

Samhandling mellom alderspsykiatrisk enhet og
kommunal hjemmesykepleie

En kvalitativ undersøkelse om sykepleiere sin erfaring i møte
med eldre hjemmeboende som har en depresjon

Ingunn Meyer Norschau

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Masteroppgave

Master i Helse- og sosialfaglig arbeid med eldre

Antall ord: 24934

18.05.2021

Hold sinnet ditt mjukt

- Hold sinnet ditt mjukt,
sier en stemme i vinden
- La det ikke stivne
av år og alder. Smør det
med dagens gule soletalg,
dynk det med dogg fra en
blomsterkalk,
garv det i motgangs bitre
saltlake.

Hold sinnet ditt vart og villig
som greina i brisen:
en hvileplass for fugler
med vingen blå av
himmelduft.

Hans Børli

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Bakgrunn:

En økende eldre befolkning i fremtiden vil føre til at det er behov for økte helsetjenester til eldre personer med depresjon. Alderspsykiatri er et fagfelt som utfører utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser og hjemmesykepleien møter denne gruppen i hverdagen. Det er uklart hvordan hjemmesykepleien opplever at samhandling med alderspsykiatrisk enhet fungerer og hva de tenker kan legges til rette for økt samhandling.

Hensikt:

Hensikten med studien er å utforske hvordan hjemmesykepleien opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer og hvordan samhandling med alderspsykiatrisk enhet og hjemmesykepleien kan økes.

Teoretisk forankring:

Teorien i oppgaven er forankret i samhandling og ulike forståelser for samhandling, videre er samhandlingsreformen gjort rede for.

Metode:

Studien er kvalitativ, og kvalitativt forskningsintervju er valgt som metode for datainnsamling. Seks sykepleiere fra to forskjellige kommuner er intervjuet. For å analysere datainnsamlingen er det benyttet systematisk tekstkondensering.

Funn:

Funn viser at hjemmesykepleie som er delt inn i spesialiserte grupper opplever at denne formen for inndelingen gjør at de har mer kunnskap om eldre og depresjon og at dette bidrar til mer trygget i møte med eldre hjemmeboende som har en depresjon. Et annet funn var at dagsenter for eldre hjemmeboende med depresjon ikke eksisterte, situasjonen rundt covid-19-pandemien har ført til at denne gruppen eldre har fått sine tilbud ytterligere redusert. Funn tyder på at det fortsatt er et stykke å gå når det gjelder samhandling mellom alderspsykiatrisk enhet og hjemmesykepleien.

Abstract

Background:

It is estimated that a higher prevalence of older people with depression will lead to a higher demand of health services. Geriatric psychiatry focus on evaluation and treatment of mental disorders of elderly and home care services meet these people in their everyday life. It is not clear how they experience that coordination between geriatric psychiatry works and what home care services think can increase coordination.

Purpose:

The purpose is to gain knowledge about how home care services experience the follow up treatment of older people with depression and how coordination with geriatric psychiatry can increase.

Theoretical framework:

The theory in this paper is coordination and different understandings of coordination will be discussed. The coordination reform will also be addressed.

Method:

The study is qualitative. Qualitative interviews with six nurses is conducted in two different municipalities. To analyze the study it is used systematic text condensation.

Results:

The study indicates that nurses in home care services who are divided into specialized groups experience that they gain more knowledge about older people with depression and that contributes to how they meet this group of people. Another result was that activity centers for older people with depression does not exist, and that and the circumstances with the covid-19-pandemic has further resulted in a decrease of health services. Results show that coordination between geriatric psychiatry and home care services must be further explored.

Forord

Jeg har tro på at økt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er veien å gå for at eldre skal få gode helsetjenester. Det var derfor et naturlig valg for meg under dette masterstudiet at jeg landet på samhandling som tema. Å møte sykepleiere som jobber med eldre hjemmeboende som har en depresjon var svært givende og jeg er takknemlig for deres bidrag til denne oppgaven.

Jeg vil først og fremst takke min leder og kollegaer ved alderspsykiatrisk enhet på Sørlandet sykehus Arendal. Arbeidsgiver har vært svært støttende og lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre dette studiet.

Videre fortjener min veileder Ingebjørg Haugen ved VID vitenskapelige høgskole en stor takk for at hun har vært usedvanlig tilgjengelig og hjelpsom under prosessen.

Jeg har vært en del av et lite, men svært hyggelig studentmiljø, som har bidratt med gode innspill og god støtte underveis. Tusen takk til dere.

Til slutt vil jeg selvfølgelig takke min familie som har støttet meg og gitt meg rom for å fullføre dette studiet. Deres tålmodighet spesielt den aller siste tiden er en medvirkende årsak til at jeg står der jeg står i dag.

Arendal, 15 mai 2021

Ingunn Meyer Norschau

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2	Problemstilling.....	6
1.3	Nøkkelbegrep og avgrensning.....	7
1.4	Oppbygging.....	8
2	Teori.....	9
2.1	Kontekst.....	9
2.1.1	Alderspsykiatri som fagområde	9
2.1.2	Helsetjenester i hjemmet.....	12
2.2	Teoretisk perspektiv på samhandling	14
2.3	Samhandlingsreformen	18
2.3.1	Samhandlingsreformen og ambulant virksomhet	20
2.3.2	Samhandlingsreformen i praksis	21
3	Metode	23
3.1	Kvalitativ metode	23
3.2	Forforståelse.....	24
3.3	Utvalg og valg av informanter	25
3.4	Metode for å samle inn data.....	27
3.4.1	Kvalitativt forskningsintervju	27
3.4.2	Utforming av intervjuguide	28
3.4.3	Gjennomføringen av forskningsintervjuet	28
3.5	Metode for å behandle data	31
3.5.1	Proessen før analysearbeidet	31
3.5.2	Valg av analytisk tilnærming	31
3.6	Forskningsetikk.....	34
3.6.1	Informert samtykke.....	35
3.6.2	Konfidensialitet	35
3.6.3	Konsekvens av deltakelse.....	36

3.7 Forskningens kvalitet.....	37
3.7.1 Pålitelighet (reliabilitet).....	37
3.7.2 Troverdighet (intern validitet).....	38
3.7.3 Overførbarhet (ekstern validitet).....	38
3.7.4 Bekreftbarhet (objektivitet)	39
4 Presentasjon av funn.....	40
4.1 Tabell	40
4.1.1 Tjenesten favner for brett.....	40
4.1.2 Mangler kompetanse på depresjon hos eldre	43
4.1.3 Behov for aktivitet.....	45
4.1.4 Samhandling med alderspsykiatri	49
5 Drøfting.....	53
5.1 Gruppeinndeling som en måte å organisere hjemmesykepleien på?	53
5.1.1 Kompetanse.....	53
5.1.2 Kontinuitet.....	57
5.1.3 Kunnskap gir trygghet til å snakke om de vanskelige temaene	58
5.1.4 Behov for aktiviteter	59
5.2 Hvordan kan samhandling med alderspsykiatrisk enhet økes?.....	62
5.2.1 Kjennskap til tjenesten	63
5.2.2 Møte fysisk	64
5.2.3 Informasjonsutveksling	64
5.2.4 Terskel for at fastleger henviser er høy	66
5.2.5 Ønske om mer samarbeid	66
5.2.6 Ambulerende virksomhet.....	68
6 Konklusjon	69
Litteraturliste.....	72
Vedlegg 1 Tilbakemelding på søknad til NSD	80
Vedlegg 2 Intervjuguide	83
Vedlegg 3 Informasjonsskriv	85

1 Innledning

Depresjon er en vanlig psykisk sykdom og det er anslått at 264 millioner mennesker på verdensbasis har en depresjon (World Health Organization, 2020). Sykdommen er vanlig blant eldre og det viser seg at i Norge har rundt 20 prosent av mennesker i aldersgruppen 65 år og eldre en depresjon og av disse har 3-4 prosent en alvorlig grad av depresjon (Bjørkløf & Barca, 2020, s. 21; Rosenvinge & Rosenvinge, 2003, s. 928). Depresjon hos eldre er derfor en alvorlig helseutfordring og tallene vil antagelig stige ettersom befolkningen blir eldre. Det antas at den eldre befolkningen over 67 år mer enn fordobles innen 2050 (Mensen, 2020, s. 29; Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 7). Eldre personer med depresjon utgjør derfor en stor gruppe som har behov for oppfølging og hjelp til sin lidelse (Selbæk, 2020, s. 13; Sæterstrand & Holm, 2016, s. 24). Forebygging må styrkes og tidlig intervensjon bør satses på for at begynnende tegn til depresjon ikke utvikler seg til alvorlig sykdom som medfører tap av funksjoner (Jerkovics & Øvereng, 2017, s. 18).

Depresjon er mest utbredt blant de eldste, de som har somatiske helseplager og de som bor på institusjon (Barca et al., 2010, s. 146; Rosenvinge & Rosenvinge, 2003, s. 928). Når det gjelder hjemmeboende eldre kan helseundersøkelsen fra Nord-Trøndelag vise til en økning av forekomst av depresjon blant eldre (Solhaug et al., 2012, s. 156). Symptomer på depresjon hos eldre kan ofte vise seg på en annen måte enn hos yngre personer og beskrives ofte mer i form av somatiske plager og uro, det er oftere nedsatt konsentrasjon og kraftløshet (Bjørkløf & Barca, 2019, s. 236; Hegeman et al., 2012).

Noen eldre har gjennom hele livet strevd med depresjon (tidlig debuterende depresjon), mens andre opplever depresjon for første gang etter at de har fylt 65 år (sent debuterende depresjon) (Bjørkløf & Barca 2019, s. 218). Det er ingen enkel årsak til at en person utvikler depresjon. Ofte er årsaken til depresjon sammensatt av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Det er vanlig at flere risikofaktorer eller disponerende faktorer forekommer samtidig og at summen av disse gjør belastningen så høy at personen utvikler en depresjon (Bjørkløf & Barca 2020, s. 30). En oversiktsartikkel viser til at det å være kvinne, å være etterlatt, at en tidligere har hatt en depressiv episode, søvnvansker og nedsatt

funksjonsevne er bidragende risikofaktorer for å utvikle en depresjon (Cole & Dendukuri, 2003, s. 1153).

Depresjon hos eldre fører ofte til funksjonstap, redusert livskvalitet og mange får behov for helsetjenester (Bjørkløf & Barca, 2020, s. 21). I tillegg kan depresjon hos eldre gi kroppslige symptomer, det er derfor viktig å undersøke hvorvidt det ligger en kroppslig sykdom bak dersom en person utvikler depresjon for første gang i eldre år (Grønli, 2020, s. 112). I hvilken grad en person har en depresjon må vurderes og depresjon deles inn i mild, moderat og alvorlig depresjon ettersom hvor tung depresjonen er (Bjørkløf & Barca, 2019, s. 216). Grad av depresjon har betydning for hvilke behandling vedkommende får og hvorvidt behandlingen skal foregå i primær- eller spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009, s. 34).

Det er en utbredt forståelse at depresjon hos eldre er underdiagnostisert og underbehandlet (Engedal og Bjørkløf, 2020, s.9; Licht-Strunk et al., 2009, Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 7) og en studie (Kvist et al., 2001, s. 26) viser til at 60 prosent av eldre med depresjon blir oversett og ikke diagnostisert. Ifølge forfatterne Engedal og Bjørkløf (2020, s. 47) er dette en tankegang som må utfordres og eldre som yngre med depresjon skal ha behandling. Det kan være mange årsaker til at eldre med depresjon er underdiagnostisert, blant annet kan det være utfordrende å vite hva som er sorg og hva som er depresjon (Bjørkløf & Barca, 2020, s. 29). Hos eldre er det også vanlig at en depresjon fremstår som atypisk, slik at helsepersonell eller lege ikke tenker at den endrede tilstanden skyldes depresjon (Bjørkløf & Barca, 2020, s. 26). Dessuten kan andre kroppslige sykdommer gjøre at eldre får nedsatt funksjon og dermed kamuflerer depresjonen (Bjørkløf & Barca, 2020, s. 27). Det kan også være vanskelig å skille depresjon fra demenssykdom da de to sykdommene har symptomer som overlapper hverandre, dette kan være nedsatt konsentrasjon, hukommelse og oppmerksomhet. Det er derfor viktig at begge tilstandene kartlegges og utredes (Bjørkløf & Barca, 2019, s. 226). En siste årsak kan være at eldre selv kjenner på skam i forhold til at de har utviklet en depresjon og dermed unnlater å oppsøke lege (Grønli, 2020, s. 112).

Eldre personer i Norge som har en diagnostisert depresjon har ikke en egen nasjonal retningslinje for behandling (Bjørkløf & Barca, 2019, s. 229). Derfor skal behandling for de eldre følge «Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med

depresjon i spesialist- og primærhelsetjenesten» (Bjørkløf & Barca, 2019, s. 229; Helsedirektoratet, 2009, s. 31). Anbefalingene om hvordan behandling skal foregå kommer an på grad av depresjon (Bjørkløf & Barca, 2019, s. 229; Helsedirektoratet, 2009, s. 31). God samhandling og samordning mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i møte med personer som har en depresjon er viktig og dette forutsetter at ansvar og oppgaver er godt kjent for aktørene (Helsedirektoratet, 2009, s. 31; Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 6). Dette er i tråd med samhandlingsreformen som ble vedtatt i 2012 hvor det tilstrebes at det skal skapes bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenestene (Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009), s. 8).

Hensikten og målet med oppgaven er å utforske og beskrive hvordan kommunal hjemmesykepleie opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer og finne ut hvordan samhandling mellom hjemmesykepleie og alderspsykiatrisk enhet kan økes.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Liv er 88 år, hjemmet hennes bærer preg av at hun har levd et innholdsrikt liv med familie, venner og reising. Nå er hun enke, mannen døde i vinter etter at han hadde levd med Alzheimers sykdom i flere år. Omsorgsoppgavene hadde vært belastende for Liv, men hun ønsket å ha han hjemme så lenge som mulig. Hun hadde aldri vært rammet av depresjon før, men nå var det denne tilstanden som gjorde at hverdagen hennes ikke var som før. Liv kunne fortelle at hun hadde utviklet en innvendig uro som var en ukjent følelse for henne. Hun var redd det var noe med hjertet. Det verste var morgenen, hun strevde med å stå opp og starte dagen. Matlysten var redusert og hun sov dårlig. Hun hadde tidligere deltatt på flere sosiale aktiviteter og hun hadde sittet i styret til den lokale sanitetsforeningen. Nå hadde hun verken initiativ eller overskudd til å møte venner og det var mange år siden hun hadde deltatt på styremøter. Hun kunne fortelle at hun «var mett av livet», men fordi hun hadde familie som var glad i henne ønsket hun å få hjelp. Liv hadde ingen tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hun var henvist til alderspsykiatrisk enhet fra sin fastlege med spørsmål om hun hadde utviklet en depresjon.

Denne historien illustrerer hvordan et møte med en eldre person med depresjon kan utarte seg fra mitt arbeidssted. Jeg jobber som spesialergoterapeut i en alderspsykiatrisk poliklinikk og vi mottar mange henvisninger hvor det blir bedt om utredning og behandling av eldre med depresjon. I min praksis opplever jeg at eldre hjemmeboende med depresjon i varierende grad får den oppfølgingen de har rett på i kommunen. Vi erfarer at det mangler gode tilbud til eldre som har en depresjon, det være oppfølging fra psykisk helsetjeneste og passende dagsenter. Det forekommer også at jeg hører om eldre som ikke får tilbud om behandling grunnet høy alder. En del pasienter som vi er i kontakt med har hjemmesykepleie og de kan fortelle at oppfølgingen fra hjemmesykepleien har en positiv innvirkning på deres hverdag, og deres pårørende utaler at det er en trygghet at også hjemmesykepleien er innom og ser til den eldre. Samtidig møter jeg mange eldre med depresjon som ikke har noen form for oppfølging fra hjemmesykepleien, men som jeg opplever at kunne hatt nytte av denne tjenesten.

Jeg har tro på at kommunal hjemmesykepleie kan være en tjenesteyter som i økende grad kan gi eldre hjemmeboende med depresjon oppfølging i hverdagen da de i sitt arbeid kommer hjem til brukere på fast basis. Det er imidlertid godt kjent for meg at hjemmesykepleien jobber under hardt press og at det er økende forventning til at de skal følge opp brukere med svært sammensatte og kompliserte tilstander. Jeg er derfor nysgjerrig på hvordan de opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer og fra min arbeidsplass sitt ståsted er det ønske om at samhandling med hjemmesykepleien økes. Når jeg planla denne studien var jeg spent på å høre fra hjemmesykepleien om hva de tenker er gode måter å få til økt samhandling på.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen er som følger:

Hvordan opplever kommunal hjemmesykepleie at oppfølgingen av eldre personer med depresjon fungerer, og hvordan kan samhandling med alderspsykiatrisk enhet økes?

