Tlf.: 22 96 37 24

**Antall ord: 2875**

# Rollen som hjemmesykepleier etter Samhandlingsreformen - sett fra sykepleiernes perspektiv

## Sammendrag

### Bakgrunn

Samhandlingsutfordringer innen helse- og omsorgstjenestene har vært erkjent over flere tiår. Hjemmesykepleiere kan ofte ha en nøkkelrolle når eldre med sammensatte omsorgsbehov skrives ut fra sykehus. Hjemmesykepleierne befinner seg i et spenningsfelt mellom sykepleiefaglig mål, lovreguleringer, politiske føringer og krav til effektiv ressursutnyttelse. Samhandlingsreformen ble iverksatt 1.1.12. og medfører ytterligere krav til rollen som hjemmesykepleier.

### Hensikt

Hensikten med denne studien har vært å undersøke endringer i rollen som hjemmesykepleier etter innføring av Samhandlingsreformen.

### Metode

Det er benyttet en kvalitativ forskningsdesign for studien, og studien baserer seg på dybdeintervjuer med hjemmesykepleiere.

### Hovedresultater

Resultater viser at hjemmesykepleierne erfarer at de har fått økt faglig innflytelse, at de i større grad får gjennomslag for sine faglige vurderinger og opplever at de har større mulighet enn tidligere til å påvirke vedtak fra bestillerkontoret. Imidlertid opplever de at de ikke har mulighet til å påvirke utskrivningen fra sykehuset, og at de ofte kan mangle vesentlig informasjon om pasientene som skrives ut.

### Konklusjon

Hjemmesykepleierne mener de har fått økt faglig innflytelse etter innføring av Samhandlingsreformen på viktige områder.

**Søkeord:** hjemmesykepleie, samhandling, kvalitativt intervju.



# **The role as a home care nurse after the Coordination Reform - from the perspective of the nurse**

## **Abstract**

### **Background**

Challenges concerning the coordination within the health services to elderly have been acknowledged over the last decades. Home care nurses often have a pivotal role in hospital discharge of frail elderly patients. The home care nurses are performing their role in a challenging environment, where they must take into account professional nursing integrity, formal legislation, policy guidelines and requirements for efficient utilization of resources. A new health sector reform, The Coordination Reform, was implemented January 1st 2012 in Norway. The Coordination Reform means even more requirements for the home nursing.

### **Objective**

The aim of study has been to examine home care nurses experiences related to changes in the home care nursing role as a consequence of the new health reform.

### **Method**

This study is based on qualitative interviews with home care nurses.

### **Results**

The results show that home care nurses experience increased professional influence in several areas. They are increasingly able to gain acceptance for their professional judgment concerning which services the elderly should get. However, they feel that they have no opportunity to influence the discharge from the hospital, and that they often lack essential information about the patients in transition.

### **Conclusion**

Home nurses believe they have gained increased influence in key areas since the introduction of the Coordination reform.

**Keywords:** home nursing care, coordination, qualitative interview

# Rollen som hjemmesykepleier etter Samhandlingsreformen - sett fra sykepleiernes perspektiv

## Innledning

Hjemmesykepleierrollen har gjennomgått mange endringer de siste årene (1-4). Rollen er påvirket av mange faktorer, blant annet politiske føringer, omlegging i helsetjenestene og sammensetning av faggruppen. Organisasjonsformer inspirert av New Public Management (NPM) har de siste 30 årene preget hjemmesykepleien og da også sykepleierrollen (5). og har fått stor oppmerksomhet, særlig innføring av en bestiller-/utfører-modell. NPM er et samlekonsept for en rekke teorier og modeller for styringsverktøy og ledelsesstrategier, og er inspirert av idealer for styring fra privat sektor (6, 7). Modellen innebærer at bestiller- og utførerene opptrer som to selvstendige offentlige organer (8, 9). I praksis er det opprettet egne bestillerkontorer i kommunene, der saksbehandlere fatter vedtak om tjenester til pasientene. Utførerdelen av tjenesten, det vil si hjemmesykepleien, får vedtaket om hvilket tiltak pasienten får (2). Bestiller-/utførermodellen er møtt med omfattende kritikk. Hjemmesykepleierne kan oppleve konflikt mellom krav til effektivitet, hensynet til pasienten og faglig integritet (2, 8, 10). En bestiller-/utfører modell kan derfor oppfattes som en begrensende for sykepleiernes handlingsrom til utøvelse av faglig skjønn.