1.3 Nøkkelpbegrep og avgrensning

Med nøkkelpbegrep menes de begrepene det er aktuelt å bruke for å undersøke fenomenene i oppgaven (Johannessen et al., 2016, s. 55). Til denne oppgaven ble det benyttet seks gjennomgående nøkkelpbegreper: *eldre, alderspsykiatri, hjemmesykepleie, depresjon, samhandling og samhandlingsreformen*. Når eldre omtales i oppgaven er det personer som er over 65 år. Eldre personer med depresjon benevnes på ulike måter i denne oppgaven, de omtales som pasient og bruker om hverandre. Hvilke begrep som brukes henger ofte sammen med hvor de mottar helse- og omsorgstjenestene og hvilke tjenester det gjelder. En person kalles for eksempel pasient når han eller hun er på sykehus, og en person kalles ofte bruker når de mottar tjenester fra kommunale helsetjenester. Videre er alderspsykiatri et av nøkkelpbegrepene, alderspsykiatri er et fagområde som har pasienter som har utviklet psykisk sykdom i høy alder som målgruppe (Engedal & Tveito, 2019, s. 33). Et annet nøkkelpbegrep er hjemmesykepleie, dette er en tjeneste som er en del av kommunehelsetjenesten som driver med pleie- og omsorgstjenester for personer som bor utenfor helseinstitusjon (Ledang, 2020, s. 202). Samhandling er et nøkkelpbegrep i denne oppgaven og ulike forståelser for samhandling blir redegjort for i kapittel 2 som omhandler oppgavens teoretiske rammeverk. Samhandling som begrep blir derfor ikke redegjort for i dette avsnittet. Sist er samhandlingsreformen et nøkkelpbegrep. Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 og var en prosess hvor det ble satt en ny retning for helsetjenestene i Norge (Stortingsmelding nr.47 (2008-2009), s. 13).

Oppgavens avgrensning omhandler at det kun er innhentet erfaringer fra ansatte i hjemmetjenesten og det er kun sykepleiere som er intervjuet. Videre fokuserer jeg på deres møte med eldre hjemmeboende som har en depresjon, jeg drøfter ikke hvordan de opplever at oppfølgingen av andre brukere fungerer. Hjemmesykepleien samhandler med mange aktører i spesialist- og primærhelsetjenesten, fokus i denne oppgaven er samhandling med alderspsykiatrisk enhet. Når jeg fikk ideen til denne oppgavens tema, var ikke covid-19 og de følgende pandemien resulterte i kjent i det norske samfunnet. Under intervjuene var det imidlertid ikke til å komme unna at covid-19 og dens følger ble diskutert. I denne oppgaven vil jeg ikke komme mer inn på covid-19 enn at det blir diskutert i drøftingen som en

tilleggende årsak til at eldre med depresjon ikke får tilbud om sosiale dagaktiviteter og at eldre som gruppe generelt har blitt nedprioritert under pandemien.

1.4 Oppbygging

I kapittel 2 presenteres teoretisk forankring for masteroppgaven. Kapittel 3 tar for seg metode og gir en beskrivelse av datainnsamlingen sammen med redegjørelse for forskningens kvalitet. I kapittel 4 presenteres funnene fra datamaterialet. I kapittel 5 drøftes funnene opp mot relevant forskning, litteratur og teori. Som avslutning i kapittel 6 oppsummeres studiet, det konkluderes og det er forslag for videre praksis.

2 Teori

Denne oppgavens tema er samhandling mellom alderspsykiatrisk enhet og hjemmesykepleien i møte med eldre hjemmeboende som har en depresjon. I dette kapittelet vil alderspsykiatri som fagområde bli gjort rede for og hjemmetjenester i hjemmet blir beskrevet. Som bakgrunn for dette tema er samhandling valgt som teori og ulike forståelser for samhandling blir presentert. Videre vil samhandlingsreformen gjøres rede for og de føringene den gir i helsevesenet.

2.1 Kontekst

2.1.1 Alderspsykiatri som fagområde

Alderspsykiatri er et nytt fagområde i medisin og oppsto for om lag 70 år siden. Fagområdet oppsto i Storbritannia og kom til Norge tidlig på 1970- tallet (Engedal & Tveito, 2019, s. 33). I begynnelsen dreide alderspsykiatri seg om å gi omsorg og pleie til pasienter som hadde langvarig psykisk lidelse og langvarige innleggelse på psykiatriske sykehus, driften var som en psykiatrisk sykehjemsvirksomhet (Engedal & Tveito, 2019, s. 33). På 1980-tallet ble det etablert et økt antall sengeenheter på de psykiatriske sykehusene hvor hovedoppgaven var å ta imot eldre pasienter med psykiske lidelser (Engedal & Tveito, 2019, s. 36). Tidlig på 1990-tallet skjedde det imidlertid en endring hvor det ble foreslått at den alderspsykiatriske virksomheten skulle dreie mer mot utrednings- og behandlingsoppgaver (Engedal & Tveito, 2019, s. 37). I 2005 kunne alle de alderspsykiatriske enhetene i Norge vise til at de stort sett hadde en måte å drifte på som besto av korttidsoppgaver innen utredning og behandling, kun en liten andel av virksomheten besto av langtidsoppgaver (Engedal & Tveito, 2019, s. 37).

Denne utviklingen har fortsatt og en undersøkelse fra 2019 (Lillesveen & Engedal, 2019, s. 32) viser at det er stadig flere pasienter som utredes og behandles poliklinisk i de alderspsykiatriske enhetene i Norge. I løpet av de siste 25 årene har fagområdet alderspsykiatri derfor endret seg fra å være avdelinger med langtidsoppgaver til å ha korttidsoppgaver innen utredning og behandling som sitt hovedarbeidsområde (Engedal & Tveito, 2019, s. 37).

Målgruppen i alderspsykiatri er eldre som utvikler en psykisk sykdom etter fylte 65 år (Selbæk, 2020, s. 14). I tillegg er eldre pasienter med psykisk lidelse som har oppstått tidligere i livet, men som også har kompleks somatisk tilleggssykdom målgruppen (Engedal & Tveito, 2019, s. 33). Aldersgrensen på 65 år har imidlertid vært omdiskutert de siste årene da mange mener at denne grensen ikke lenger er i takt med endringer i sosiale og helsemessige forhold blant eldre slik vi ser de i dag (Selbæk, 2020, s. 14). Nesten alle fylker i Norge har egne alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten (Selbæk, 2020, s. 14). I Norge er det 17 alderspsykiatriske avdelinger som både gir tilbud om poliklinisk behandling og døgnbehandling (Lorentzen & Tveito 2019, s. 45). Disse avdelingene er tverrfaglig sammensatt og består ofte av en alderspsykiater som er spesialist i psykiatri og har spesiell kompetanse innenfor psykiatriske lidelser hos eldre mennesker. I tillegg jobber andre profesjoner som psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter med videreutdanning i alderspsykiatriske avdelinger (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 207).

Årsaken til at alderspsykiatri har utviklet seg i høy grad er den demografiske utviklingen med et økende antall eldre (Engedal & Tveito, 2019, s. 38). Som et resultat av dette får vi i årene som kommer et større behov for å imøtekomme antall syke eldre som vil trenge hjelp fra helse- og omsorgspersonell med kunnskap om eldre sin helse (Engedal & Tveito, 2019, s. 38). Kunnskapsgrunlaget om psykisk sykdom hos eldre har økt de siste årene og det har blitt forsket på dette området i høyere grad. Spesielt gjelder dette for demenssykdom, når det gjelder depresjon hos eldre har det blitt forsket på i noe mindre grad (Selbæk, 2020, s. 15). Det er også en utfordring å tilrettelegge for at kunnskapen om psykisk sykdom hos eldre kommer ut til de som møter denne gruppen pasienter i det daglige, som for eksempel fastleger, hjemmetjeneste og generell voksenpsykiatri (Selbæk, 2020, s. 15). Dette støttes i Plandokumentet for alderspsykiatri (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 7) hvor det hevdes at grunnet de store demografiske endringene blant eldre i fremtiden vil det bli ytterligere nødvendig med nært samarbeid mellom primærhelsetjenesten og alderspsykiatri. Pasienter som blir henvist til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste vil stort sett ha behov for ulike tjenester fra både spesialist- og primærhelsetjenesten (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 6).

De fleste alderspsykiatriske avdelinger tilbyr ambulante tjenester. Dette innebærer at ansatte i avdelingen kan reise hjem til pasienten og det er anledning til å bidra med veiledning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Lorentzen & Tveito, 2019, s. 43). Noen alderspsykiatriske enheter har dette som en del av sin polikliniske virksomhet, mens noen få avdelinger har egne ambulante team (Ledang, 2020, s. 207). Ifølge spesialisthelsetjenesteloven har helsepersonell som er ansatt i spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §6-3). Denne veiledningsplikten gjelder i hovedsak ved oppfølging av en bestemt pasient, men kan også innebære mer generell veiledning av personal i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Ledang, 2020, s. 207).

Kommunalt psykisk helsearbeid omfatter forebygging, kartlegging, utredning og behandling til de som trenger det, uavhengig av alder og diagnose (Ledang, 2020, s. 193). Som et kunnskapsløft ut til kommunene i Norge har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse utviklet «ABC- modellen» for kommunalt helse- og omsorgspersonell som jobber med eldre personer (Fossli et al., 2014). «ABC – modellen» består av tre hovedelementer: ABC undervisningspermer, ABC refleksjonsgrupper som er satt sammen for å reflektere i fellesskap og fagseminarer. Grunnpermene er «Eldreomsorgens ABC» og «Demensomsorgens ABC», etter at deltakerne har gjennomgått disse permene kan de fortsette på en rekke andre påbygningspermer (Jerkovics & Øvereng, 2017, s. 19).

Å være i ABC refleksjonsgrupper er en forutsetning for deltakelse. Disse gruppene er tverrfaglig sammensatt og kan være på tvers av arbeidsplasser, det er 6-8 personer i hver gruppe. Undervisningspermen består av hefter som tar for seg ulike temaer, og etter at deltakerne har vært igjennom et hefte møtes gruppene for å diskutere og reflektere over innholdet (Jerkovics & Øvereng, 2017, s. 19). Etter deltakelse på ABC opplæringsmodellen som omhandler «Eldreomsorgens ABC» viser en undersøkelse ved Fossli et al. (2014) at 92 prosent av deltakerne opplevde at de økte sin kunnskap om eldreomsorg og at kunnskapen ga en effekt på deres forhold til brukere og deres pårørende. Videre viser forskning at de som har gjennomført ABC opplæring opplever at arbeidspresset gikk ned og at det hadde en

sammenheng med at de opplevde seg selv tryggere på arbeidsoppgavene (Mork et al., 2017).

Som en del av satsningen innenfor alderspsykiatri har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse utarbeidet «ABC Psykiske lidelser i eldre år» som et supplement til «ABC - modellen», og i flere kommuner er det helsepersonell som har deltatt i denne undervisningsformen. Målet med deltakelse på denne undervisningspakken er at helsepersonellet øker sin kunnskap om psykiske sykdommer i eldre år og får mer innsikt i behandling av psykiske sykdommer hos eldre. Ved oppstart arrangeres det et seminar hvor deltakerne blir introdusert til arbeidsmetoden og får faglige innspill (Jerkovics & Øvereng, 2017, s. 20). Vigdis Knutsen som er bibliotekar i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (personlig kommunikasjon, 3. mai 2021) opplyser over epost at det siden 2017 er registrert 3136 deltakere som har fullført «ABC Psykiske lidelser i eldre år» i kommunene rundt i Norge.

2.1.2 Helsetjenester i hjemmet

Den moderne eldreomsorgen har utviklet seg i faser, og ble først etablert tidlig i 1950-årene. Utviklingen gikk fort på midten av 1960- tallet og på dette tidspunktet fikk kommunene øremerkede tilskudd til eldreomsorg (Daatland & Solem, 2011, s. 246). På tidlig 1970- årene kom det en medisinsk dreining hvor sykehjemmene ble et fylkeskommunalt ansvar. På dette tidspunktet ble den kommunale hjemmesykepleien bevilget med statlig tilskudd (Daatland & Solem, 2011, s. 246). Midt i 1980- årene gjorde den kommunale reformen at det ble i høyere grad satset på åpen omsorg (hjemmetjenester og aldersboliger) for å skape billigere løsninger (Daatland & Solem, 2011, s. 246). Hjemmetjenester i hjemmet har derfor en kort historikk i Norge og den har utviklet seg til å bli en del av den offentlige helsetjenesten. I 1984 ble det lovpålagt at alle kommuner skulle ha hjemmetjenester i hjemmet som del av sin kommunehelsetjeneste (Bratland, 2005, s. 20).

De senere årene har helsetjenester i hjemmet vært et viktig utviklings- og satsingsområde. En årsak til det er at en sterkere hjemmetjeneste kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og dermed gjøre at innleggelse på institusjon kan utsettes (Dale et al., 2015, s. 5; Tretteteig et al., 2016, s. 394). Av de som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i 2016 fikk 63

prosent helsetjenester i hjemmet (Næss, 2020, s. 245). De syke eldre som mottar helsetjenester i hjemmet er brukere som har stor funksjonssvikt, er multisyke, bruker mange legemidler og har et komplekst behov for helse- og omsorgstjenester (Næss, 2020, s. 245).

Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 har ført til at eldre blir raskere utskrevet fra sykehus enn før, noe som har ført til at kommunale tjenester slik som hjemmesykepleien sine generelle oppgaver og ansvar for brukere har ekspandert (Abelsen et al., 2015, s. 7; Sæterstrand et al., 2015). Brukere av hjemmetjenesten er nå sykere enn tidligere og trenger mer avansert helsehjelp og mye av behandlingen som før ble gitt på sykehus blir nå gitt i brukerens hjem ved hjelp av hjemmesykepleie (Melby et al., 2018, s. 7). Terskelen for å motta hjemmesykepleie er blitt høyere de siste årene (Næss, 2020, s. 245). Tidligere var det mer vanlig å få innvilget vedtak om daglig tilsyn, dette har i dag ofte blitt erstattet med å innføre en trygghetsalarm. Ved at det ikke lenger er like enkelt å få vedtak på daglig tilsyn risikeres det at den forebyggende effekten ved at noen kommer innom for å se til brukeren blir borte, dermed kan muligheten til å fange opp symptomer på endring gå tapt (Næss, 2020, s. 245).

Hjemmesykepleie utgjør ofte en stor del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten til eldre med psykiske lidelser (Ledang, 2020, s. 202). Tre fjerdedeler av pasientene i hjemmesykepleien er over 67 år. Når det gjelder psykiske lidelser møter de følgende tre hovedgrupper: psykoser, angst og depresjon. Det er beregnet at av de hjemmesykepleien møter er det 15,2 % som får bistand grunnet psykisk lidelse og det vises til at personer med psykiske lidelser er de som får i minst grad dekket sine behov (Sæterstrand & Holm 2016, s. 8). Sæterstrand og Holm (2016, s. 8) hevder i sin studie at sykepleiere erfarte at deres kompetanse ikke strakk til i møte med blant annet eldre med depresjon. De savnet veiledning og ønsket seg mer kunnskap om alderspsykiatri og kunnskap om terapeutiske intervensjoner. En stadig forventning om at sykepleierne måtte jobbe mer, ha kunnskap om sammensatte lidelser og møte endringer gjorde at sykepleierne ble utsatt for moralsk stress i arbeidshverdagen. Studien konkluderte med at det var behov for samhandling og flerfaglig samarbeid.

2.2 Teoretisk perspektiv på samhandling

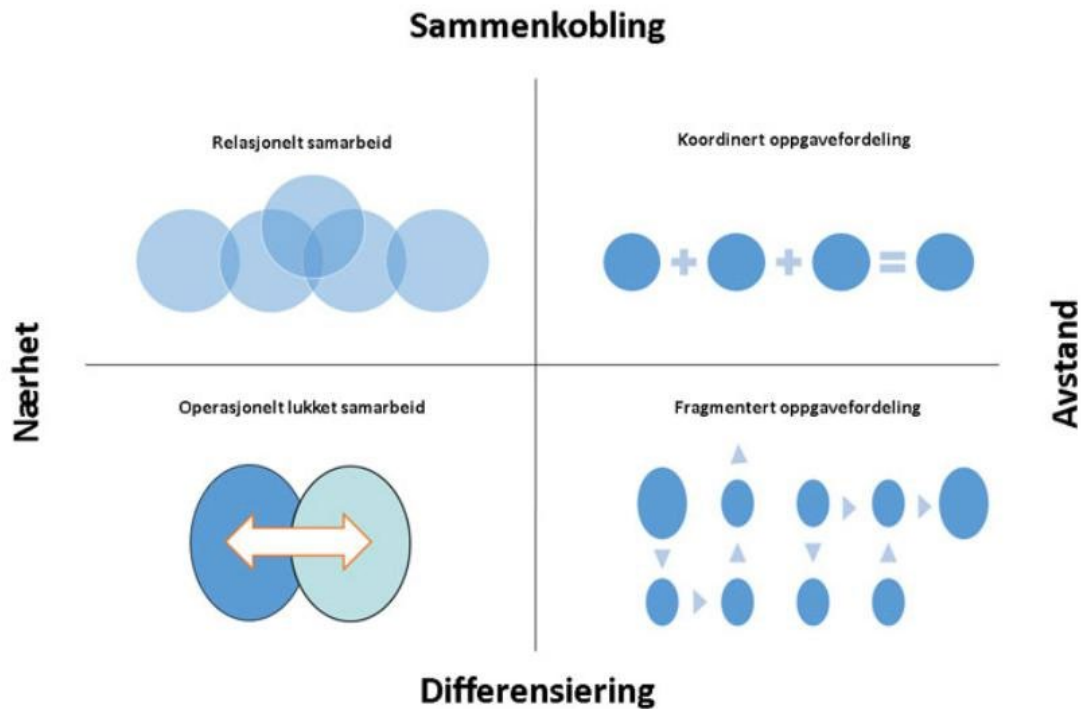
Samhandling forstås og defineres på flere måter. De forskjellige forståelsene ser ut til å ha til felles at de anser kjernen i samhandling til å dreie seg om oppgavefordeling og felles mål. For eksempel ser vi i samhandlingsreformen at samhandling beskrives som «helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 13). Begrepet samhandling er stadig mer brukt og det blir benyttet som et universal middel på både kliniske og andre utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Samhandling blir også nå sett på som et virkemiddel for kvalitet og pasientsikkerhet (Orvik, 2015, s. 209).