Oppgaveforskyvingen fra spesialist- til kommunehelsetjeneste i regi av Samhandlingsreformen (11) skaper endringer i rollen som hjemmesykepleier. Samme utvikling, med oppgaveforskyving fra spesialist- til kommunehelsetjenesten og endringer for sykepleierrollen i hjemmesykepleien, er også beskrevet i andre land (1, 12-14). Endringene med flere oppgaver og økt ansvar for eldre med omfattede hjelpebehov kan kreve høy kompetanse i kommunene og i hjemmesykepleien, og representerer dermed en utvikling som krever omfattende handlingsrom for faglig skjønnutøvelse for hjemmesykepleierne (12, 15, 16). Hjemmesykepleieren beskrives derfor som en nøkkeltjeneste for eldre med komplekse omsorgsbehov og behov for hjelp fra ulike instanser (13, 17). Hjemmesykepleierne kan være nøkkelpersoner i utskrivningsprosessen fra sykehus og ved overganger fra et kommunalt tilbud til et annet (4, 13, 18-23). Hjemmesykepleieren kan bidra til å sikre kontinuitet, redusere behovet for øyeblikkelig hjelp og sykehusinnleggelse, forhindre reinnleggelse og unødvendige flyttinger mellom ulike kommunale tjenester (24, 25). God informasjon er en

sentral del av samarbeidet omkring og samhandling med de eldre (19, 20, 22). Også i Norge har informasjonsaspektet fått oppmerksomhet på grunn av innføring av elektroniske systemer for informasjonsoverføring. Denne artikkelen studerer hjemmesykepleieres erfaringer med endringer i rollen som hjemmesykepleier etter innføring av Samhandlingsreformen, med særlig hensyn på samhandling med bestillerkontor, sykehus og pårørende.

## Metode

### Datainnsamling

Dybdeintervjuer er valgt fordi denne metoden er hensiktsmessig for å få fram intervjupersonenes opplevelser og erfaringer (26, 27).

### Utvalg og rekruttering

Det er foretatt et selektivt strategisk utvalg (purposeful sampling) av informanter. (27, 28). En bydel i en stor kommune ble først valgt ut. Skriftlig forespørsel med informasjon om studien ble sendt til enhetsleder, som bisto med å velge ut informanter etter følgende inklusjonskriterier:

- Stilling som sykepleier i hjemmesykepleien
- Jobber pasientrettet med eldre
- Jobber minst 70 % stilling, både dag og kveld
- Både kvinner og menn

Enhetsleder forespurte aktuelle informanter. Etter avklaring om ønsket deltakelse, kontaktet enhetsleder førsteforfatter om de aktuelle. Seks hjemmesykepleiere, hvorav en mann og fem kvinner, fra tre ulike distrikter deltok. Deltakerne er fra 36 til 63 år. De har fra ett til 31 års erfaring fra hjemmesykepleien. To har videreutdanning, i tillegg til sykepleierutdanningen, innen it og økonomi. To har annen høgskoleutdanning før sykepleierutdanningen. Deltakeren med bare ett års erfaring innen hjemmesykepleien hadde på intervjudtidspunktet jobbet for kort til å ha erfaringer som tilsa mulighet for sammenligninger i arbeidssituasjon fra før reformen ble innført. Intervjuet ble likevel gjennomført, men funn fra dette intervjuet er ikke trukket inn i analysen.

### Gjennomføring av intervjuene

En tematisert intervjuguide ble brukt (26, 27, 29). Informantene ble introdusert for temaene, og ble oppfordret til å fortelle om sine erfaringer og vurderinger. Fokus i intervjuene var

hjemmesykepleiernes erfaringer etter innføring av samhandlingsreformen, arbeidsoppgaver og sykepleierrollen, samhandling med sykehuset med fokus på kommunikasjon og informasjonsutveksling, samt samarbeid med pårørende. Hvert intervju varte om lag en time og fant sted på hjemmesykepleiernes arbeidsplass. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene.

## **Analysen**

Båndopptaker ble brukt og opptakene ble så transkribert. En første gjennomlesing av intervjuene ble gjort i den hensikt å velge ut meningsbærende tekstelementer (27). Denne første gjennomlesningen og identifisering av felles tema på tvers av de 5 intervjuene ga 15 ulike foreløpige kategorier. Tekstelementene ble satt opp i en tabell. Videre analyser medførte sammenslåing av temaer med samme meningsinnhold til 3 hovedkategorier. Disse kategoriene er opplevelse av ”økt faglig påvirkning/innflytelse”, ”begrensende faktorer ”og ”pårørende”.

## **Forskningsetikk**

Dataene ble anonymisert og informantene ble nummert. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Samtykkeskjemaet ble signert før intervjuet startet. Deltakerne ble orientert om at de når som helst, uten begrunnelse, kunne trekke seg fra prosjektet.

## **Resultater**

### **Økt faglig påvirkning**

Sykepleierne beskriver et bredt spekter av arbeidsoppgaver, pasientgrupper og behov. Felles er at de uttrykker at det er flere pasienter med mange og omfattende helseproblemer og at hjemmesykepleierrollen har endret seg betydelig de siste årene. På noen områder blir endringene knyttet til innføringen av Samhandlingsreformen, men samtidig peker informantene på at endringene på mange områder har skjedd over flere år.

Informantene gir uttrykk for at rollen som hjemmesykepleier har utviklet seg mot økt faglig autonomi og myndighet til å bestemme arbeidsoppgaver. Informantene opplever at de nå i større grad enn tidligere, får gjennomslag for sine vurderinger av pasients behov for tjenester. For nye pasienter i hjemmetjenesten gjør bestillerkontoret vedtak om hjelpen til de eldre. Informantene mener at de nå alltid får gehør for forslag om å gjøre endringer av vedtak

dersom de mener det er behov for det, både ved førstegangsbesøk og når pasientens behov endrer seg. Bestillerkontoret tilpasser da vedtakene til sykepleiernes vurderinger. Denne økte muligheten til å tilpasse tjenesten til stadig endringer i behov, blir av enkelte knyttet direkte til Samhandlingsreformen. De mener at Samhandlingsreformen har bidratt til at det nå er stor vekt på at eldre skal få den hjelpen de har behov for.