To sentrale elementer i samhandling er ifølge Orvik (2015, s. 209) samarbeid og samordning. Samarbeid beskrives som en positiv innstilling mellom aktører som fører til en uformell kontakt. Her behøver det ikke å være tilknyttet noen forpliktelser til konkrete handlinger. Ved samordning derimot kreves det beslutninger på systemnivå og det handler om å formalisere tiltak, enten innenfor en enkelt organisasjon eller mellom organisasjoner for å løse bestemte oppgaver og realisere felles mål (Orvik, 2015, s. 210). De to elementene, samordning og samarbeid, bidrar til samhandling. Orvik (2015, s. 213) illustrerer dette ved et eksempel hvor helsepersonell ved en vennligsinnet positiv holdning ønsker å samarbeide når pasienten skrives ut fra sykehus til en kommunal instans. Denne positive innstillingen til samarbeid vil styrke grunnlaget for samhandling i et viktig pasientforløp, men avhenger av at helsepersonellet opptre med en positiv holdning. Samordning kan i dette tilfellet legge til rette for samhandling ved at det for eksempel er ledere på sykehus og kommunale instanser som blir enige om felles retningslinjer når en pasient skrives ut. Dette eksempelet viser hvor omfattende og krevende samhandling er fordi det er mange aktører med ulike profesjonsbakgrunn som skal jobbe sammen for å ivareta et helhetlig og forsvarlig helsetilbud.

Ifølge forfatterne Hellesø et al. (2019, s. 156) er det vanskelig å gi en god og enhetlig definisjon på hva samhandling er og begrepet finnes ikke i engelsk litteratur. I internasjonal litteratur brukes begrepet «integrated health services». Forfatterne skriver videre at en

måte å forstå begrepet samhandling på er å beskrive det på ulike nivåer som mikro- meso- og makronivå» (Hellesø et al., 2019, s. 157). På mikronivå, som er det individuelle nivået, handler det om å legge til rette for at informasjon om pasienten er tilgjengelig for helsepersonell på en slik måte som gjør at helsetjenesten oppleves helhetlig og sammenhengende, samtidig som at den er personorientert (Hellesø et al., 2019, s. 157). Eksempel på dette kan være at ansatte i kommunehelsetjenesten får formidlet vurderinger og epikriser på enkeltpasienter når de utskrives fra sykehus. Når det gjelder mesonivå, som omhandler det organisatoriske nivået, dreier det seg om at det utvikles hensiktsmessige retningslinjer og organisering slik at helsetjenesten kan ha en kontinuitet og dermed gi helhetlig og sammensatte helsetjenester for pasienter. Her betyr det at også nødvendig kompetanse, roller, mandat og ansvar er tydelig og avklart (Hellesø et al., 2019, s. 157). Et eksempel på samhandling på mesonivå er at det iverksettes tydelige retningslinjer mellom ledere innenfor spesialist- og primærhelsetjenesten som ved videre oppfølging av en pasient. Makronivået handler om å sikre rammer og system for samhandling, som for eksempel lovverk og sentrale føringer (Hellesø et al., 2019, s. 157). Et eksempel på samhandling på makronivå er samhandlingsreformen hvor myndighetene har klare forventninger til hvordan helsetjenestene skal organiseres (Hellesø et al., 2019, s. 157). Med denne nivåinndelingen viser Hellesø et al. (2019, s. 157) at det ikke er mulig å forstå samhandling på en enkel og entydig måte og at med denne inndelingen erkjennes samhandlingens kompleksitet.

Vik (2018, s.132) har en annen måte å beskrive samhandling på og benytter begrepet samhandlingstypologi, her presenteres fire ulike idealformer for samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste (figur 1). Denne typologien er en utdyping av mesonivået som er beskrevet ovenfor, det vil si det organisatoriske nivået. Typologien har to dimensjoner. Den horisontale dimensjonen, avstand – nærhet, viser om det er fysiske møteplasser mellom profesjonene. Den vertikale dimensjonen, sammenkobling – differensiering, viser om samhandling fører til integrasjon på tvers av aktørenes ulike forståelsesrammer. De fire idealtypiske formene for samhandling omtales som relasjonelt samarbeid, operasjonelt samarbeid, koordinert oppgavefordeling og fragmentert oppgavefordeling og modellen til Vik ser slik ut (Vik, 2018, s. 132).



Figur 1

Relasjonelt samarbeid er preget av nærhet og sammenkobling. Ved dette samarbeidet kommer helseprofesjonenes ulike forståelsesrammer i kontakt med hverandre og gjennom møteplasser og dialog utvikles en gjensidighetskunnskap. For å få til en slik samhandling forutsettes det at samarbeidspartene har mulighet til å møtes fysisk. Ved et slikt samarbeid oppstår det en anerkjennelse og kunnskap om hva de ulike helseprofesjonene kan bidra med for å løse felles oppgaver (Vik, 2018, s. 132). Operasjonelt samarbeid er preget av nærhet og differensiering. Ved denne formen for samarbeid er det en opplevelse av at partene ikke finner konsensus for hva som skal ligge til grunn for samhandlingen selv om det eksisterer møteplasser hvor de har anledning til å diskutere sine forståelsesrammer. Her preger ulikhet, maktkamp og usikkerhet relasjonene og det oppstår konflikt om hva som skal danne grunnlaget for samhandling (Vik, 2018, s. 133). Vik (2018, s. 133) skriver at relasjonelt og operasjonelt samarbeid kan forekomme sammen i en prosess, i disse tilfellene har det først vært relasjonelt samarbeid, men fordi det ikke ble oppnådd gjensidighetskunnskap førte samarbeidet til at det ble operasjonelt lukket samarbeid.

Koordinert oppgavefordeling er preget av avstand og sammenkobling. Ved koordinert oppgavefordeling handler aktørene selvstendig og hver for seg. Denne formen for samhandling kjennetegnes av koordinert og relasjonell oppgavefordeling mellom helseprofesjoner som ikke har fysiske møteplasser (Vik, 2018, s. 133). Partene har lite med hverandre å gjøre og helsetjenesten opererer i siloer. Dette kan være svært frustrerende for pasienter og helsepersonell som da opplever at kontinuitet i helsetjenesten opphører (Hellesø et al., 2019, s. 158). For at denne samarbeidsformen, som kjennetegnes med avstand skal fungere, må helsetjenestene sammenkobles ved velfungerende IKT- systemer, skriftlige retningslinjer, standardiserte pasientforløp eller det må være en koordinator som tar ansvar for oppgavefordelingen (Vik, 2018, s. 133). Den fjerde samhandlingsformen er fragmentert oppgavefordeling og er preget av avstand og differensiering. Her er det ingen fysiske møteplasser mellom partene og relasjonen bærer preg av lite gjensidighetskunnskap (Vik, 2018, s. 134). Innenfor denne formen for samarbeid finnes det ikke mekanismer som kan koordinere de ulike aktørene sine forståelsesrammer. Det at det ikke eksisterer fysiske møteplasser, gjensidighetskunnskap og lokale retningslinjer gjør at det blir uklart hva som skal til for å legge til rette for samhandling (Vik, 2018, s. 134).

Vik (2018, s. 132) utarbeidet typologien etter en litteraturgjennomgang som resulterte i 25 studier som belyser samhandling mellom helsetjenester. Som et resultat viser det seg at det i hovedsak foregår samhandling mellom helsetjenester som kjennetegnes ved fragmentert oppgavefordeling og relasjonelt samarbeid. Dette viser at det ikke er konflikt om forståelse som er hovedutfordringer for samhandling, men heller at det mangler en konflikt. Vik (2018, s. 134) foreslår at det gjennom konflikt, forhandlinger og diskusjon om ulikheter at helseprofesjonene i relasjonelt samarbeid har mulighet til å oppnå en gjensidighetskunnskap som vil fremme samhandling. Denne gjensidighetskunnskapen skal ikke føre til en sammensmelting av de ulike forståelsene, men det handler om at det er en gjensidig systemforståelse slik at aktørene evner å se sine egne arbeidsoppgaver som en del av helheten. Ved en fragmentert oppgavefordeling kommer ikke aktørene i konflikt da det ikke foregår en diskusjon om hverandre sin forståelse og dette fører til at helsetjenestene yter sin funksjon med utgangspunkt kun ut ifra sin egen forståelse. Vik (2018, s.134) konkluderer sin studie med at det som vil fremme samhandling mellom helsetjenester er tiltak som fremmer gjensidighetskunnskap og møteplasser på tvers av helsetjenester.

I tillegg til samhandlingstypologien hevder forfatterne Hellesø et al. (2019, s. 159) at samhandlingsutfordringene også kan sees i et kulturperspektiv. Samarbeidende helsepersonell i sykehus og kommunen har ofte ikke samme oppfatning av pasientenes behov og da kan det fort oppstå spenninger og uklarheter når de kommuniserer om videre behandling. Helsepersonell på sykehus har en tendens til å være orientert mot diagnose og sykdomsepisoder og har et korttidsperspektiv, mens ansatte i kommunen har fokus på funksjonsevne og mestring i et langtidsperspektiv. Helsepersonell i kommunen skal også forholde seg til at pasienter kan ha flere kroniske sykdommer. For helsepersonell i kommunen er det med langtidsperspektiv sentralt da de skal etablere et forsvarlig tilbud til pasienten over tid (Hellesø et al. 2019, s. 159).

I den offentlige sektor har samhandling de siste tiårene foregått innenfor rammen av New Public Management (NPM) (Busch 2012, s. 49). NPM er en styrings- og ledelsesfilosofi som handler om at det innføres forretningsprinsipper fra det private næringslivet, markedsprinsipper, privatisering og konkurranse inn i den offentlige sektor (Nyseter 2015, s. 209). Ifølge forfatteren (Nyseter 2015, s. 209) kom NPM snikende inn i velferdspolitikken og ble innført av staten og kommunenes egne organisasjon KS. Tanken bak NPM var at tjenestene skulle bli mer effektive og lønnsomme, og det viste seg at fagkompetanse og individuelle behov ble nedprioritert. Bestiller-utførermodellen (BUM) er et resultat av NPM (Nyseter, 2015, s. 225). I dag benytter de fleste kommuner i Norge seg av denne modellen i deres organisering av helsetjenester og de som forvalter tjenestene omtales ofte som tildelingskontor. Oppgavene her er å utrede brukeres behov for pleie- og omsorgstjenester, fatte vedtak og tildele kommunale pleie- og omsorgstjenester (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011).

2.3 Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nr.47 (2008-2009, s. 13) samhandlingsreformen var en prosess hvor det ble satt en ny retning for helsetjenestene i Norge. Reformen trådte i kraft fra 2012 som svar på fremtidens omsorgs- og samhandlingsutfordringer. Samhandlingsreformen har som målsetning å skape bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenestene, satse mer på forebygging og tidlig intervensjon og overføre flere oppgaver til kommunene. God

kvalitet i tjenestene skulle blant annet sikres gjennom å styrke ansattes kompetanse og å øke samarbeidet mellom helsenivåene (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 13).

Årsaken til at samhandlingsreformen trådte i kraft var følgende:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke gode nok.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 21).

Hensikten med samhandlingsreformen er å fremme koordinerte og helhetlige helsetjenester, samt begrense kostnadsveksten i helsetjenestene ved å føre over ansvar og oppgaver til kommunene. En av målsetningene med reformen er at den videre kostnadsveksten helst skal foregå i kommunene, og at spesialisthelsetjenesten i enda større grad skal konsentrere seg om å yte spesialisert behandling (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 21). Det er ikke samhandlingsreformen sin hensikt at oppgavene i kommunene økes og at oppgavene i spesialisthelsetjenestene skal reduseres. Spesialisthelsetjenesten skal i økende grad bli spesialiserte og bidra til kompetanseoverføring ut i kommunen, men skal også ta imot lærdom fra kommunene (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 28). Reformen la opp til en «tyngdepunktforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og at de to nivåene i helsetjenesten skulle bli mer likeverdige beslutningstakere» (Rommetvedt & Nødland, 2020, s. 3).

Det ble vedtatt en ny helse- og omsorgstjenestelov i 2011 som var en del av samhandlingsreformen (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011). Loven skulle skal blant annet sikre at pasienter får tidlig og god hjelp når de trengte det, og nærmest mulig der de bor. Videre sa loven at befolkningen i Norge skulle sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud (Riksrevisjonen, 2016, s. 7). I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunehelsetjenesten et ansvar med å tilby helse –og omsorgstjenester til personer som har behov for slike tjenester. Loven sier at disse tjenestene skal være helhetlige og koordinerte, noe som også innebærer å ta ansvar for gode overganger mellom ulike tjenester i forløpet. Eldre personer har oftere lidelser som er sammensatte og sykdommer hvor medisinsk behandling virker inn på

hverandre (Engedal & Tveito, 2019, s. 31). Tall over innlagte pasienter over 75 år viser at de i gjennomsnitt har tre diagnoser samtidig og 25 pst. av disse har seks diagnoser (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 42). Av den grunn har de behov for koordinerte tjenester som samhandlingsreformen legger føringer for.

2.3.1 Samhandlingsreformen og ambulant virksomhet

Samhandlingsreformen legger vekt på at ambulant virksomhet skal styrkes innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette legger til rette for at pasienter også kan motta hjelp utenfor sykehuset og motvirke at pasienter og deres pårørende får lang reisevei til sykehus (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 65). Videre sier samhandlingsreformen at den ambulante virksomheten består av tverrfaglige team hvor målet er å bidra med kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene og forebygge innleggelse (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 65). I tillegg oppfordres det til i samhandlingsreformen at kommuner oppretter ambulante team innenfor ulike satsingsområder (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 65). Det er i dag etablert ambulante team i kommunehelsetjenesten innenfor blant annet demens, forebygging og lindrende behandling, og det oppfordres til at dette videreutvikles. Ved en slik organisering av kommunale ambulante team vil det sikres større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og brukeren selv. Det foreslås også at kommunale ambulante team kan ha et koordinerende ansvar for den enkelte bruker og at de kan fungere som et bindeledd med spesialisthelsetjenesten (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 66).

Alderspsykiatriske helsetjenester omfatter også muligheten til ambulant virksomhet og vurderinger av pasienter kan like gjerne foregå i pasientens hjem som i en alderspsykiatrisk poliklinikk (Lorentzen & Tveito, 2019, s. 49). Det legges også til rette for at ansatte i alderspsykiatriske helsetjenester kan delta på samarbeidsmøter med kommunale instanser utenfor sykehus og tilby ansatte i kommunehelsetjenesten veiledning (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 9). Dette er en praksis som ligger nært det samhandlingsreformen legger føringer for hvor samhandling, veiledning og undervisning er sentrale oppgaver innenfor alderspsykiatriske helsetjenester.

2.3.2 Samhandlingsreformen i praksis

I helsesektoren har samhandling alltid vært sentralt og helsepersonell har alltid måttet dele kunnskap og samarbeide fordi helseproblemer er komplekse og krever kompetanse fra mange aktører (Melby & Tjora, 2013, s. 13). Det som imidlertid er nytt mener forfatterne at er den store vekten som legges på samhandling i helsepolitikken og at det i samhandlingsreformen ligger et ønske om at føringene der skal føre til bedre samhandling og dermed øke effektiviteten, sikkerheten og kvaliteten på tjenestene. Melby og Tjora (2013, s. 16) argumenterer for at samhandlingsreformen blir oppfattet til å ha en overdreven styring og ansvar liggende på primærhelsetjenesten for hva som skal skje i helsetjenesten på et høyere nivå.

En studie ved Rommetvedt og Nødland (2020, s. 2) har sett nærmere på erfaringer som er gjort med samarbeidsavtalene som ble etablert før og etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Studien sammenligner i dette tilfelle de frivillige samarbeidsavtalene som var etablert før samhandlingsreformen og de lovpålagte samarbeidsavtalene som kom til med samhandlingsreformen. Denne studien konkluderer blant annet med at de lovpålagte samarbeidsavtalene ikke ser ut til at å ha styrket samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Videre viste studien at oppgavefordelingen mellom kommunene og helseforetakene var noe klarere etter samhandlingsreformen, men deltagerne i studien opplevde fortsatt at pasientene ble kasteballer mellom kommuner og helseforetak. Det kom også frem funn i denne undersøkelsen at det kan se ut som at helseforetak har mer innflytelse på samarbeidsavtalene enn det kommunen har. Dette strider imot samhandlingsreformen som legger vekt på at kommunene og helseforetak skal være likeverdige parter (Rommetvedt & Nødland, 2020, s. 14). Dette samsvarer med en studie ved Tønnessen et al. (2016, s. 21) som kom frem til at det var en skjevfordeling av makt i samhandling mellom helsepersonell på sykehus og hjemmesykepleie. I denne studien opplevde informantene som var hjemmesykepleiere at de ansatte på sykehus var mest opptatt av den medisinske tilstanden til pasienten som skulle skrives ut, men at de i hjemmesykepleien hadde mest fokus på pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon.

Disse ulike perspektivene på behov og pasientens situasjon skapte utfordringer ved samhandlingen (Tønnessen et al., 2016, s. 20). Funn fra studien viste at ansatte i

hjemmesykepleien hadde en opplevelse av at de ikke hadde noen form for innflytelse ved utskrivelse og at de ikke fikk tid til å planlegge for at adekvat oppfølging i hjemmet ble iverksatt. Denne interaksjonen kan virke som at har begrenset samhandling og kan forklares ut ifra Orvik (2015, s. 210) sin teori om at samarbeid hviler på at aktørene har en positiv innstilling som gir rom for å etablere uformell kontakt. I dette tilfellet har ikke sykepleierne i hjemmetjenesten følelsen av å bli hørt og de får en opplevelse av avmakt, for at samhandling skal forekomme må det være et gjensidig samarbeid.

Videre kan en se i en studie ved Danbolt et al. (2010, s. 243) at det er et kunnskapshierarki mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Denne studien som tar for seg samhandling i den psykiske helsetjenesten finner at kommuneansatte mener at kommunene har mye kunnskap, men at spesialisthelsetjenesten i liten grad etterspør denne kunnskapen. Flere studier viser til fordelene ved at instansene kjenner hverandre og møtes ansikt til ansikt, og at dette bidrar til å skape bedre flyt i samhandlingen og gode holdninger (Danbolt et al., 2010, s. 243; Elstad et al., 2013). Riksrevisjonen (2016, s. 8) la frem en rapport som gjelder ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. I rapporten fremkommer det at samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ikke er godt nok. Ifølge rapporten er det mange kommuner som opplever at samarbeidsavtalene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten legger til rette for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at det legges til rette for helhetlige pasientforløp. Samtidig kommer det frem at nesten halvparten av kommunene synes at det er utfordrende å følge kravene som stilles i avtalene i den praktiske utførelsen av arbeidet deres. Gautun og Syse (2017) gjennomførte en undersøkelse blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien ett og et halvt år etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Undersøkelsen viser at det ikke ble overført tilstrekkelig med ressurser til kommunene til å klare å utføre de økte oppgavene. En majoritet av de 1 938 sykepleierne som svarte på undersøkelsen rapporterte at de ikke hadde nok personell med tilstrekkelig kompetanse, og heller ikke nok medisinsk teknologisk utstyr til å håndtere de nye oppgavene. Videre mente de også at de nye oppgavene stjal ressurser fra langtidsomsorgen, og spesielt fra langtidsomsorgen til eldre brukere.

3 Metode

Målet med studien er å innhente erfaringer fra ansatte i hjemmesykepleien i forhold til hvordan de opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer og få vite mer om hvordan samhandling med alderspsykiatrisk enhet kan økes. Det er derfor valgt å bruke kvalitativ metode til denne studien. Undersøkelsen er foretatt ved å gjennomføre intervjuer av til sammen seks informanter fra tre hjemmesykepleiesoner i Sør-Norge. Informantene til denne studien var sykepleiere med ulik videreutdanning.

Dette kapitlet vil ta for seg oppgavens metodiske tilnærming og hva som legges til grunn for valgene. Kapitlet innledes med en redegjørelse av metodevalget og egen forforståelse av studiens tema blir presentert. Deretter blir valg og vurderinger knyttet til datainnsamling og databehandling bli beskrevet. Her vil det redegjøres for det kvalitative forskningsintervjuet, med fokus på semistrukturert intervju. Videre presenteres hvordan bearbeidingen og tolkningen av data er gjennomført, her vil trinnene i analysen og egne erfaringer knyttet til denne prosessen bli beskrevet. Avslutningsvis vil jeg drøfte oppgavens kvalitet, samt diskutere etiske hensyn. Til slutt vurderes studiets troverdighet og mulige feilkilder vil bli drøftet.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode kommer fra teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2017, s. 28). Gradvis har kvalitativ metode blitt mer akseptert og benyttet innenfor samfunnsvitenskapen, og kvalitativ tilnærming preges av flere typer data og analytiske fremgangsmåter (Thagaard, 2018, s. 11). Kvale og Brinkmann (2015, s. 20) vektlegger at kvalitativ metode benyttes for å fremheve menneskers erfaringer og betydningen av erfaringer, og ved en kvalitativ tilnærming forsøker forskeren å forstå verden sett fra informantens side. Ved å benytte kvalitativ metode kan en forsker få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Dette kan igjen styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2017, s. 31). Videre hevder Malterud (2017, s. 31) at kvalitativ metode med fordel kan benyttes for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og

helhet. Til denne oppgaven synes det derfor svært sentralt at kvalitativ metode er benyttet da det er ønske om å innhente erfaringer på hvordan samhandling i økende grad kan legges til rette for.

En kvalitativ undersøkelse bygger på for eksempel tolkninger av intervjuer eller nedtegnelser fra feltobservasjoner (Johannessen et al., 2016, s. 96). Intervju er imidlertid den vanligste metoden å samle inn data i et kvalitativt forskningsprosjekt og er hensiktsmessig om en søker å forstå verden ut fra andre sitt perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Med utgangspunkt i studiens problemstilling ble derfor intervju en hensiktsmessig metode for dette forskningsprosjektet.

3.2 Forforståelse

Forforståelse er det en forsker bringer med seg inn i forskningsprosjektet før prosjektet starter og forforståelse vil kunne påvirke hva forskeren observerer og hvordan disse observasjonene vektlegges og tolkes (Malterud, 2017, s. 44). Det er sjelden at en forsker går i gang med en studie uten å ha noen oppfatninger av det som skal undersøkes og hva som kan forventes å være resultatet. De spørsmålene som blir stilt i en intervjuguide gjenspeiler ofte dette. Her har forskeren på forhånd bestemt hva det ønskes å få svar på, og informasjonen «siles» gjennom et «filter» av forhåndsoppfatninger (Johannessen et al., 2016, s. 35). I forbindelse med forskning er det derfor viktig å ha et bevisst forhold til egen forforståelse (Malterud, 2017, s. 45). I mitt arbeid som spesialergoterapeut i en alderspsykiatrisk poliklinikk hvor jeg har mye samarbeid med kommunale helsetjenester har jeg en forforståelse av hvordan oppfølging av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer. Denne forforståelsen bar nok preg av tema for oppgaven, hvordan intervjuguiden ble utformet, og hvordan jeg har analysert og tolket resultatene.

Jeg var nysgjerrig på å høre fra informantene om hvordan de opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer da jeg tenker at det er tross alt de som treffer denne pasientgruppen i hverdagen over tid. Min forforståelse til dette tema var at eldre hjemmeboende med depresjon ikke får den oppfølgingen de har behov for og at det er et område som ikke blir prioritert i kommunen. Jeg hadde i utgangspunktet et inntrykk av at denne gruppen eldre ikke hadde gode tilrettelagte aktiviteter å benytte seg av i hverdagen.

Videre hadde jeg en forforståelse av at hjemmesykepleien opplevde at de hadde dårlig tid hos brukere og at de mente de manglet kunnskap om eldre og depresjon. Når det gjelder samhandling med alderspsykiatrisk enhet var min forforståelse at de var kjent med tjenesten. Videre tenkte jeg at det det var ønske om mer samhandling mellom hjemmesykepleien og alderspsykiatrisk enhet, men jeg var nysgjerrig på hva de tenkte at det kunne innebære.

En forsker bør ha et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse og før datainnsamling anbefales det at vedkommende gjør seg selv bevisst på å identifisere forhold som kan styre innhenting av materialet (Malterud, 2017, s. 45). For å legge egen forforståelse til side valgte jeg å skrive ned min egen erfaring på møte med eldre hjemmeboende som har en depresjon og hvordan jeg opplever at samhandling med hjemmesykepleien kan økes. Dette notatet ble en del av loggboken jeg skrev i under datainnsamlingen slik at jeg fikk en påminnelse om hva min forforståelse er. Under selve datainnsamlingen forsøkte jeg etter beste evne å lytte nøye og jeg var åpen for ulike synspunkter informantene hadde. Når det gjelder prosessen med dataanalysen er det sentralt at en forsker setter egne begrep i parentes slik at det legges stil rette for maksimal åpenhet overfor teksten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 268). På dette tidspunktet var det nyttig med loggboken jeg hadde skrevet i under datainnsamlingen, her fikk jeg både en påminnelse av egen forforståelse og jeg kunne lese hvilke inntrykk jeg satt igjen med umiddelbart etter intervjuene.

3.3 Utvalg og valg av informanter

Informantene i denne oppgaven var seks sykepleier fra tre ulike hjemmesykepleiesoner, og de kom fra to forskjellige kommuner. Sykepleierne hadde ulik videreutdannelse, det være videreutdannelse i geriatri, psykisk helsearbeid, veiledning, administrasjon og ledelse, og en hadde master i helsevitenskap.

Informantene ble rekruttert fra kommunehelsetjenesten og det var før rekrutteringen startet usikkert hvorvidt jeg ville finne aktuelle informanter fra hjemmesykepleien eller kommunal psykisk helsetjeneste, eller om det ville bli et blandet utvalg. Kriteriet for inklusjon var:

- Helsefaglig bakgrunn med minimum bachelornivå.

- Deltatt på undervisningspakken «ABC- psykiske lidelser i eldre år».

Etter at studien ble godkjent fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) kunne jeg starte prosessen med å rekruttere informanter (vedlegg 1). Jeg tok først kontakt med ledere i enhet for psykisk helse i to kommuner. Første henvendelse var over telefon med tilbud om å sende mer informasjon på epost. Den ene lederen jeg kom i kontakt med var svært positiv til prosjektet, men lot seg dessverre ikke høre fra igjen selv om jeg fulgte opp eposten med en kontakt over telefon til. Når det gjelder den andre lederen i psykisk helse i en annen kommune ble jeg fortalt at hos de var det mest naturlig at jeg tok kontakt med en bestemt gruppe i hjemmesykepleien som hadde ansvar for oppfølging av eldre med behov for psykisk helsetjeneste. Det viste seg at i denne kommunen hadde de valgt å dele opp hjemmesykepleien ut ifra diagnoser på den enkelte og derfor fantes det i denne kommunen en egen gruppe hjemmesykepleie som hadde ansvar for oppfølgingen av de med psykiske utfordringer, deriblant også eldre. Fra denne hjemmesykepleiegruppen ble det rekruttert to personer.

Det viste seg videre å bli utfordrende å få tak i aktuelle ledere som var villige til å rekruttere deltagere til studiet. Rekrutteringsprosessen løsnet når en jeg kjenner godt kunne sette meg i kontakt med en leder i hjemmesykepleien. Lederen jeg fikk kontakt med kunne allerede over telefon gi meg navn og kontaktdetaljer på to aktuelle informanter. I tillegg ga denne lederen meg navn på andre ledere i hjemmesykepleien med informasjon om «å hilse fra henne» når jeg kontaktet de. Med denne åpningen lot det seg lett gjøre å rekruttere de siste to til studien.

Jeg sto da igjen med to informanter fra hjemmesykepleien i en kommune hvor de hadde valgt å dele opp brukerne etter diagnoser, slik at de to jeg skulle intervjuer kun møtte brukere som hadde behov for psykiske helsetjenester. Videre hadde jeg fire informanter fra en annen kommune som jobbet i hjemmesykepleien, men informantene var fra to forskjellige soner. Blant informantene var det seks sykepleiere, alle kvinner. Av disse hadde fire videreutdanning i geriatri eller psykisk helsearbeid, en hadde i tillegg en master i folkehelse. De to andre hadde nærmere 20 års erfaring i sykepleien, samt videreutdanning i veiledning og ledelse. Av de seks informantene hadde to stilling som fagleder.

Det viste seg at det ikke lot seg gjøre og kun rekruttere informanter som hadde deltatt på undervisningspakken «ABC- psykiske lidelser i eldre år». Når dette ble nevnt til ledere jeg var i kontakt med var dette en form for kurs de i varierende grad var kjent med. Jeg valgte derfor i stedet at kriteriet var at de aktuelle informantene måtte ha erfaring med å møte eldre hjemmeboende som har en depresjon. Det viste seg imidlertid at en av informantene hadde deltatt på undervisningspakken «ABC- psykiske lidelser i eldre år» og fant denne formen for undervisning svært nyttig.

3.4 Metode for å samle inn data

3.4.1 Kvalitativt forskningsintervju

Et kvalitativt forskningsintervju har som hensikt å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. I et kvalitativt forskningsintervju snakker forskeren med mennesker for å få vite mer om deres erfaringer og opplevelser om et bestemt tema. For å forberede seg til å utføre et forskningsintervju er det hensiktsmessig at forskeren setter seg godt inn i det tema som det skal hentes informasjon om (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20).

Det er mange måter et kvalitativt forskningsintervju kan gjøres på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). I denne studien er det benyttet et semistrukturert intervju. Her er temaene også fastlagt, men krever ikke en bestemt rekkefølge. Her har forskeren mulighet til å følge intervjupersonens fortelling og samtidig følge med på at alle temaer i forhold til problemstillingen blir besvart i løpet av samtalen. Ved å gjøre det på denne måten legges det vekt på fleksibilitet mellom intervjueren og informantene, noe som kan legge til rette for at en god relasjon oppstår (Thagaard, 2018, s. 98).

Under et kvalitativt intervju anbefales det at forskeren oppmuntrer til refleksjon underveis, samt oppfordrer til å gi detaljerte svar (Thagaard, 2018, s. 99). Forskeren kan også følge opp med operasjonaliserende spørsmål som f.eks. «hva gjorde du når dette skjedde?». Det er hensiktsmessig å gi tilbakemeldinger underveis i intervjuet ved f.eks. å vise sympati og forståelse (Johannessen et al., 2016, s. 154).

3.4.2 Utforming av intervjuguide

Spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 2) må først og fremst være korte og enkle å svare på og det bør ikke spørres om flere ting av gangen. Samtidig bør de være åpne, slik at de oppfordrer til å fortelle (Johannessen et al., 2016, s. 154). En intervjuguide består ikke av spørreskjema, men heller en oversikt over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås. Johannessen et al. (2016, s. 149) viser til følgende forslag til utforming av en intervjuguide:

- Innledning. Presentere seg selv og forskningsprosjektet. Gjøre rede for hvordan intervjuet vil dokumenteres, anonymitet, retten til å avslutte intervjuet underveis og informere om hvor lang tid intervjuet vil ta.
- Faktaspørsmål. Spørre enkle spørsmål ført om f.eks. familie, utdanning og interesser.
- Introduksjonsspørsmål. Her benyttes det spørsmål som introduserer tema for forskningen.
- Overgangsspørsmål. Her er formålet å gå fra generelle betraktninger til personlige erfaringer.
- Nøkkelspørsmålene. Dette er hoveddelen i et kvalitativt intervju og hensikten her er å få den informasjonen som svarer på problemstillingen.
- Kompliserte og sensitive spørsmål. Dersom det ikke er nødvendig for undersøkelsens formål bør kompliserte og sensitive spørsmål unngås. Dersom det er nødvendig, bør ikke disse spørsmålene stilles mot slutten av intervjuet.
- Avslutning. Når intervjuet er ferdig må det avsluttes og rundes av på en ryddig måte.

I denne studien var det overstående forslag til utforming av intervjuguide sentralt når intervjuguiden ble sammenfattet.

3.4.3 Gjennomføringen av forskningsintervjuet

Før jeg startet med intervjuer av rekrutterte informanter øvde jeg meg på en kollega som også har erfaring med å møte eldre hjemmeboende som har en depresjon. Innspill fra

kollega gjorde at jeg gjorde om på rekkefølgen av spørsmålene og la til noen måter for å få frem utdypende svar. Tidspunkt for intervjuene ble avtalt direkte med informantene, og hvert intervju varte i 45-60 minutter. Jeg var bevisst underveis på og ikke avspore for mye da jeg opplevde under øvelsen med kjent kollega at det var hensiktsmessig å avslutte intervjuet etter 60 minutter. Dette også for å respektere bruk av tid for informantene.

Opprinnelig var det tenkt at gjennomføringen av intervjuene skulle foregå på informantenes arbeidsplass, men grunnet restriksjoner i forhold til covid-19 måtte imidlertid tre av intervjuene gjøres over telefon. Jeg erfarte at det å gjennomføre halvparten av intervjuene over telefon ikke la opp til den samme nære kontakten som ble etablert når jeg møtte de informantene i person. Jeg oppdaget at det var lettere å stille de utdypende spørsmålene ved fysisk møte. Det ble benyttet båndopptaker til selve intervjuene, noe informantene ga samtykke til. De ble fortalt at jeg ikke ville bruke noen utsagn eller navn som kunne gjøre at deres identitet ble kjent. Informantene hadde på forhånd fått et informasjonsskriv (vedlegg 3) som beskrev studien, i tillegg til at jeg over telefon hadde gjort rede for hva det gikk ut på. Ved rekrutering ble det gjort klart at alle hadde erfaring med å møte eldre hjemmeboende som har en depresjon. I tillegg ble de på forhånd oppfordret til å tenke på aktuelle case/møter med eldre som har en depresjon slik at vi hadde noen reelle erfaringer å snakke om.

Jeg forsøkte fra første stund å skape en behagelig atmosfære som kunne skape tillit til meg som intervjuer. Selve intervjuet ble derfor først innledet med at jeg introduserte meg selv og beskrev hensikten med studien. Noen hadde ikke lest informasjonsskrivet jeg hadde sendt de så derfor måtte jeg i noen tilfeller bruke ekstra tid på å gjennom innholdet. Jeg ga uttrykk for respekt for deres arbeid i møte med eldre som har en depresjon og la vekt på at jeg er klar over at det er de som møter denne gruppen mennesker i hverdagen oftest. Det ble også gjort rede for at det var ingen «fasit» på deres svar, men at jeg heller var ute etter å få et innblikk i deres erfaringer. For å hente frem erfaringer når de fortalte om møter med eldre som har en depresjon la jeg opp til spørsmål hvor jeg spurte «kan du fortelle litt mer om det?». Jeg la også vekt på å spørre hva de tenkte om konkrete tema som kom opp ved f.eks. å spørre «hva tenker du om det da?».