*«Ja og så går vi ut. Så får vi selv gjøre vurderinger etter hvert. Og så endrer vi ut fra behovet og tiden. Det er tjenesteansvarlig som gjør det da. Skriver revurderinger.. hvis det trengs. Om de har større hjelpebehov og trenger mer tid, --» (nr.1)*

Intervjuene tyder på at de også på andre områder opplever gjennomslag for behovsvurderingene de gjør. Dette gjelder når de mener en pasient burde innlegges eller reinnlegges på sykehus. Sykepleieren tar kontakt og diskuterer direkte med leger og andre ansatte ved sykehuset om pasienten. De opplever å bli positivt møtt og får gjensomslag for sine synspunkt.

*«...og så tenker jeg liksom den der kommunikasjonen.. Jeg snakket med legen på dagen i går, på (sykehus), og forklarte at en bruker som hadde vært inne for ikke så lenge siden følte seg sånn og sånn og det var ikke noen åpen retur, ----- . Og det var da en innleggelse på KAD, så det gikk gjennom legevakta, men det var det som skjedde og det fungerte veldig bra (nr. 6)».*

Intervjuene viser at sykepleieren med fagstilling innen et spesialfelt har en særlig selvstendig stilling til å definere oppgaver og foreta prioriteringer.

*«...altså, jeg tar meg tid til det. Men jeg skriver litt mitt eget program. Så jeg er litt sånn på siden på en måte. Ting tar tid, kartlegging, og så skal du dokumentere og ordne opp i ting. Det er viktig med tid» (nr. 4).*

Denne rollen innebærer dessuten å inngå i fagnettverk med andre institusjoner utenfor tjenesten, og stillingen inngår ikke i det faste og planlagte besøks- og oppfølgingsarbeidet til pasienten.

## Begrensende faktorer

Det at de opplever gjennomslag for vurderinger av pasientens behov overfor spesialisthelsetjenesten, er ikke ensbetydende med at kommunikasjonen med sykehuset blir oppfattet som problemfri. Noen av informantene gir uttrykk for at det kan være vanskelig å få snakket med rett person på sykehuset. Det er frustrerende ikke å nå fram til legen som kjenner pasienten.

Samtlige gir uttrykk for at spesialisthelsetjenesten setter premissene for når en pasient er utskrivningsklar.

*«Må prøve å flette en ny bruker inn i kveldssystemet på en måte. Det er ikke alltid like lett. Og det samme med neste dag, man må også finne plass der. Og det er jo ikke alltid en har så mye ressurser til overs. Så det kan være et problem. Men jeg synes ikke det er veldig ofte at det skjer (nr. 6)».*

Selv om alle informantene forteller om pasienter som blir skrevet svært tidlig ut fra sykehus, varierte det hvordan de mener de kan håndtere denne situasjonen. Noen gir uttrykk for at utskrivningspraksisen fører til at de blir stilt overfor oppgaver de ikke har kompetanse og ressurser til å løse. Andre mener de evner å tilpasse hjelpen til pasientene og at de har nødvendig kompetanse og ressurser.

Informantene opplever at aktuell informasjon er blitt lettere tilgjengelig ved innføring av elektronisk meldingssystemet for kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og sentrale samhandlingspartnere. Særlig legger de vekt på at meldingssystemet har gjort det lettere å komme i kontakt med fastlegen.

*«Og fastlegene har kommet mer og mer på banen nå, det er nylig e-linken ble innført og der har de fått frist på å svare».(nr. 2)*

Samtidig legger vekt på at de fortsatt ofte mangler sentral informasjon. De får sjelden sykepleiersammenfatning og epikrise fra sykehus før de kommer til pasienten. Det er ikke faste rutiner for deling av denne informasjonen.

*Men i mange tilfeller uten å si noe spesifikt tall på hvor mange tilfeller det er snakk om, men det er mange tilfeller det jeg har opplevd at en pasient kommer hjem kun med en sykepleiersammenfatning og ikke en formell epikrise (nr. 2).*

Ikke alle er fornøyd med den faglige kvaliteten på innholdet i meldingene. De som er kritiske mener kvaliteten er avhengig den personen som forfatter meldingen.

## **Pårørende**

Informantene gir uttrykk for ulike syn på hvilken rolle de har overfor pårørende og på hvilken rolle pårørende skal ha. Felles for de fleste intervjuene er at det kommer fram lite refleksjon om denne tematikken. Intervjuene tyder også på at det er uklart hvilket ansvar og rolle pårørende skal ha. Pårørendes egne behov for støtte er først og fremst nevnt i forbindelse med avlastning. Enkeltintervjuer kan tyde på at ansvaret for å etablere et samarbeid er tillagt de pårørende.

*«Det er veldig varierende hvor mye pårørende involverer seg egentlig. Noen har veldig god dialog med oss og andre vet kanskje ikke helt hva de skal spørre om, eller hvordan de skal samarbeide (nr. 3)».*

Bare sykepleieren med en fagspesialiststilling forteller om rutiner for informasjon til og samhandling med pårørende.

*«Ja, som sagt det er viktig at pårørende føler seg trygge på hjelpeapparatet, at det er godt samarbeid. Jeg har vært på mange nettverksmøter..... Og jeg har sett at pårørende kan sitte med høyre skuldre og tenkt at jeg kan ikke ta pasienten hjem men hvis du får... (nr. 4).»*

Noen mener pårørende forventer for mye av hjemmetjenesten og at disse forventningene kan være skapt av sykehuset ved utskriving. Enkelte uttrykker seg svært negativt om pårørendes bidrag og mener de bidrar og deltar lite i omsorgen for den eldre.

*«Jeg synes at det er veldig lite deltakelse fra pårørende sånn generelt. Kommer ikke når de blir innlagt eller utskrevet ofte. Det er noen få som har veldig godt nettverk av*

*barn og barnebarn som hjelper til... Noen har kanskje et eller to barn som aldri nesten ser men som kommer av og til (nr. 3)..*

Andre har motsatt synspunkt og mener pårørende bidrar mye. Enkelte er opptatt av at pårørende har for mye ansvar for faglige oppgaver.

## Diskusjon

Denne undersøkelsen studerer hjemmesykepleierens oppfatning av endringer i rollen som hjemmesykepleier etter Samhandlingsreformen. Felles for informantene er at de gir uttrykk for at deres rolle som hjemmesykepleiere har endret seg betydelig de siste årene. Endringen innebærer at samtidig som de opplever at de får stadig mer hjelpetrengende pasienter, opplever de å få større gehør og gjenslag enn tidligere for de vurderingene de gjør av pasientenes behov. Dette resultatet kan forstås som at rommet for sykepleiernes faglig skjønn er utvidet sammenlignet med tidligere. De behovsvurderingene som hjemmesykepleierne gjør, blir hørt og får i større grad enn tidligere betydning for de tiltak som settes i verk.

New Public Management-modellen har dominert organiseringen av hjemmesykepleien. Tjenesten har vært organisert med utgangspunkt i vedtak om oppgaver og tidsforbruk hos den enkelte pasient (6, 30-32). Dermed kan forhåndsdefinerte oppgaver og tidsskjemaer ha begrenset sykepleierens mulighet for bruk av faglig skjønn. Det vår studie peker på, er at sykepleiere opplever en utvikling der det faglige skjønn har fått større spillrom etter innføring av Samhandlingsreformen. Dette resultatet kan nettopp forstås i lys av intensjonen i Samhandlingsreformen, og kan kanskje antyde at man også administrativt i kommunene gir sykepleierne større handlingsrom og mulighet til påvirkning.

Vi har sett at på tross av opplevelsen av økt gjennomslag for faglige skjønnsvurderinger, opplever informantene flere begrensende faktorer. Særlig gjelder dette tidspunkt for når pasientene blir utskrevet og manglende informasjon om pasientene. Litteraturen peker på at en vellykket utskrivningsprosess er avhengig av at sykepleiere i ulike tjenestenivå har en felles oppfatning av den utskrivningsklare pasientens behov (19, 22, 23, 33), og at sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleie kan ha avvikende oppfatning av hva det betyr at pasienten er «utskrivningsklar» (3, 23). Sykepleiere i hjemmesykepleien og på sykehus kan vurdere pasientens omsorgsbehov ulikt (19, 23, 33). Intervjuene viser imidlertid at det er variasjoner i



vurderingen av manglende ressurser og kompetanse i hjemmesykepleien ved utskrivning. Noen mener de mangler nødvendig ressurser og kompetanse, andre ikke. Det kan være flere grunner til dette. En grunn kan være at sykepleiere med god kompetanse kan oppleve trygghet og se flere muligheter til å finne gode løsninger for å ivareta pasientens behov.

God informasjon ved utskrivningen kan være sentralt for hjemmesykepleierens mulighet til god tilrettelegging. Andre studier viser at sykepleierdokumentasjonen i en del tilfeller har lav kvalitet (34, 35). Selv om informantene i vår undersøkelse opplever informasjonen som mangelfull, mener de likevel at det har forgått en positiv utvikling på dette området. Det elektroniske meldingssystemet har påvirket i positiv retning. Derimot setter informantene spørsmål ved kvaliteten på informasjonen. De mangler også sentral informasjon. Vi må regne med at det er store variasjoner i hvilken grad ulike hjemmesykepleiedistrikt og sykehus setter fokus på sykepleiedokumentasjonen og kvalitetene på denne i ved innføring av elektroniske meldingssystem. Andre undersøkelser viser at elektronisk utveksling av sykepleiersammenfatning påvirker kvaliteten på dokumentasjonen positivt og gjør den mer relevant for hjemmesykepleierne (36).