Det forekom at informantene kunne komme med lange beretninger om en erfaring de hadde hvor jeg tenkte at jeg måtte forsøke å avlede tilbake til tema. Det viste seg imidlertid at etter en lang beretning kunne det komme noen svært kloke og innsiktsfulle betraktninger. Jeg erfarte at ved å la informantene snakke litt fritt gjorde at de kom frem til refleksjoner de tidligere ikke var bevisste på. Det var stort sett i liten grad at informantene måtte «drives videre» i samtalen, min erfaring er at de satte stor pris på og kunne snakke om sin arbeidshverdag til en nøytral person som lyttet.

For å gjennomføre et vellykket intervju er det viktig at forsker er godt orientert og stiller relevante spørsmål (Thagaard, 2018, s. 100). På dette område ser jeg at jeg har en klar fordel ved at jeg arbeider selv med eldre hjemmeboende som har en depresjon og at jeg er vant med å ha samarbeid med kommunale helsetjenester. Jeg tror denne erfaringen bidro til at intervjuene bidro til en uformell atmosfære som gjorde det lett for informantene å svare på spørsmålene. Det var kjent for informantene at jeg forsket på egen arbeidsplass i og med at en del av problemstillingen innebærer samarbeid med alderspsykiatrisk enhet. Dette er naturligvis en begrensning i denne studien, og kan ha gjort at informantene ikke tillot seg og fritt uttale seg omkring nåværende samarbeid. For å gjøre opp for dette ga jeg tydelig uttrykk for at fra min arbeidsplass sitt ståsted er det ønskelig med tettere samarbeid og at jeg ønsket innspill fra de på hvordan det kan la seg gjøre. Samtidig kan det ha vært en styrke at jeg kjenner tema godt, dette kan ha ført at spørsmål kunne lett utdypes slik at jeg fikk hentet frem relevante erfaringer i møte med eldre som har en depresjon.

Til tross for at jeg benyttet båndopptaker gjorde jeg noen notater underveis. Dette var i hovedsak betraktninger jeg gjorde meg underveis som ble nyttige i analysefasen. Jeg kunne etterpå se at det var spesifikke tema som umiddelbart fanget min oppmerksomhet. Som avslutning ble informantene spurt om det var noe de tenkte de ville legge til eller utdype. De ble takket for deltakelsen og noen uttrykte ønske om å lese studiet når det var ferdig. Dette ga jeg bekreftelse på at var mulig.

3.5 Metode for å behandle data

3.5.1 Prosessen før analysearbeidet

Før analysearbeidet med datamaterialet kan starte må datamengden reduseres.

Begrensningen med et kvalitativt forskningsprosjekt er utfordringen med å få noe fornuftig ut av et materiale som ofte kan være stort. Det er heller ingen fasit på hvordan en slik analyse av data utføres, slik det er ved kvantitative prosjekter (Malterud, 2017, s. 98). Det er nødvendig at den som har samlet inn dataene også er den som analyserer og tolker dem (Johannessen et al., 2016, s. 29). Jeg transkriberte intervjuene så fort det lot seg gjøre etter selve intervjuet. Dette gjorde at jeg hadde intervjuet friskt i minne og at det ikke ble så overveldende å sitte med all transkribering til slutt. Jeg opplevde også at transkriberingen gjorde at jeg startet med analyseprosessen parallelt, jeg fant det derfor nyttig å fortsette med egen loggføring i denne fasen. Dette er i tråd med Malterud (2017, s. 53) som skriver at det forskeren selv er den som transkriberer gjør at det blir mulighet for et nytt møte med teksten som kan gi rom for ettertanker, som igjen kan ha betydning ved analyseringen.

Når forskeren har kommet til analysefasen har ikke lenger deltakerne mulighet for innflytelse. Det er derfor viktig at forskeren her tar stilling til følgende: «Hvordan kan forskeren beskytte deltakernes integritet i analysen og presentasjonen av materialet?» (Thagaard, 2018, s. 122). I tråd med dette valgte jeg å transkribere ordrett det som ble sagt. Det førte til et muntlig transkript som i analysefasen ga meg noen slående sitater fra informantene som belyste deres erfaringer på en god måte.

3.5.2 Valg av analytisk tilnærming

Etter transkribering satt jeg igjen med 57 sider transkribert materiale. Det var en stund uklart for meg hvilken analysemetode jeg ville bruke. Siden jeg ønsket å finne ut hvordan ansatte i hjemmesykepleien opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer og hvordan samhandling med alderspsykiatrisk enhet kan økes så jeg på Giorigis psykologiske fenomenologiske analyse. Denne metoden har til formål å utvikle kunnskap om deltakerens livsverden innenfor et bestemt område. Med denne metoden leter forskeren etter vesentlige kjennetegn ved de fenomenene som studeres og egen forforståelse til tema settes i parentes (Malterud, 2017, s. 95).

Jeg endte opp med å bruke systematisk tekstkondensering (STC), redegjort ved Kirsti Malterud (2017, s. 97). Jeg valgte denne fordi den ga meg en god og tydelig innføring i hvordan jeg kunne analysere datamaterialet på en systematisk og overkommelig måte. Denne analysestrategien tar utgangspunkt i et begrenset antall foreløpige temaer som deretter videreutvikles til kodegrupper. Den skiller seg ut fra andre analysemetoder ved at den omfatter en spesifikk fremgangsmåte for kondensering og abstrahering av data.

Analysen gjennomføres i fire trinn.

Trinn 1

Ifølge Malterud (2017, s. 99) innebærer det første trinnet å gjøre seg kjent med datamaterialet. Jeg startet derfor med å lese gjennom intervjuene og lagde meg noen stikkord underveis. Det handlet om å gi meg et helhetsbilde av materialet og jeg begynte å tenke på noen foreløpige temaer underveis. Temaer som dukket opp umiddelbart var blant annet at eldre med depresjon har behov for dagsenter, uttrykk for at hjemmesykepleien følte de manglet kunnskap om depresjon, utfordringer i forhold til kontinuitet i tjenesten, samarbeid med andre instanser og at noen ikke var kjent med alderspsykiatri som fagfelt. Det ble en utfordring og ikke dvelte ved mulige temaer, men å holde meg til trinn 1 som i første omgang handler om å danne seg et helhetsinntrykk. Mens jeg leste hadde jeg problemstillingen i bakhodet slik at jeg merket meg den relevante informasjonen i uttalelsene.

Etter å ha lest intervjuene endte jeg opp med fem mulige temaer å jobbe videre med.

Trinn 2

I det andre analysetrinnet blir datamaterialet organisert slik at den delen av materialet som skal bli studert videre blir vektlagt, det øvrige blir lagt bort (Malterud, 2017, s. 100). I denne prosessen var det nyttig å ha veileder som også gikk igjennom datamaterialet og at vi sammen kunne diskutere foreløpige temaer. Når vi var enige om de foreløpige temaene kunne dette danne grunnlag for kodegrupper i analysetrinn 2 (Malterud 2017, s. 100). I dette trinnet starter forskeren med en gjennomgang av materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. I STC er ikke hele teksten meningsbærende enheter, forskeren

skal skille relevant tekst fra irrelevant tekst. Videre skal den delen av teksten som belyser problemstillingen sorteres ut (Malterud, 2017, s. 101).

Når de meningsbærende enhetene i teksten blir merket blir de også systematisert, dette kalles koding (Malterud, 2017, s. 101). Jeg valgte å gjennomføre kodingen fysisk og materielt ved å merke utvalgt tekst med forskjellige farger. Når jeg kodet hadde jeg de foreløpige temaene foran meg, det gjaldt også problemstillingen. Det var utfordrende å vite hvor de forskjellige meningsbærende enhetene hørte til i de foreløpige temaene. Jeg så etterpå at to av temaene gikk i hverandre og det var nødvendig å se på de som en helhet for så å dele de opp igjen. I tillegg oppdaget jeg at noen av temaene ikke var relevant for problemstillingen. Dette var blant annet ensomhet og samarbeid med pårørende.

Trinn 3

I dette trinnet jobbes det videre med de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Fra analysetrinn 2 satt jeg igjen med fire kodegrupper. Foreløpige temaer var: Hva er viktig for eldre med depresjon, utfordringer for hjemmesykepleien, samarbeid med andre instanser og samhandling med alderspsykiatri. Jeg kunne se at noen av kodegruppene inneholdt få meningsbærende enheter. Derfor hadde jeg i bakhodet om det var mulig å slå sammen noen av kodeenhetene eller om noen av de ikke kunne ansees som meningsbærende enheter. På dette stadiet oppdaget jeg at det var nyttig med loggboken jeg førte underveis i intervjuene, her hadde jeg notert meg noen tenkte relevante temaer.

Jeg startet med den kodegruppen som hadde mest innholdsrikt materiale og den som jeg selv syntes vekket mest interesse hos meg selv. Dette var tema som omhandlet hva som er viktig for eldre hjemmeboende med depresjon. Etter hvert som jeg hadde vært igjennom alle temaene ble det enda klarere for meg at to av kodegruppene gikk i hverandre og måtte sees på som en helhet, dette gjaldt hva som var viktig for eldre med depresjon og utfordringer for hjemmesykepleien. Dette ble en kodegruppe med mange subgrupper og måtte derfor likevel deles opp i to kodegrupper igjen, men denne gangen med to ulike temaer. Dette førte til at en annen kodegruppe kunne slås sammen med en av disse kodegruppene.

Etter dette trinnet satt jeg igjen med fire kodegrupper og tre-fem subgrupper under hver kodegruppe. Neste steg var å lage et kunstig sitat for hver subgruppe. Dette kondensatet skulle utgjøre stemmen til informantene som beskriver fenomenet som hver subgruppe sier noe om (Malterud, 2017, s. 107).

Trinn 4

Som siste trinn i analysen settes bitene sammen igjen til en analytisk tekst for hver kodegruppe. I denne prosessen må det taes utgangspunkt tilbake til originalteksten slik at forskeren er sikker på at man er lojal i forhold til deltakernes stemmer, samtidig som at forskeren med sikkerhet ikke fortolker (Malterud, 2017, s. 108).

Til denne delen av analysen var det nyttig med innspill fra veileder som hadde gode tips i forhold til kategorier og undergrupper. Jeg merket at jeg selv «hadde blitt litt blind» i forhold til funnene og hvordan jeg kunne gjøre om på kategoriene. De fire kategoriene ble opprettholdt, men med nye overskrifter. Antall undergrupper ble redusert ved at noen ble slått sammen. De nye overskriftene ble iøynefallende ved at de ble mer spesifikke og fengende. Selv syntes jeg at de nye overskriftene vekket økt interesse også for min egen del.

Kvalitative forskningsmetoder bygger på det fortolkende paradigmet, noe som innebærer at det subjektive undersøkes med forskeren som medvirkende redskap. Grunnforståelsen her er at verden kan oppfattes ulikt avhengig av det ståsted man har. I dette paradigmet benyttes det en induktiv tilnærming som innebærer at det ble trukket slutninger fra det som er enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 113). Til det siste trinnet ble det benyttet en induktiv tilnærming til datamaterialet.

Funnene blir presentert i kapittel 4.

3.6 Forskningsetikk

Med forskning må man underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt de forskningsetiske retningslinjene (Johannessen et al., 2016, s. 85). Etikk handler om prinsipper, regler og retningslinjer for å kunne si noe om en handling er riktig eller galt, dette

gjelder også innen forskningsvirksomhet. Etikk blir svært viktig innenfor samfunnsforskning fordi det berører enkeltmennesker og forhold mellom mennesker (Johannessen et al., 2016, s. 85). Kvale og Brinkmann (2015, s. 97) påpeker at etiske problemstillinger preger hele forløpet i et forskningsprosjekt. Det bør derfor bli tatt hensyn til mulige etiske problemer helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten. Videre innebærer forskerens etiske ansvar å presentere data så nøyaktig og representativt som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97).

3.6.1 Informert samtykke

I alle forskningsprosjekter ligger prinsippet om at forskeren må ha deltakerens informerte samtykke (Thagaard, 2018, s. 26). Et forskningsprosjekt som inkluderer personer kan kun settes i gang dersom forskeren har deltakernes informerte og frie samtykke. Deltakerne kan dessuten når som helst velge å trekke seg fra prosjektet uten at det har en konsekvens (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 300). I denne studien ble informantene sendt en forespørsel om de ville delta i et forskningsprosjekt. Som vedlegg ble et informasjonsskriv som beskrev prosjektet og informert samtykke lagt ved. Før intervjuet startet gikk jeg igjennom det som sto i informasjonsskrivet og presiserte retten til å trekke seg på ethvert tidspunkt hvis de ønsket det. Informantene skrev under på samtykkeerklæringen før intervjuet. De ble fortalt at skjemaet ville bli makulert etter prosjektslutt 15.06.21.

3.6.2 Konfidensialitet

Et grunnprinsipp for etisk forsvarlig forskningspraksis er kravet om konfidensialitet. Dette prinsippet handler om at «de som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt» (Thagaard, 2018, s. 28). Til denne studien ble det ikke laget spørsmål i intervjuguiden som krevde personlige opplysninger fra informantene. I prosjektet har jeg hele tiden hatt i bakhodet at de åpne spørsmålene i intervjuguiden hvor det legges vekt på informantenes erfaringer, ikke skal gjøre at det er mulig å identifisere verken informantene eller betraktninger omkring brukere. Dette var også noe NSD påpekte i sin tilbakemelding til meg når prosjektet ble godkjent. Når informantene delte erfaringer understreket jeg for de at jeg ikke ville bruke gjenkjennbare utsagn, navn

eller dato som kunne gjøre at de eller brukere ble gjenkjent. Dette gjorde at de fikk en sikkerhet i forhold til at de kunne snakke fritt når de snakket om sine erfaringer.

Videre har jeg vurdert det slik at det er styrke i forhold til konfidensialitet at jeg har rekruttert informanter fra hjemmesykepleie fra forskjellige kommuner da de representerer en forholdsvis stor arbeidsplass. Materialet som ble utviklet i intervjuene ble behandlet konfidensielt og det var kun veileder og jeg som hadde tilgang til dette. Alle opptak ble slettet ved prosjektets slutt.

3.6.3 Konsekvens av deltakelse

Et annet grunnprinsipp for en etisk forsvarlig forskningspraksis er knyttet til de konsekvensene forskningene kan ha for deltakerne (Thagaard, 2018, s. 30). Her fremhever forfatteren (Thagaard, 2018, s. 30) at forskeren har et ansvar for å unngå at de som forskes på kan ta skade eller påføres andre alvorlige belastninger. Erfaringer fra intervjuundersøkelser viser at informanter kan sette pris på å kunne fortelle om seg selv til en interessert lytter og at det kan bidra til innsikt i egen situasjon, men at det også kan oppleves negativt dersom de ikke kjenner seg igjen i egne sitat når de leser resultatet av undersøkelsen (Thagaard, 2018, s. 30).

Å delta i dette prosjektet var frivillig og informantene ble gjort godt kjent med hva hensikten med prosjektet var på forhånd. Intervjuene ble lagt opp til å ha en avslappet atmosfære og det kunne fint legges til rette for i de intervjuene som ble gjort ansikt til ansikt. Det var imidlertid litt mer utfordrende å få til dette med de som ble intervjuet over telefon, men jeg fikk inntrykk av at de hadde en positiv følelse ved avslutning. Videre erfarte jeg at deltakerne satte pris på å snakke om sin arbeidshverdag og at de åpnet seg opp i høy grad. Jeg tok en vurdering av hva som syntes å være sensitiv informasjon og som kunne utgjøre en mulighet for gjenkjennelse. Det er benyttet mange sitater fra informantene som blir presentert i kapittel 4 som omhandler funn. Sitatene som er benyttet er brukt i den kontekst som jeg tenker at informantene vil kjenne seg igjen i. Med dette som bakgrunn vurderer jeg det som at det er lite sannsynlighet at deltakelse i dette prosjektet kan skade deltakerne på noen som helst måte.

3.7 Forskningens kvalitet

Når kvaliteten på kvalitativ forskning blir vurdert benyttes begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og overensstemmelse (Johannessen et al., 2016, s. 231). I det følgende underkapittel vil disse begrepene bli diskutert.

3.7.1 Pålitelighet (reliabilitet)

I kvantitativ forskning er reliabilitet kritisk og det finnes mange måter å teste data sin reliabilitet på (Johannessen et al., 2016, s. 231). Reliabilitet knyttes til at det rettes spørsmål om en kritisk vurdering av at et prosjekt gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. I utgangspunktet refererer begrepet reliabilitet til om en annen forsker som anvender de samme metodene ville kommet frem til samme resultat (Thagaard, 2018, s. 201). Når det gjelder kvalitativ forskning er ikke slike krav til reliabilitet hensiktsmessig da det ikke benyttes strukturerte datainnsamlingsteknikker. I kvalitativ forskning er det ofte samtalen som styrer datainnsamlingen (Johannessen et al., 2016, s. 231). Videre argumenterer forfatterne at observasjonene i kvalitativ forskning er verdiladet og kontekstavhengig, dessuten ville det ikke være umulig for en annen forsker å komme frem til det samme resultatet. Konsistens er ifølge Thagaard (2018, s. 203) ikke relevant i kvalitativ forskning da utvikling av data er en prosess hvor forsker og personene i feltet samarbeider. En forsker kan ikke opptre på nøyaktig samme måte i undersøkelsessituasjoner og få samme resultater flere ganger. Isteden påpeker Johannessen et al. (2016, s. 232) at forskeren kan styrke påliteligheten i en studie ved å gi en inngående beskrivelse av konteksten, gjerne sammen med case beskrivelser. Videre styrkes påliteligheten ved å fremstille en åpen og detaljert beskrivelse av hele forskningsprosessen.