Flere sykepleiere med spesialutdanning gir økt kompetanse i hjemmesykepleien. Bare en av informantene er spesialsykepleier. Denne sykepleieren inngår ikke i det ordinære oppfølgingsarbeidet. Denne organiseringen kan gi god mulighet til fleksibilitet og tilpasningen. Denne forankringen kan imidlertid også gi en hjemmesykepleierolle som er mer distansert fra den direkte pasientkontakten. Nærhet og kontinuitet i pasientkontakten kan være nødvendig for å kunne indentifisere behov og tilpasse tiltak til den enkelte pasient. Når kompetansen blant sykepleiere bygges opp i hjemmesykepleien er det viktig å følge med på hvordan kompetansen organiseres og gjøres tilgjengelig for eldre.

Pårørende er viktige for mange eldre i hjemmesykepleien. Undersøkelse her antyder at hjemmesykepleierne ikke har innarbeidede og faste rutiner for pårørendearbeid. Annen forskning antyder en tendens til at pasienter med ressurssterke pårørende mottar mest bistand fra hjemmesykepleien (37). Enkelte av hjemmesykepleierne i vår studie mener at for mye ansvar legges over på pårørende. Andre undersøkelser støtter dette synet (37). Vår undersøkelse gir i tillegg grunn for å stille spørsmål ved den faglige forankringen av pårørende arbeidet. Annen forskning om samarbeid med pårørende viser også til variasjoner i hvor formelle rammer dette arbeidet har (19, 33, 38).

## Begrensninger

Dette er en kvalitativ studie. Resultatene kan ikke generaliseres. Et utvalg med andre sykepleiere ville kunne gi andre resultater. Noen av informantene kjenner til førsteforfatter, som har vært ansatt på et samarbeidende sykehus.

Inntrykket er at dette først og fremst var positivt og skapte aksept for studien (27). Det at en annen forsker deltok i tillegg til førsteforfatter, bidro til å redusere ulemper med førsteforfatters nærhet til feltet.

## Implikasjoner for praksis og videre forskning

En intensjon med Samhandlingsreformen er å sikre helhet i tjenestetilbudet. Denne intensjonen stiller krav til samhandling ved utskrivning fra sykehus. Hjemmesykepleierne kan ha en nøkkelrolle i denne prosessen. Samhandlingsreformen legger vekt på at samarbeid om utskrivningen skal starte allerede mens pasienten er på sykehuset.

Annen litteratur legger vekt på at samarbeidet må starte ved innleggelsen (19, 39). På dette området peker vår studie på forbedringsbehov med tanke på å få til en sammenhengende tjeneste for eldre. God og nødvendig informasjon er da en viktig faktor. Denne studien peker på behov for oppmerksomhet på det faglige innholdet i elektroniske meldinger. Dessuten at all vesentlig informasjon når frem til hjemmesykepleierne i rett tid.

Flere hjemmesykepleiere vil etter hvert få spesialkompetanse innen mange ulike fagområder. Det er stort behov for videre forskning om hvordan denne spesialkompetansen brukes og organiseres slik at den kan komme alle eldre til gode.

Pårørende er en sentral samhandlingspartner for hjemmesykepleien og påvirker rollen som hjemmesykepleier. Denne undersøkelsen gir grunn til å peke på behov for å sette pårørendearbeid inn i en faglig referanseramme.

## Konklusjon

Informantene i denne studien opplever at det faglige skjønnet har fått større spillrom og gir grunnlag for en antakelse om en utvikling som innebærer større gjennomslag for

hjemmesykepleiernes faglige vurderinger etter innføring av Samhandlingsreformen.

Resultatene peker videre på behov for at hjemmesykepleierne trekkes tidligere inn i arbeidet med utskriving av pasienter fra sykehuset. Pårørende er en sentral aktør i eldreomsorgen.

Denne studien stiller spørsmål ved den faglige forankringen av pårørendearbeidet.

## Referanser

- 1. Barnard A.** Technology and nursing. An anatomy of definition. *International Journal of Nursing Studies*. 1996;33:433-41.
- 2. Fermann T, Næss G.** Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold M, Brodtkorp K, Ranhoff AH (red) *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal akademisk, Oslo. 2011.
- 3. Gautun H, Syse A.** Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Rapport nr. 8. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). 2013.
- 4. Opsahl G, Solvoll B-A, Granum V.** Forførende samhandlingsreform. *Sykepleien* 2012;100:60-3.
- 5. Helse- og omsorgsdepartementet.** Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005:3. Oslo.
- 6. Klausen KK.** Fra Public Administration over New PA til NPM - en fortolkningsramme for reformer. I: Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO (red) *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Universitetsforlaget, Oslo. 2011.
- 7. Torsteinsen H.** Hva skjer med den kommunale organisasjonen? I: Torsteinsen H (red) *Resultatkommunen. Reformen og resultater*. Universitetsforlaget, Oslo. 2012.
- 8. Busch T, Vanebo J.** Interne markeder - fokus på bestiller-utfører-modellen. I: Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO (red). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Universitetsforlaget, Oslo. 2011.
- 9. Hansen GV, Kirchhoff JW, Ramsdal H.** Bestiller/utfører-modellen - økt fleksibilitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten? I: Claussen T, Karlsson JC (red) *Arbetsliv i omvandling. Den sköra balansen Arbetslivet mellan flexibilitet och stabilitet*. Växjö Universitet, Växjö. 2009.
- 10. Vetlesen AJ.** Empati under press. *Sykepleien*. 2010;98:60-3.
- 11. Helse- og Omsorgsdepartementet.** St.meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo. 2008-2009.
- 12. Hallett CE, Pateman BD.** The 'invisible assessment': the role of the staff nurse in the community setting. *J Clin Nurs*. 2000;9:751-62.
- 13. Linertová R, García-Pérez L, Vázquez-Díaz JR, Lorenzo-Riera A, Sarría-Santamera A.** Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17:1167-75.
- 14. Rink E, Sims J, Walker R, Pickard L.** Hospital care at home: an evaluation of a scheme for orthopaedic patients. *Health & Social Care in the Community*. 1998;6:158-63.