Til denne studien er det benyttet semistrukturert intervju og det i seg selv kan gjøre noe med påliteligheten. Det er sannsynlig at en annen forsker med samme intervjuguide kunne fått et annet resultat. Jeg har imidlertid forsøkt å unngå ledende spørsmål og legge opp til en så åpen samtale som mulig slik at jeg fikk ærlige svar. Det er også benyttet mange sitater for å vise til hva informantene uttrykker. For å styrke påliteligheten til studien har jeg forsøkt på best måte å gjøre tydelig rede for hele forskningsprosessen og hvordan studien er

gjennomført. Det styrker oppgavens pålitelighet at jeg sammen med veileder har analysert datamaterialet.

3.7.2 Troverdighet (intern validitet)

Validitet i kvalitative undersøkelser tar for seg i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn gjenspeiler formålet med studien og representerer virkeligheten. Det vises til to teknikker som gjør at det kan settes lit til at forskningen frembringer troverdige resultater, vedvarende observasjon og metodetriangulering. Vedvarende observasjon handler om at forskeren er godt nok kjent med feltet det forskes i, på den måten er det mer mulig å skille relevant informasjon fra ikke-relevant informasjon. Med begrepet metodetriangulering menes at forskeren bruker ulike metoder under feltarbeidet, f.eks. observasjon og intervju. Det kan også bety at forskeren tar utgangspunkt i mer enn en setting, f.eks. at feltarbeidet tæes i flere skoleklasser (Johannessen et al., 2016, s. 232).

Til denne studien styrkes troverdigheten fordi jeg har god kunnskap om feltet det forskes på gjennom mitt daglige arbeid. Oppgavens begrensning innebar at jeg ikke utførte både observasjon og intervju i feltarbeidet. Det ble valgt intervju som fremgangsmåte, men det er foretatt intervjuer av informanter fra forskjellige kommuner og hjemmesykepleiesoner. Dette er noe som styrker troverdigheten til studien. I tillegg øker studien sin troverdighet ved at veileder også har deltatt på analysen for å komme frem til resultatet. Ifølge Johannessen et al. (2016, s. 232) styrkes troverdigheten når andre kompetente personer deltar i analysearbeidet.

3.7.3 Overførbarhet (ekstern validitet)

Dersom resultatene fra en intervjuundersøkelse vurderes som pålitelige og troverdige, kan det tæes stilling til om resultatene kan overføres til andre situasjoner, kontekster og personer, eller om de primært gjelder denne studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Ifølge Malterud (2017, s. 24) kan man i kvalitativ forskning ikke ha tro på eller påstå at funnene har samme overførbarhet som med et epidemiologisk design. I kvalitativ forskning er det også vanlig at det er få informanter og derfor kan et resultat sjelden gjøres allmenngyldig (Kvale & Brinkmann 2015, s. 279).

I denne studien bestod utvalget av seks informanter med helsefaglig bakgrunn, og på grunn av dette vil det derfor være vanskelig å generalisere funnene til å gjelde for andre som jobber innenfor helsesektoren. Thagaard (2018, s. 23) skriver at overførbarhet kan settes i sammenheng om tolkningen vekker interesse for andre lesere som har kjennskap til tema som forskes på. Det kan derfor tenkes at andre som jobber i hjemmesykepleie kan ha nytte av å lese studien da de muligens kan kjenne seg igjen i erfaringene til informantene. En annen begrensning i studien er at tidspunktet på intervjuene var under covid-19-pandemien og dette kan ha gjort utslag i hvordan informantene opplevde at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer.

3.7.4 Bekreftbarhet (objektivitet)

I kvalitativ forskning er det en forventning om at forskeren bringer et unikt perspektiv inn i studien, men det er viktig at funnene er et resultat av forskningen og ikke ens egne subjektive holdninger (Johannessen et al., 2016, s. 234). Dette handler om bekræftbarhet, dette begrepet handler om i hvilken grad resultatene fra forskningen samsvarer med tilsvarende undersøkelser (Johannessen et al., 2016, s. 234). Til denne oppgaven er funnene drøftet opp under relevant litteratur og forskning på område, dette styrker bekræftbarheten til studien.

4 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for funnene jeg kom frem til i datamaterialet. Kategoriene og undergruppene er satt inn i en tabell som vist nedenfor. Etter tabellen har jeg skrevet hva som kom opp under alle kategoriene og undergruppene, her vil det bli benyttet mange direkte sitater som er tatt ut fra datamaterialet.

4.1 Tabell

Tabell over kategorier og undergrupper fra datamaterialet.

Kategorier	Undergrupper
Tjenesten favner for brett	<ul style="list-style-type: none">- Behov for spesialiserte grupper- Kan ikke si nei
Mangler kompetanse på depresjon hos eldre	<ul style="list-style-type: none">- Vanskelig å vite hva det er- Redd for å si noe galt
Behov for aktivitet	<ul style="list-style-type: none">- Korona ført til økt isolasjon- Et ikke-eksisterende tilbud om dagsenter
Samhandling med alderspsykiatri	<ul style="list-style-type: none">- Varierende kjennskap til tjenesten- Hvordan få til økt samarbeid- Ønsker å bli involvert i samarbeid

4.1.1 Tjenesten favner for brett

Noe som gikk igjen i datamaterialet var at informantene uttrykte at tjenestene som hjemmesykepleien utøver skal favne for mye. Informantene uttrykte at det er «utfordrende

for hjemmesykepleien å følge opp eldre med depresjon da de utøver en basistjeneste og de er mange som går inn og ut av brukernes hjem». For å utdype dette utalte en at det er «hjemmesykepleien arts at vi er generalister, vi skal kunne gjøre masse forskjellige ting». Det var to temaer som knyttet seg til at tjenesten oppleves av at den skal favne for brett og dette belyses i følgende to undertemaer: behov for spesialiserte grupper og kan ikke si nei.

Behov for spesialiserte grupper

Det var tilfeldig når det ble rekruttert informanter fra kommunal hjemmesykepleie at to av informantene kom fra en kommune hvor det var valgt å dele opp hjemmesykepleien etter det de kalte diagnoser. Disse to informantene kom derfor fra en gruppe som utøvde tjenester rettet mot brukere med utfordringer i forhold til psykisk helse, uavhengig av alder. De fire andre informantene kom fra en kommune hvor det ikke var oppdelt på denne måten, men hvor de utøvde sine tjenester til alle brukere uansett hva de trengte bistand til i sin sone. To av informantene som kom fra samme sone opplyste at det nå var planer om å dele opp hjemmesykepleien i deres sone slik de har gjort i den andre kommunen. De to siste informantene som kom fra en annen sone i samme kommune uttrykte et stort behov for at gruppen deres ble delt opp ut ifra fra de utfordringene brukerne står i, men de var ikke kjent med at det var planer om en slik oppdeling.

Det var derfor enighet blant informantene at det å dele opp hjemmesykepleien i spesialiserte grupper var hensiktsmessig. En gevinst ved en slik organisering ville være at det ville bidra til en mer helhetlig tjeneste hele døgnet med fokus på aktivitet for den enkelte, mer kontinuitet i tjenesten og noe som dermed bidro til mer trygghet blant brukerne. Det kom frem at en ordning med spesialiserte grupper ville lettere kunne legge til rette for at det var de samme som kom til den enkelte og at dette også ville være hensiktsmessig for brukerne, «så mye bedre det ville vært for brukeren, spesielt for de med psykiske lidelser... Ikke å ha så mange forskjellige å forholde seg til. Det er så viktig å ha den roen, tryggheten».

Det var imidlertid utfordrende med kontinuitet i tjenesten for hjemmesykepleierne som jobbet i de sonene hvor tjenesten ikke var delt opp i spesialiserte grupper. Det ble sagt «vi prøver å begrense hvor mange som går til hver enkelt, men virkeligheten er at vi er mange som går inn og ut». En informant uttrykte et sterkt ønske omkring kontinuerlig oppfølging

av brukere og mente at det ville gjøre at de i økt grad var i stand til å følge med på endringer omkring psykisk helse:

Jeg savner det, å gå til en del av de samme. Da kan jeg følge med på om det er noen psykisk endringer, og de får også en tryggere relasjon til oss. Slik det er nå vet jeg ikke engang hvem jeg er tjenestestansvarlig for og det er ingen god følelse.

Det ble fortalt fra de to i den gruppen som hadde delt inn tjenestene at en slik oppdeling gjorde at deres kunnskapsnivå økte og at det var svært nyttig ved at «vi ikke trenger å bytte roller i hodet med hvordan vi jobber med mennesker». De erfarte at «i psykiatri jobber man på en helt annen måte enn med f.eks. en dame på 80 år som trenger hjelp til støttestrømper og mat». Videre utalte de «så klart man blir jo dyktigere i fagfeltet når man er trent på det faget. Og det tror jeg er bedre for brukerne også». Samtidig var en svært tydelig på at helsepersonell som jobber med eldre må være klar over at dersom man jobber med eldre mennesker så er alderspsykiatri en stor del av tilstanden til brukerne:

Så hvis du jobber med eldre mennesker så er psykiske lidelser en del av det, for det er så utbredt... For det er ekstremt viktig, jeg tror ikke man kan slippe unna psykiatri uansett hvor du jobber hen. Hvis du jobber med mennesker så blir det en del av det.

Likevel kunne de som representerte den sonen med inndelte grupper fortelle om brukere som syntes det var rart at de hadde blitt plassert i den gruppen som hadde rus og psykiatri som fagområde, en slik inndeling mente de derfor at ikke alltid var gunstig for brukeren, men for de ansatte opplevdes det som nyttig:

Noen brukere er overrasket over at de har blitt plassert i en egen gruppe for de med rus og psykiatri, ikke ren hjemmesykepleie. For de mener at de ikke har behov for sånne ting... Så det er både og, men som sykepleier opplever jeg det som positivt. Det kan også bli mye uenighet i om hvilke gruppe enkelte skulle til og at de måtte være tydelige til tildelingskontoret hvis de mente at en bruker var plassert i feil gruppe.

Kan ikke si nei

Et annet undertema som knyttet seg til opplevelsen av at tjenesten favner for bredt, var at informantene mente at de ikke kunne si nei til nye brukere. De opplevde at «andre instanser kan liksom velge om de kan gi et nyttig tilbud eller ikke, det kan ikke vi. Og er det slik at ingen andre kommer til, ja da er det hjemmesykepleien som må bistå». Dette opplevdes for informantene som til tider overveldende at så mange med behov for sammensatte tjenester ble overført til de, og hvor de fortalte at «det er på siden av vår kompetanse og det vi skal gjøre». Informantene fortalte at de opplevde at dersom andre instanser mente at de ikke kunne hjelpe enkelte fordi de ikke kunne nyttiggjøre seg tilbudet så var det hjemmesykepleien som måtte overta:

Vi opplever jo i hjemmesykepleien at vi har mange brukere som andre tenker at de ikke kan hjelpe, ingen andre som vil ha de da, men vi kan jo ikke velge. Så blir det sånn... ja ja, her er det ikke noe aktivt som skjer så da legger vi det tilbake til hjemmesykepleien så må de gå der.

4.1.2 Mangler kompetanse på depresjon hos eldre

Det andre hovedtemaet som utkrystalliserte seg i analysen var at informantene påpekte at kompetanse på eldre og depresjon var mangelfullt i hjemmesykepleien og at det var et stort behov for helsepersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Mangelen på kompetanse førte til konkrete utfordringer i praksis. Disse vil bli presentert som: vanskelig å vite hva det er og redd for å si noe galt.

Vanskelig å vite hva det er

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at manglende kompetanse gjorde at det var utfordrende å vite om det var en depresjon som var årsaken til brukers tilstand eller ikke. «Og når det gjelder depresjoner hos eldre, ja det synes jeg er litt vanskelig å si om det er en sorg eller depresjon». De opplevde også at det kunne være vanskelig å skille når en bruker også hadde en demenssykdom:

Ja, for jeg opplever at eldre som får en Alzheimer sykdom eller en demens da... og så opplever jeg at denne personen er deprimert i tillegg. Men så er det ikke sikkert at

det er det handler om. Det kan jo også være en sorg over og ha fått en diagnose. Det skillet synes jeg er kjempevanskelig.

Informantene fortalte også om komplekse tilstander hos brukere og at mange utviklet kognitiv svikt som gjorde det vanskelig å vite hva som er hva og en sa «jeg tenker at med deprimerte eldre så er det ofte et sammensatt sykdomsbilde. De får også oftere en kognitiv svikt. Den overgangen er ofte vanskelig å avdekke. For de kan virke demente når de er deprimerte». Det ble også fortalt at det kunne antas at eldre med depresjon var en underdiagnostisert gruppe siden det var mange som hadde lite kunnskap om alderspsykiatri. En informant hadde i forkant av intervjuet gått igjennom listene over brukerne og kunne se at det var svært få som hadde en depresjonsdiagnose:

I går gikk jeg gjennom listene våre for å se hvor mange som har en diagnose og det var jo forsvinnende få. Det er så underdiagnostisert, men så har jeg lest hva kriteriene for en depresjon er og mange av våre brukere fyller jo de kriteriene. De er jo deprimerte per definisjon.

Samtidig kunne en informant fortelle at de opplevde at mange eldre gikk på antidepressiva uten å ha en depresjonsdiagnose. Det kom frem informasjon om at informantene erfarte at det var utfordrende å vite når de burde bli bekymret dersom de møtte på en eldre som er deprimert, «det å vite når det blir sykt». I den forbindelse ble det påpekt at det ville vært nyttig for de å vite hvem de kunne kontakte for å få bistand til å vurdere tilstanden til den det gjaldt. Noen uttrykte også ønske om å kunne fordype seg mer i temaet og kunne bruke mer tid i arbeidshverdagen på å følge opp denne gruppen med brukere. Det ble sagt at arbeidsgiver ikke la godt nok til rette for at ansatte kunne ta videreutdanning i psykisk helsearbeid og at de ikke fikk permisjon for å delta på undervisning. Videre kom det frem at de opplevde at eldre og depresjon som et område som ikke ble prioritert i deres tjeneste og også uønsket som oppgave.

Redd for å si noe galt

Informantene uttrykte at mangel på kompetanse om eldre og depresjon førte til at de var redde for å si noe galt, «noen er redde for å gjøre vondt verre ved å starte en samtale rundt det». De hadde en oppfatning av at «vi må holde oss litt nøytrale, for og ikke lage en

forverring i stedet da». En informant med god kunnskap om eldre og depresjon fortalte at hennes erfaring var at pleieren i gruppa var «litt tilbakeholdne og kanskje engstelige for å spørre for mye, de var redde for å gjøre situasjonen verre».

Denne vegringen for å gå inn i en samtale omkring hvordan en bruker har det mente de også kunne ha med tid å gjøre, «man skal jo ha tillit hos personen for å spørre og tid. Og hjemmesykepleien er jo ikke kjent for å ha god tid hos brukere». Det var også en erfaring om at eldre med depresjon lettere åpnet seg for de som har kompetansen og de som kjenner de godt. I tråd med at informantene uttrykte at de var redde for å si noe galt ble det opplyst at det forekom at hjemmesykepleien tok kontakt med psykisk helse i kommunen når de hadde brukere som også mottok tjenester fra de, «det hender at vi er ute og kartlegger sammen og det tenker jeg at vi kanskje bør gjøre i høyere grad». De kunne peke på fordeler ved å gjøre hjemmebesøk sammen med psykisk helsetjeneste i kommunen da det opplevdes tryggere å vite hva de kunne spørre om siden de kjente brukeren godt:

De fra psykisk helsetjeneste kjenner pasienten godt og vet i høyere grad hvilke spørsmål som bør stilles og hva som ikke bør stilles. Så jeg har sagt til primærkontakter her at når vi har halvårlige kartleggingssamtaler så kan de rådføre seg med psykisk helse i forkant om hva som er greit å spørre om.

4.1.3 Behov for aktivitet

Informantene fortalte om møter med eldre som tilbragte mye tid alene og hvor ensomhet spilte en stor rolle i deres tilværelse, de mente at deres tilsyn kunne være et lyspunkt for sosial omgang i løpet av en dag. En informant fortalte at hun av og til hadde mulighet til å sette seg ned for å ta en kopp kaffe eller gå en tur i hagen til brukere og på den måten ble det etablert en kontakt som skapte trygghet dersom vedkommende ønsket å åpne seg opp. Andre informanter mente at det blir feil at hjemmesykepleien skal komme for å dekke et sosialt behov, og at dette egentlig burde bli dekket av noen andre. I den forbindelse ble det opplyst fra en informant at hjemmesykepleien var tilstede for «å hjelpe de litt med å se på hva de har her og nå. Hva kunne hjelpe? Og da er det jo å få innhold i livet som mangler, de mangler å ha noe å gå til...». Det ble opplyst at manglende aktivitet har spesielt gjort seg gjeldende som følge av restriksjoner grunnet korona, men informantene påpeker at tilgang

på dagsenter for eldre hjemmeboende med depresjon generelt er ikke-eksisterende. Dette vil bli presentert i de følgende to underkapitlene: korona ført til økt isolasjon og et ikke-eksisterende tilbud om dagsenter.