- 15. Bramadat IJ, Chalmers K, Andrusyszyn MA.** Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: The perceptions of community nurses, administrators and educators. *J Adv Nurs.* 1996;24:1224-33.
- 16. Cantrell J.** District nurses' perceptions of health education. *J Clin Nursing.* 1998;7:89-96.
- 17. Ytrehus S.** Bostadspolitik och det offentligas utbud av bostäder för äldre i Norge. I: C Nord (red) og M Abrahamsson Äldres boende: forskningsperspektiv i Norden. 2012;35-50.
- 18. Atwal A.** Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *J Adv Nurs.* 2002;39:450-8.
- 19. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M.** Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs.* 2009;18:2539-46.
- 20. Boling PA.** Care Transitions and Home Health Care. *Clinics in geriatric medicine.* 2009;25:135-48.
- 21. Danielsen B, Fjær S.** Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning.* 2010;5:28-35.
- 22. Grønroos E, Perela M-L.** Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scand J Caring Sci.* 2005;19:288-95.
- 23. Helleso R, Fagermoen MS.** Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *Int J Integr Care.* 2010;10.
- 24. Chiu WK, Newcomer R.** A Systematic Review of Nurse-Assisted Case Management to Improve Hospital Discharge Transition Outcomes for the Elderly. *Professional case management.* 2007;12:330-6.
- 25. Meret-Hanke LA.** Effects of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use. *The Gerontologist.* 2011;51:774-85.
- 26. Kvale S, Brinkmann S.** Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk, Oslo.2012.
- 27. Thagaard T.** Systematikk og innlevelse. Fagbokforlaget, Bergen. 2011.
- 28. Johannesen A, Tufte PA, Christoffersen L.** Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Abstrakt, Oslo. 2011.
- 29. Silverman D.** Interpreting qualitative data. SAGE, London.2011.
- 30. Tingvoll W-A, Saeterstrand T, Fredriksen S-TD.** Kompetanse i tiltakskjeden - avdelingslederes erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden.* 2010;30:29-33.

- 31. Tønnesen S.** The challenge to provide sound and diligent care. A qualitative study of nurse' decisions about prioritization and patients' experiences og the home care service (doktorgradsavhandling). Faculty of Medicine, University of Oslo. 2011.
- 32. Vabø M.** Bestiller-utførermodellen – en vidundermedisin med bivirkninger? Fagbladet, 6. 2006.
- 33. Bull MJ, Roberts J.** Components of a proper hospital discharge for elders. J Adv Nurs. 2001;35:571-81.
- 34. Naustdal A-G, Netteland G.** Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. Sykepleien Forskning. 2012;7:270-9.
- 35. Stevenson JE, Nilsson G.** Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. J Adv Nurs. 2012;68:667-76
- 36. Melby L, Helleso R.** Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. Int J Integr Care. 2010;10.
- 37. Tønnesen S, Førde R, Nortvedt P.** Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian Home-based Services. Policy Polit Nurs Pract.. 2009; 10:276-84
- 38. Grimmer KA, Moss J, Falco J.** Becoming a carer for an elderly person after discharge from an acute hospital admission. IJAHSP. Nova Southeastern University; 2004;2. Tilgjengelig fra: <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol2num4/grimmer-carer%20issues.pdf> (Lest 12.06.14).
- 39. Tennier LD.** Discharge planning: An examination of the perceptions and recommendations for improved discharge planning at the Montreal General Hospital. Social Work in Health Care. 1997;26:41-60.

## Forespørsel til enhetsleder om rekruttering av informanter i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er mastergradsstudent i Helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet/Lovisenberg Høgskole, og holder for tiden på med den avsluttende mastergradsoppgaven. Tema for oppgaven er Samhandlingsreformen, og jeg skal undersøke hvordan sykepleier i hjemmetjenesten erfarer samhandling med sykehuset.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien. Spørsmålene vil dreie seg om sykepleiernes erfaringer og opplevelser rundt utskrivningsprosessen relatert til samhandling med sykehuset og med fokus på helhetlige pasientforløp og gode overganger for den eldre pasienten med kompleks sykdomssituasjon.