Korona ført til økt isolasjon

Informantene opplyste at restriksjoner i forhold til korona har gått mye utover eldre hjemmeboende som har en depresjon og at pandemien har ført til at de har blitt ytterligere isolert:

Ja, jeg ser nå under korona så har vi en enda større depresjonsutfordring for de kommer seg ikke ut, kommer seg ikke på dagsenter, har stengt ned samfunnet. Så vi ser at mange av de som vi tenker skulle hatt et dagtilbud sitter hjemme nå og er mer deprimerte nå enn før.

De erfarte at mange tjenester stengte ned og som gjorde at mange som tidligere hadde oppfølging i hjemmet eller var tilknyttet aktiviteter på dagtid fikk en begrenset tjeneste som innebar oppfølging over telefon eller ikke tjenester i det hele tatt:

Noen blir avspist med telefon istedenfor besøk, det er ikke det samme. En rask prat over telefon hvor det spørres om de har tatt medisiner, også hadet... Det er ikke det samme. Det er en dårlig erstatning, ihvertfall for de med depresjon.

Fra informantenes ståsted var det underlig å se alle tjenestene i kommunen som stengte ned og som skulle ha hjemmekontor og ringetjeneste som erstatning for fysisk kontakt, som for eksempel kommunal psykisk helsetjeneste. For hjemmesykepleien var det fortsatt forventet at de skulle utføre sine tjenester tilnærmet som før. Informantene opplevde at enkelte ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for, «behovene deres blir jo ikke borte, og da er det jo hjemmesykepleien som må gå ut. Det blir så dumt og sånn er det...». «Og vi hadde jo så mye å gjøre for sykehjemmene stengte ned. Vi hadde jo alt og i tillegg skulle de stenge ned sine tjenester, noe som også innebar at innleggelser på sykehus nesten ikke var mulig». I intervjuene kom det frem at eldre med depresjon heller ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for da de grunnet korona restriksjoner ikke har kunnet ha samarbeidsmøter i lik grad som før:

Vi kan ikke sette opp masse nettverksmøter nå for at pasientene skal få bedre tilbud sånn som vi har hatt før. Nå er man jo så tilbakeholden med sånne møter, det er restriksjoner på å ha møter hjemme hos pasienter også. Det skal være veldig nødvendig hvis man har møter slik det er nå. Så eldre som har en depresjon får nok ikke det samme tilbudet som de ville fått før pandemien.

Informantene kunne fortelle om halvårlige sjekklister som de vanligvis går igjennom med sine brukere, i denne sjekklisten er det også en del som tar for seg psykisk helse. Gjennom perioden med korona sier informantene at sjekklistene ikke har blitt prioritert i deres arbeidshverdag og vært lagt helt ned. Informantene uttrykte ubehag med at de ikke fikk fulgt opp brukere med den halvårlige planen da det gjør at de ikke får fanget opp endringer siden sist, noe som betyr at eventuelle endringer i forhold til stemningsleie ikke blir kartlagt.

Det kom frem i intervjuene at for noen eldre med depresjon førte det til en ytterligere forverring når de fra myndighetene ble frarådet å ha kontakt med mange og oppsøke plasser hvor det var mange til stede. Informantene sa at dette kunne være eldre som vanligvis ikke ville gå ut i særlig stor grad, «men det å bli tatt fra det valget. Det gjør jo også noe med alle, enten du er syk eller ikke». En informant hadde imidlertid en overraskende erfaring hvor det ble vist til at enkelte brukere faktisk hadde blitt bedre under koronarestriksjonene da de i høyere grad måtte klare en selvstendig hverdag:

Ja, det er veldig interessant for vi har sett... både og... noen har blitt mye bedre og noen har blitt verre. De som har blitt bedre er de som har fått tjenester fra oss i lang tid også plutselig må vi korte ned på tilbudet de får fra oss da vi ikke rekker over alt i like stor grad, og da når de måtte begynne å klare seg selv mer så fikk de det bedre med seg selv. Og det er jo typisk.. ved psykiske lidelser og det å mestre fører til ofte en bedre psykisk helse. Noen ble faktisk bedre av det og nå når korona forsvant en liten stund og vi økte tiltakene noe så ble de dårligere. Det er veldig interessant.

Samme informant kunne videre fortelle om opplevelser med eldre som har en depresjon at de ikke følte seg så ensomme som før fordi de ikke lenger var alene om å ha det slik. Det føltes godt for noen av brukerne å vite at andre var i samme situasjon:

Så har vi noen som sa at nå har jo alle det sånn. Ikke bare de, og det var litt lettere for dem. De følte seg ikke så alene om å være alene lenger. Ja, det ble jo som et fellesskap i ensomheten. Det var veldig fascinerende.

Et ikke-eksisterende tilbud om dagsenter

I intervjuene ble det uttrykt fra alle informantene at det var et stort behov for dagsenter til eldre hjemmeboende som har en depresjon, men at dette var et tilbud som ikke eksisterer. Det ble opplyst at det var gode dagsentertilbud til personer med demens og yngre personer med psykiske lidelser, men at eldre hjemmeboende med depresjon falt mellom to stoler:

Ja, det jeg kan rive meg litt i håret av er dagsenter for de med psykiske lidelser. Og det skulle jeg ønske... enten, at det dagsenteret vi allerede har ikke har en aldersbegrensning eller at det ble startet et eget for eldre mennesker som har en depresjon.

Informanten kunne fortelle om eldre med depresjon de møtte i deres arbeidshverdag som med sikkerhet ville hatt glede av å ha et sted å komme til, det ble sagt at «hadde du åpnet opp et dagsenter for eldre med depresjon kunne jeg fylt opp plassen med en gang». Det kom frem et spesifikt ønske om dagsenter rettet mot hjemmeboende menn med depresjon da de synstest det manglet noe som samlet menn i et fellesskap. Det ble sagt at mange av de nåværende dagsentrene typisk hadde tilbud om aktiviteter som passet best for kvinner. Videre ble det pekt på at det ville være hensiktsmessig å ha et dagsentertilbud til eldre med depresjon som startet litt senere på dagen, da de opplevde at brukere i denne gruppen strevde med å starte dagen. Informantene erfarte at for mange med depresjon er det for tidlig å være klar til kl. 9 og at det ville være nyttig at dagtilbudet heller var åpent litt lengre utover dagen. I intervjuene ble det fortalt om konkrete erfaringer de hadde med eldre som har en depresjon som hadde vært tilknyttet dagtilbud med trening. En av informantene fortalte om et møte med en eldre mann som hadde uttrykt at han var ferdig med livet og at han manglet innhold i hverdagen:

En eldre mann jeg går til sier at han er ferdiglevd og at det skjer ingenting i hverdagen. Han hadde et tiltak som inneholdt et dagtilbud med trening to ganger i uka og det likte han godt. Så kom imidlertid korona restriksjoner og han mistet dette tilbudet. Etter det har det vært utrolig mange telefoner, og henvendelser fra han. Han klarer seg jo egentlig ganske bra selv, men er initiativløs. Når vi var der nå igjen var det mer rot i huset hans igjen. Han trenger dagtilbud for å være sosial, og det gjør så mye med hverdagen hans.

Informantene utrykte viktigheten av at de var kjent med ulike lavterskeltilbud i kommunen slik at de hadde kunnskap om hva som kunne bidra til mer sosialisering for den enkelte. De var opptatt av å kunne finne måter på at eldre hjemmeboende med depresjon fikk mer innhold i hverdagen.

4.1.4 Samhandling med alderspsykiatri

Informantene utrykte ulik kjennskap til alderspsykiatri som fagfelt og de hadde varierende erfaring med samhandling med denne instansen. Det ble uttrykt ønske om at samhandling burde økes og det var synspunkter på at det var svært viktig at hjemmesykepleien som instans ble inkludert når en bruker de kjenner skulle henvises til alderspsykiatrisk enhet da de stort sett har god kunnskap om sine brukere. De følgende underkapitlene: varierende kjennskap til tjenesten, hvordan få til økt samarbeid og ønsker å bli involvert i samarbeid, utdyper dette.

Variierende kjennskap til tjenesten

I intervjuene kom det frem at kjennskap til alderspsykiatri varierte i stor grad blant informantene. Det kom frem erfaringer hvor samarbeid med alderspsykiatrisk enhet hadde vært nyttig i form av samarbeidsmøter, de hadde stor tro på at det og møtes fysisk og prate sammen utgjorde en forskjell i oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon. Videre ble det satt pris på at de fikk tilsendt fylldige rapporter som de kunne nyttiggjøre seg i sitt videre arbeid rundt aktuelle brukere. Informantene pekte også på at den økte bruken av elektronisk informasjonsutveksling hadde gjort kommunikasjonen til andre instanser mer effektiv. De opplevde at denne formen for dialog også sparte dem tid da de ikke lenger trengte å bruke telefon i samme grad.

Det fremkom imidlertid opplysninger om at alderspsykiatri som fagområde ikke var kjent blant noen av informantene, to sa «jeg kjenner ikke til tjenesten og det tror jeg ingen i vår gruppe gjør». Dette var utsagn fra informantene som hørte til den hjemmesykepleiegruppen som var inndelt i spesialiserte grupper. Etter intervjuer ble det uttalt at de nå hadde kjennskap til tjenesten og at de større grad kunne be fastlege om å henvise til alderspsykiatrisk enhet. Samtidig ble det uttrykt en forventning om at fastleger er de som skal vite om instanser det kan henvises til:

Det er fastlegen som må vurdere hvor det skal henvises til. Det er jo ikke vår oppgave å si til fastlegen at kanskje det er det du skulle gjøre. Jeg tenker at fastlegen på bakgrunn av de observasjoner vi gjør vet hvilke instanser som er riktig å kontakte.

Informantene mente at for de fleste fastleger var det en høy terskel for å henvise til instanser på sykehuset, deriblant alderspsykiatri. «Det er en forventning til at vi skal løse opp i det, helt til vi står sammen med pasienten på legekantoret for at den det gjelder skal få hjelp». Et resultat av å gjennomføre intervjuene var at det ble uttalt at nå visste i hvert fall noen om tjenesten og at de selv ville informere sine kollegaer om alderspsykiatri som en instans det går an å henvende seg til. Det ble løftet frem at en måte å få alderspsykiatrisk kjent i kommunehelsetjenesten var å få tilsendt noe skriftlig om hva tjenesten kan bidra med. Informantene mente at et oppslag på kontorene deres også ville være nyttig. «Vi kunne jo hatt et oppslag, slik at vi vet om tjenesten. Hvor det også står hva dere kan bidra med og hvordan nå dere. Jeg tror det handler om å vite om tjenesten». Informantene pekte på at det og møtes fysisk og at de hadde et navn eller ansikt å forholde seg til gjorde at de lettere klarte å huske å benytte seg av nye tjenester.

Hvordan få til økt samarbeid

Når det kom til hvordan øke samarbeidet mellom hjemmesykepleien og alderspsykiatrisk enhet ble ambulerende virksomhet dradd frem som viktig og for noen av informantene var det ukjent at det var mulig. Dette ble sett på som positivt da de så fordelene ved at behandlere møter brukere i sitt eget hjem. De som ikke allerede visste om dette tilbudet uttalte at det var nyttig å vite:

Jeg har jo veldig tro på at helsepersonell går ut, vi får jo et helt annet bilde av de når vi kommer hjem enn når vi er på et kontor. Det er en fin ting å vite, at dere har mulighet til å gå ut og gjøre vurderinger.

Informantene trakk frem at det kunne være nyttig å avlegge hjemmebesøk sammen, «jeg opplever at brukeren ofte synes det er trygt når vi er tilstede når en annen instans kommer hjem til de». I forbindelse med felles hjemmebesøk ble det pekt på viktigheten av at et slikt felles hjemmebesøk ble gjort i samarbeid med en som er primærkontakt eller en tjenesteansvarlig, og at det var viktig å legge en plan for at et felles hjemmebesøk skulle være vellykket. «Det gjelder å finne riktig person fra hjemmesykepleien til å ta det hjemmebesøket sammen med en annen instans. For jeg tenker det er ikke alle det er like effektivt å sende på hjemmebesøk». En informant mente at dette var noe en fagkoordinator i hver sone kunne brukes til da de har oversikt over hvem som kjenner brukeren best, «for jeg ser jo det, det er ikke lett for dere heller for når dere skal kontakte hjemmesykepleien så er det ikke enkelt å få tak i den personen som kan gi de gode svarene». Det ble sagt at det ikke alltid ville være nødvendig at en fra hjemmesykepleien ble med på et felles hjemmebesøk, men at «det hadde vært fruktbart at det er en kommunikasjon før møte med pasienten. Vi trenger ikke være med fysisk, men det å snakke i forkant ville vært nyttig». Det ble også uttrykt ønske om at også de fikk tilsendt rapporter etter utredning ved alderspsykiatrisk enhet.

For informantene var det opplysende at det var mulig å ta kontakt over telefon dersom de hadde noen spørsmål eller ønsket å ha noen de kunne reflektere med. Fordi sonen til noen av informantene var i ferd med å dele seg inn i spesialiserte grupper ble det uttrykt ønske om at alderspsykiatrisk enhet kunne bidra med undervisning til den gruppa som skulle ha særlig fokus på psykisk helse.

Ønsker å bli involvert i samarbeid

Informantene fortalte at de gjerne skulle blitt tatt mer med i samarbeid med alderspsykiatrisk enhet. Fra deres ståsted satt de med mye kunnskap om brukerne i deres sone som de tenker det er nyttig at blir kjent dersom en bruker er henvist til enheten:

Dere trenger å høre vår side av saken, det er viktig å høre hva hjemmesykepleien opplever hjemme for dere i alderspsykiatrien tenker jeg. For pasientene selv også, pårørende kan formidle en helt annen historie enn det som er sant. Vil jeg påstå. De underrapporterer og bagatelliserer, og så klart noen pårørende kan også overrapportere for å holde de inne på institusjon. Det er en fordel med hjemmesykepleie for da er mange inne og hvis de journalfører godt er en situasjon sett med mange sine øyne. Jeg tror nok at pleierne her ville kommet med noen innspill som er lurt for dere å få med dere. Og vi er jo der i det daglige og ser den totale endringen.

Det ble fortalt at hjemmesykepleien i møte med mange instanser «kunne havne litt bakpå, ofte er vi ikke en helt naturlig del som mange andre. Det er viktig å ta oss med. Jeg tror det er kjempe viktig, innkalle oss til samarbeidsmøter som et eksempel». De informantene som var kjent med alderspsykiatrisk enhet satte pris på kontakten som er i dag, men det var ønske om å kunne jobbe enda tettere fremover.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan kommunal hjemmesykepleie opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende personer med depresjon fungerer og hvordan samhandling med alderspsykiatrisk enhet kan økes. Dette vil bli drøftet opp mot teori på samhandling og tidligere forskning på temaet. For å svare på problemsstillingen har jeg delt inn drøftingen i to punkter. Først vil jeg drøfte hvordan en gruppeinndeling av hjemmesykepleien kan ha en positiv innvirkning på hva slags oppfølging eldre hjemmeboende med depresjon får. Videre vil jeg drøfte hvordan samhandling med alderspsykiatrisk enhet kan økes.

5.1 Gruppeinndeling som en måte å organisere hjemmesykepleien på?

Gjennom funnene er det mye som kan tyde på at en inndeling av hjemmesykepleien i spesialiserte grupper kan ha mange fordeler. I det følgende vil dette bli drøftet ut ifra temaene: kompetanse, kontinuitet, kunnskap gir trygghet til å snakke om de vanskelige temaene og behov for aktivitet.

5.1.1 Kompetanse

Som vi har sett i funnene var det flere av de ansatte som syntes at de manglet kompetanse på depresjon. Det kom frem at de som jobbet i spesialiserte grupper følte at de hadde mer kompetanse og ga bedre helsehjelp til eldre med depresjon enn de informantene som kom fra den andre gruppen. Denne økte kunnskapen kunne de forklare med at de opplevde at det å jobbe i et bestemt fagfelt som i dette tilfellet var psykisk helse ga de mer erfaring og trygghet innenfor et fagområde. Samhandling blir beskrevet på ulike nivåer som mikro-, meso- og makronivå (Hellesø et al., 2019, s. 157). I dette tilfellet er det samhandling på mesonivå, som er det organisatoriske nivået, og det kan virke som at det er større forutsetninger for samhandling på mesonivå i de spesialiserte gruppene enn vanlig hjemmesykepleie. På mesonivå er nødvendig kompetanse, avklaring av roller og ansvar viktig for at pasienter skal oppleve helhetlige helsetjenester (Hellesø et al., 2019, s. 157). I den spesialiserte gruppen opplevde de ansatte at økt kunnskap ga de trygghet i sitt

fagområde, noe som legger til rette for samhandling på mesonivå. Det var imidlertid ikke slik at de ansatte i den spesialiserte gruppen følte at de var utlærte i forhold til tema eldre og depresjon og de savnet mer støtte til videreutdanning. I den spesialiserte gruppen var det flere ansatte som hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid, men de kunne fortelle at de selv måtte bekoste studier og de fikk ikke permisjon med lønn fra sin jobb for å kunne følge undervisning. Dette samsvarer med en studie hvor informantene ønsket seg mer kunnskap og kompetanse i alderspsykiatri for å kunne bedre møte sine brukere i arbeidshverdagen, men dette var krevende da de selv måtte bekoste en videreutdanning og de fant det utfordrende å kombinere studier med full jobb (Sæterstand & Holm, 2016, s. 24). Hensikten med samhandlingsreformen var blant annet at kunnskap blant helsepersonell i kommunene skulle styrkes slik at de i høyere grad kunne ivareta pasienter der, funn i denne oppgaven og tidligere forskning viser imidlertid at det ikke har blitt satset nok på at ansatte får hevet sin kunnskap i kommunehelsetjenesten i møte med brukere.