Jeg vil be om å få mulighet til å utføre denne undersøkelsen i bydelen. Dersom det er mulig har jeg behov for hjelp til å velge ut sykepleiere som kan delta på intervju og som har følgende kjennetegn:

Inklusjonskriterier:

- Stilling som sykepleier i hjemmesykepleien
- Jobber pasientrettet og mot den eldre bruker
- Jobber minst 70 % stilling, både dag og kveld
- Både kvinner og menn

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuene. Intervjuene vil bli transkribert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig sensurert.

De sykepleierne som ønsker å være med på intervjuet må kunne skrive under på informert samtykke.

Intervjuene ønsker jeg å utføre i sykepleiernes arbeidstid både på dag og kveldstid. Tid og sted for intervjuer tilpasses sykepleiernes ønsker.

Jeg håper du kan kontakte personer som oppfyller inklusjonskriteriene, og jeg ber om tillatelse til å ta kontakt med dem for å avtale intervju.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 41262884, eller sende en e-post til [elingron1@hotmail.com](mailto:elingron1@hotmail.com).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen  
Elin Grønsveen

## Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er mastergradsstudent i Helsetjenester til eldre ved Diakonhjemmet/Lovisenberg Høgskole, og holder for tiden på med den avsluttende mastergradsoppgaven. Tema for oppgaven er Samhandlingsreformen, og jeg skal undersøke hvordan sykepleier i hjemmetjenesten erfarer samhandling med sykehuset.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 8 sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien. Spørsmålene vil dreie seg om sykepleiernes erfaringer og opplevelser med utskrivningsprosessen relatert til samhandling med sykehuset, med mulighet for helhetlige pasientforløp og gode overganger for den eldre pasienten med kompleks sykdomssituasjon.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig sensurert.

Dersom du ønsker å delta på intervjuet, vil jeg be om at du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 41262884, eller sende en e-post til [elingron1@hotmail.com](mailto:elingron1@hotmail.com).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Elin Grønsveen

### **Erklæring om informert samtykke:**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Sted/dato: \_\_\_\_\_

Navn på deltaker: \_\_\_\_\_

Tlf./E-post: \_\_\_\_\_



## Intervjuguide

### Bakgrunn

Alder:

Kjønn:

Stilling:

Høyest fullførte utdanning/grad:

Antall år som sykepleier:

Antall år i hjemmetjenesten:

### Samhandlingsreformen

Er det endringer i hjemmetjenestens arbeidsformer etter samhandlingsreformen

Nye tiltak/arbeidsformer i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen

Tiltak for å styrke kompetansesituasjonene i hjemmetjenesten etter samhandlingsreformen

Tiltak for ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov etter samhandlingsreformen

Samarbeider mellom ulike yrkesgrupper/instanser i kommunene

Vurdering av kompetansesituasjonen

Betydningen av eller endring etter samhandlingsreformen

- for den gamle pasienten

- for egen yrkespraksis

- for samhandling med sykehuset

Vurdering av hva som hemmer og fremmer god samhandling

### Informasjonsutveksling ved overganger (eldre fra spesialisthelsetjenesten til kommunene), fokus på helhetlig pasientforløp for enkeltindividet

Eksisterende rutiner /praksis for informasjonsutveksling/overføring av kunnskap om den eldre

Utskrivningsklar, perspektiver

## Intervjuguide, forts.

Pasientens behov, perspektiver

Hvilken form informasjonsutvekslingen har (muntlig, telefon, personlige møter, skriftlig, papir, elektronisk)

Hvordan brukes informasjonen

Hvilken informasjon er det bruk for

Hvor ofte og hvordan?

Når i pasientforløpet

Hvem gir informasjon (leger, sykepleier, annet)

Andre i kommunene som er involvert i informasjonsoverføringen, samhandlingen om pasienten (bestillerkontor, koordinator, fastlege, andre fagpersoner).

Hvem tar initiativ - hvem etterspør

Vurdering av hvordan rutinene/praksisen for samhandling/informasjonsutveksling

Hemmede og fremmede faktorer for god informasjonsutveksling/samhandling

Vurdering av kvalitet og innhold på informasjon om den eldre

I relasjon til egen arbeidssituasjon

I relasjon til den Eldres behov

Kontinuitet/videreføring av behandlingsplaner

Overføres relevant informasjon om den Eldres situasjon (somatikk, funksjonsnivå, psykisk og/eller kognisjon, sosialt)

Klar ansvarsfordeling i planlegging av overganger

### **Pårørendes rolle i samhandlingen/ informasjonsutvekslingen om pasienten**

Pårørendes rolle i utskrivningsprosessen

Formidling av informasjon via pårørende (dokumenter, beskjeder, tidspunkter)

Samhandling med sykehuset via pårørende

Pårørende, hemmende eller fremmede faktorer

Der pårørende ikke finnes/ikke deltar

## Intervjuguide, forts.

### **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om eldre med store og sammensatte behov**

Spesialisttjenestens rolle som veileder/hjelp til kompetanseutvikling for hjemmetjenesten

På hvilken måte og når skjer det?

Vurdering av spesialisttjenestens rolle som veileder

Tverrfaglige fora

Annen hjelp/oppfølging fra spesialisthelsetjenesten

Overføres relevante kunnskaper/kompetanse om den eldre situasjon (somatikk, funksjonsnivå, psykisk og/eller kognisjon, sosial sit)

Initiativ - etterspørres kunnskaper

Overføring av kunnskaper til sykehus (gjensidighet iflg avtaler, eks innleggelse)

### **Avtaler om samarbeid mellom bydeler og spesialisthelsetjenesten**

Kjennskap til avtaler mellom sykehus og bydel

Partenes ansvar

Vurdering av betydningen av avtalene

Hvordan har bydelen tilrettelagt

Tilrettelegging fra hjemmesykepleien i samarbeidet

### **Endringer etter samhandlingsreformen**

Betydning av/endring etter samhandlingsreformen

for de eldre

for egen yrkespraksis

for samhandlingen med sykehuset

for kunnskapsoverføring

Vurdering av hva som fremmer eller hemmer god samhandling

## Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

Publisert: 14.06.2011.

DOI: 10.4220/sykepleienn.2011.0106

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer f.o.m. 14.03.2014 på internett i manuskripthåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. /Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken / <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

### Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser.

Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

### Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

## Forfatterveiledning Sykepleien Forskning, forts.

### Innhold i manuskriptet som sendes inn

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips.

<http://www.sykepleien.no/kontakt/128079/skriv-for-sykepleien-forskning>

Artiklene struktureres etter \*IMRAD-prinsippet.

<http://www.sykepleien.no/forskning/nyttestoff/126607/skriv-en-artikkel->

For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

STOBE <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists> (ulike kvantitative studier).

COREQ <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.full> (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper).

CONSORT <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/> (randomiserte studier).

COSMIN <http://www.cosmin.nl/images/upload/File/checklist%20final%20feb%202010.pdf> (utvikling av måleinstrumenter).

TREND <http://www.cdc.gov/trendstatement/Index.html> (ikke-randomiserte forsøk).

PRISMA (SF) <http://www.prisma-statement.org/> og Reinar og Jamtvedt 2010

[http://www.sykepleien.no/Content/681694/nyttestoff\\_systematisk%20oversikt.pdf](http://www.sykepleien.no/Content/681694/nyttestoff_systematisk%20oversikt.pdf)

(kunnskapsoppsummeringer).

QUADAS 2 <<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/25>> (diagnose).

Hoved-manuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

#### 1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn

Postadresse

Elektronisk postadresse

Telefonnummer

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

#### 2. Sammendrag

[http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=116751](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=116751)

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon. Lengde: maksimalt ha

## Forfatterveiledning Sykepleien Forskning, forts.

1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

Det engelske sammendraget (abstract) fremstilles på egen side. Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn). Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget. Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

### Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstreses og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging: <http://minvei.no/read/7c7b6caa-400a-4c46-9b4a-f441ae9617ff>

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

### Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

#### Introduksjon

[http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=154633](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=154633) til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

**Hensikt** med studien og problemstilling(er).

#### Metodedel

[http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=286923](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=286923) (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

#### Resultater

[http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=409584](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=409584) Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode [http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=302089](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=302089) får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

## Forfatterveiledning Sykepleien Forskning, forts.

### Diskusjon

[http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=532003](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=532003)

(validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat).

Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

### Konklusjon

[http://www.sykepleien.no/Content/681667/nyttestoff\\_konklusjon\\_6252.pdf](http://www.sykepleien.no/Content/681667/nyttestoff_konklusjon_6252.pdf) Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

### Figurer og tabeller

[http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=397483](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=397483)

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter.

Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig. Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen. Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av CONSORT-gruppen <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram0/>

### Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved innsendingen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. de Witt L, Ploeg J. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–229.
2. Fraser DM, Cooper MA. *Myles Textbook for Midwives*. Churchill Livingstone, London. 2003.
3. Dahl K, Heggdal K, Standal S. Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie*. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. Foucault M. Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault*. Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).
5. Sosialdepartementet. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
7. Karterud D. Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

## Forfatterveiledning Sykepleien Forskning, forts.

### Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskriphåndteringssystem på følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>.

Følg brev til redaktør

Følg brevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

I tillegg må forfatterne oppgi:

Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.

Forslag på minst to aktuelle habile fagfeller (navn og kontaktinformasjon).

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

### Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskriphåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellevurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere.

Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.



## Forfatterveiledning Sykepleien Forskning, forts.

### Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

### Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

### Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning  
P.O. Box 456, Sentrum  
0104 Oslo

Skjemaet for Erklæring om interessekonflikter

[http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p\\_document\\_id=671668](http://www.sykepleien.no/page/sykepleien/forskning/nyttestoff/vis?p_document_id=671668)  
finnes på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Siri Ytrehus  
Institutt for sykepleie og helse  
Diakonhjemmet Høgskole AS  
Postboks 184 Vinderen  
0319 OSLO

Vår dato: 31.05.2013

Vår ref:34474 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.05.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34474	<i>Sambandling mellom sykehus og hjemmesykepleie</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Siri Ytrehus</i>
<i>Student</i>	<i>Elin Grønsveen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Anne-Mette Somby

Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Elin Grønsveen, Wesselsvei 3 A, 1412 SOFIEMYR

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kjyre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kjyre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svt.uit.no](mailto:nsdmaa@svt.uit.no)



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektet skal avsluttes 01.09.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.