Når det gjelder den spesialiserte gruppen uttrykte de at når de jobber med eldre mennesker er det ikke mulig å komme unna at de møter eldre med sammensatte lidelser, og som også innebærer psykiske sykdommer. De ansatte i den spesialiserte gruppen opplevde at depresjon er utbredt blant eldre brukere og at det var behov for å se det hele mennesket i sammenheng for å kunne gi god behandling. Dette viser at eldre personer har oftere lidelser som er sammensatte og sykdommer hvor medisinsk behandling virker inn på hverandre og at det av den årsak er behov for koordinerte tjenester som samhandlingsreformen legger føringer for (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 41). Det er interessant at utsagnet omkring at det å jobbe med eldre mennesker alltid også vil innebære å ha fokus på psykisk helse kommer fra en informant fra den gruppa som var inndelt i spesialiserte grupper og som selv hadde deltatt på undervisningspakken «ABC- psykiske lidelser i eldre år». Denne undervisningspakken ble ikke nevnt fra de som ikke tilhørte den spesialiserte gruppen. Funn kan tyde på ansatte i vanlig hjemmesykepleie i mindre grad oppdager at brukere de møter i sin arbeidshverdag har symptomer på depresjon.

En utfordring som ble nevnt vedrørende kunnskap om eldre og depresjon for de ansatte som ikke var delt inn i spesialiserte grupper var at de opplevde at de var del av en tjeneste som skal favne veldig bredt og at de skal ha generell kunnskap om mange sykdommer. Dette

nevnes også i rapporten «Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet» (Abelsen et al., 2014, s. 10) hvor det oppleves fra informantene at de møter brukere med et svært omfattende bistandsbehov. De sier at i tråd med at det blir mer vanskelig for brukere å få plass på institusjon møter de nå brukere som er mer syke hjemme enn det de gjorde før. Videre viser studier (Sæterstrand et al., 2015; Sæterstrand & Holm, 2016, s. 24) at ansatte i hjemmesykepleien opplevde det ekstra utfordrende å bistå eldre personer med psykiske lidelser fordi det krevde mer tid, ofte var sammensatt og de følte selv at de manglet kompetanse på området. Det kom frem i studiene at sykepleierne ønsket bistand om veiledning i kompliserte pasientsituasjoner og det var stressende å ha følelsen av å bære alt ansvaret alene. På bakgrunn av dette og utsagnet fra de ansatte i den gruppen som ikke var delt inn i spesialiserte grupper kan det se ut som at samhandlingsreformen ikke helt har nådd sitt mål ved at det er lagt en ambisjon om at kommunene skal bygge opp sine eksisterende oppgaver og utvikle nye tjenestetilbud (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 26). I en studie av Gautun og Syse (2017) argumenteres det for at det i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen ikke har fulgt med tilstrekkelige midler for at ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal få heve sin kompetanse.

I intervjuene kom det frem at informantene fra den hjemmesykepleien som ikke var delt inn i spesialiserte grupper opplevde at de var en del av en tjeneste som ikke kunne si nei til brukere og de erfarte at brukere ofte endte opp hos hjemmesykepleien dersom andre kommunale instanser vurderte det slik at de ikke kunne nyttiggjøre seg tilbudene deres. Dette samsvarer med Skatvedt et al. (2015, s. 26) hvor det kommer frem at hjemmesykepleien styres av en etikk hvor det ikke går an å si nei til brukere, men at de skal og må ta imot alle henvendelser som kommer. I denne studien hadde informantene en opplevelse av at enhet for psykisk helse i kommunen var et A-lag hvor de kunne velge hvem de kunne yte tjenester til og hjemmetjenesten var et B-lag som måtte ta alle. Annen forskning på området (Kassah & Tønnessen, 2016, s. 350) viser til erfaringer hvor ansatte i hjemmesykepleien erfarte at de hadde lite påvirkningskraft når en bruker ble tildelt tjenester gjennom tildelingskontoret. I denne studien kom det frem at hjemmesykepleien opplevde at de ikke ble hørt og at de ønsket mer innflytelse når en bruker ble tildelt tjenester.

I dag benytter de fleste kommuner i Norge seg av bestiller- utfører modellen når de skal organisere helsetjenester og de som forvalter tjenestene omtales ofte som tildelingskontor (Nyseter, 2015, s. 225). Oppgavene her er å utrede brukeres behov for pleie- og omsorgstjenester, fatte vedtak og tildele kommunale pleie- og omsorgstjenester (Helse og Omsorgstjenesteloven 2011). Det kan se ut som at innføringen av NPM har gjort at instanser som hjemmesykepleie har mindre påvirkningskraft i fordelingen av tjenester til brukere og at de kan kjenne på avmakt når de mottar brukere med sammensatte sykdommer. Funnene i denne oppgaven viste at de som jobbet i hjemmesykepleie som ikke var inndelt inn i spesialiserte grupper kjente det overveldende og måtte forholde seg til brukere med ulike lidelser, at det var langt på utsiden av deres kompetansenivå og at de er en del av en tjeneste som har redusert innflytelse når det er snakk om behov hos brukere.

Opplevelsen av å ha redusert innflytelse av de tjenestene som settes inn samsvarer med en studie som undersøkte samhandling mellom aktører i spesialist- og primærhelsetjenesten hvor informantene sier de har begrenset makt og innflytelse i samhandlingen mellom tjenestene (Tønnessen et al., 2016, s. 20). Informantene erfarte at de fikk beskjed når en bruker ble utskrevet til hjemmet og hva de må gjøre, og «at de bare må ta pasienten imot». De ble gitt lite tid til å forberede hjemkomsten og ofte kom brukerne hjem fra sykehus med en komplisert helsetilstand (Tønnessen et al., 2016, s. 20). Dette samsvarer med Orvik sin fremstilling av hvordan de to elementene samarbeid og samordning sammen bidrar til samhandling (Orvik, 2015, s. 209). Dersom helsepersonellet på sykehusnivå i eksempelet over blant annet hadde hatt en positiv innstilling når en pasient skulle skrives ut til en kommunal instans ville det vært bidragende til god samhandling mellom aktørene. Ved at det i tillegg hadde eksistert samordning mellom ledere på sykehus og kommunale instanser og at de var enige om felles retningslinjer når en pasient skrives ut ville et slikt pasientforløp legge til rette for god samhandling mellom de ulike aktørene. På et mikronivå, det vil si det individuelle nivået, ville enkeltpasienter oppleve at helsetjenestene henger sammen og at de er personorienterte (Hellesø et al., 2019, s. 157).

Både funn fra denne oppgaven og tidligere forskning viser at mange opplever at samhandlingsreformen har ført til at oppgavene i kommunene økes, mens de reduseres i spesialisthelsetjenestene. Det har ikke vært hensikten at samhandlingsreformen skal føre til

at oppgavene i kommunene økes og at oppgavene i spesialisthelsetjenestene skal reduseres (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 28). Det reformen la opp til var at det skulle være en «tyngdepunktforskyvning fra spesialisthelsetjenesten kommunehelsetjenesten og at de to nivåene i helsetjenesten skulle bli mer likeverdige beslutningstakere» (Rommetvedt & Nødland 2020, s. 3). Utsagnene som gjelder mangel på innflytelse i hjemmesykepleien kan tyde på at samhandlingsreformen ikke har klart å nå sitt mål når det gjelder å gjøre spesialist- og primærhelsetjenesten til mer likeverdige parter.

5.1.2 Kontinuitet

En annen faktor som ifølge informantene talte til fordel for spesialiserte grupper, var at det vil legge til rette for større kontinuitet i tjenesten. De informantene som var delt inn i spesialisert gruppe opplevde at de hadde større grad av kontinuitet enn de som ikke var delt inn i spesialiserte grupper da de kunne fortelle at de ikke var like mange ansatte når gruppa var delt inn. Det ble sagt fra informanter både fra den spesialiserte gruppen og den som ikke var spesialisert at en slik inndeling ville for brukerne være en stor fordel da de ville bli en del av en mer helhetlig tjeneste. Skatvedt og Andvig (2015, s. 12) fant lignende funn i sin studie hvor brukere fant det uforutsigbart med tanke på at de ikke visste hvem som kom fra hjemmesykepleien og at det i kombinasjon med at besøkene var korte følte de seg ikke trygge nok til å formidle hvordan de hadde det. Dette kunne føre til at det ikke ble registrert behov som brukere kunne søke vedtak om å få hjelp til. Videre viser en undersøkelse at hjemmesykepleiere har gått fra å være få pleiere som kom til hver enkelt til nå å være mange som forholder seg til hver bruker. Dette har ført til at de får en opplevelse av mangel på kontroll, kontinuitet og muligheter til helhetlig omsorgsarbeid. Det at de er mange som kommer til hver enkelt fører også til at det er mer utfordrende å etablere gode relasjoner (Skatvedt et al., 2015, s. 24).

Manglende kontinuitet kan føre til at ansatte ikke oppdager at en bruker har en depresjon, som igjen kan føre til at de ikke henviser brukeren videre til alderspsykiatrisk tjeneste. Grønli (2020, s. 124) oppfordrer til at ansatte i hjemmesykepleien, det helst være en primærkontakt eller en som kjenner brukeren godt, kan snakke med brukeren om depressive plager dersom det er mistanke om at en depresjon er tilstede. Dette krever imidlertid at det er satt av tid og at det bør være en form for kontinuitet i oppfølgingen. På

denne måten kan det kartlegges hvorvidt det er behov for at en bruker henvises til videre utredning for sine depressive symptomer. Grønli (2020, s. 124) skriver videre at forskning viser at alliansen som oppnås (personlig kjemi) kan være vel så viktig som kompetanse innen samtaleteknikker. Dette kommer frem fra en informant som så nytten av å kunne sette seg ned for å ta en kopp kaffe med en bruker, dette ga rom for en samtale som kunne avdekke behov som ikke tidligere hadde kommet til syne. På et mikronivå, som er det individuelle nivået, vil det være av stor fordel at det er en viss kontinuitet i tjenesten ved at det er et begrenset antall personer som kommer hjem til brukerne. Funn viser at dette er lettere å legge til rette for når hjemmesykepleien er delt inn i spesialiserte grupper. På mesonivå er det i denne gruppen lagt til rette for en organisering som gjør at det er mer kontinuitet sikret noe som fører til mer helhetlige og sammensatte helsetjenester (Hellesø, 2019, s. 157).

5.1.3 Kunnskap gir trygghet til å snakke om de vanskelige temaene

En konsekvens av at ansatte i hjemmesykepleien ikke har nok kompetanse om depresjon, kan være at de unngår tematikken i redsel for å si noe feil. Dette var noe som både gikk igjen i mine funn, og som tidligere forskning har fokusert på (Sæterstrand et al., 2015). Fra mine funn var dette utsagn som var mest fremtredende i den gruppa som ikke var delt inn i spesialiserte grupper. Det kan være svært uheldig at ansatte i hjemmesykepleien vegrer seg for å spørre brukere direkte dersom det for eksempel kommer frem at de har tanker om selvmord, og konsekvensene av det kan være store. Kjølseth og Ekeberg (2012, s. 1397) kan i sin studie vise til at eldre personer opplevde at de hadde uttrykt tanker om å ta livet sitt uten at dette ble meldt videre til fastlege som en bekymringsmelding fra hjemmesykepleien. Den samme studien viser at det for at brukere skal ytre tanker om selvmord avhenger det av at de kjenner den ansatte i hjemmesykepleien godt. Dette viser viktigheten av at ansatte i hjemmesykepleien har nok kompetanse om depresjon hos eldre. På et mesonivå er det da lagt til grunn for at de ansatte har kompetanse som gjør de trygge til å snakke med brukerne om de vanskelige temaene og avdekke mulige endringer i deres tilstand. For enkeltbrukere på mikronivå sikres det da mer kontinuitet mellom tjenester og informasjon om endringer i tilstand vil bli kjent for helsepersonell (Vik, 2018, s. 132).

Mine funn viser imidlertid at noen av informantene hadde anledning til å rådføre seg med kommunal psykisk helse når det var noe de var usikre på. Det forekom også at de hadde

anledning til å foreta hjemmebesøk sammen med ansatte fra psykisk helse og at de da kunne overlate de vanskelige spørsmålene til den instansen. Dette er et eksempel på relasjonelt samarbeid innad i kommunehelsetjenesten hvor samarbeidet preges av nærhet og sammenkobling (Vik, 2018, s. 133). I dette tilfellet har hjemmesykepleien og kommunal psykisk helse anledning til å møtes fysisk og de har en gjensidighetskunnskap om hverandre sine bidrag for hvordan de kan løse felles oppgaver (Vik, 2018, s, 133). Likevel kom det frem fra noen om at det var best å holde seg til trygge temaer da de var redde for at brukerne skulle begynne å snakke om noe de ikke følte de hadde kunnskap om, og dermed gjøre situasjonen verre. Sæterstrand et al. (2015) støtter opp under det at ansatte i hjemmesykepleien vegrer seg for å ha støttesamtaler med eldre som har en depresjon da de opplever at de mangler kunnskap om psykisk helse.

5.1.4 Behov for aktiviteter

Informantene uttrykte at det er behov for mer aktivitet for eldre hjemmeboende som har en depresjon og det ytres at de ikke har mulighet til å følge opp det sosiale behovet denne gruppen mennesker har. Dette samsvarer med rapporten «Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet» (Abelsen et al., 2014, s. 9) hvor informantene der erfarer at det i stor grad er slutt på at de har muligheten til å dra innom brukere for å se hvordan de har det. De peker på at de må prioritere det viktigste, nemlig det sykepleiefaglige og at den psykososiale oppfølgingen nedprioriteres. De opplevde at det var mer tid til å følge opp den sosiale delen av tjenesten før, også før samhandlingsreformen trådte i kraft. Det ble også påpekt fra både de ansatte som var delt inn i den spesialiserte gruppen og de som ikke var inndelt på en slik måte at dagsenter for eldre hjemmeboende med depresjon ikke eksisterer i deres kommuner. De opplevde at dagsenter i hovedsak passet for personer med en demenssykdom og voksne med psykiske lidelser. På bakgrunn av informantenes erfaring kunne det virke som at eldre med depresjon derfor falt mellom to stoler og at mangel på dagsenter kan sees på som et resultat av manglende satsing på denne gruppen mennesker.

En litteraturoversikt (Holm et al., 2013, s. 138) viser til at eldre med depresjon selv kunne fortelle at en vei ut av depresjonen var å bli involvert i aktiviteter og at det å kunne konsentrere seg om en aktivitet førte til reduksjon av negative tankemønstre og førte til at

de fikk mer tro på seg selv. Studier peker på at eldre personer ikke bare har behov for helsetjenester, men at de også har behov for sosial kontakt og samvær med andre (Munkejord et al., 2017, s. 69; Skaar et al., 2010, s. 36). Reformen «Leve hele livet» (Stortingsmelding nr. 15 (2017-2018), s. 12) vektlegger at eldre bør få tilbud om minst en time aktivitet daglig med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov. Disse aktivitetene skal gi eldre gode opplevelser og mulighet til å delta i et sosialt fellesskap. Noen informanter påpekte at de var opptatt av at de hadde oversikt over lavterskeltilbud i kommunen slik at de hadde kunnskap om hva som kunne bidra til mer sosialisering for den enkelte. Når det gjelder eldre med depresjon er ofte ensomhet en del av utfordringen de møter i hverdagen (Grønli, 2020, s. 122). Grønli (2020, s. 122) mener derfor at et viktig tiltak er sosial kontakt og han oppfordrer at helsepersonell som jobber med eldre undersøker hva som finnes av tilbud i deres kommune. Tiltak i forhold til sosial kontakt varierer i høy grad fra kommune til kommune, eksempler på tiltak er støttekontakt, besøkstjeneste fra Røde Kors eller Nasjonalforeningen for folkehelse eller dagsenter. Det er derfor positivt at helsepersonell i kommunen streber etter å holde oversikt over hva kommunen tilbyr av aktiviteter.

Det viser seg imidlertid at i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i dag er det stor grad av variasjon i forhold til hvordan de legger opp sine helsetjenester til eldre med depresjon (Ledang, 2020, s. 196) og at det i stor grad preges av at eldre med depresjon har lite tilgang på dagsenter som er passende for dem (Engedal & Tveito, 2019, s. 174). Det kan være nærliggende å tenke at mangel på dagsenter kan ses som et resultat av manglende satsing på eldre med depresjon. En informant fra den hjemmesykepleiegruppa som var delt inn etter spesialområder uttrykte stor frustrasjon over at eldre med depresjon ikke hadde egne dagsenter. Det kan derfor være slik at ved sterk fagkunnskap og spesialisering på depresjon blant de ansatte slik som ved en gruppeinndeling, kan føre til positive ringvirkninger som at de ansatte fører sterkere krav på vegne av pasientene om for eksempel behov for spesialiserte dagsenter.

Det er interessant at det i funnene kommer frem at alle informantene mener det er behov for dagsenter for eldre med depresjon og det var ikke til å komme unna i denne studien at det dukket opp betraktninger på at covid-19 har ført til at tilgang på dagaktiviteter har blitt ytterligere redusert og i noen sammenhenger fraværende. I det norske samfunnet førte

covid-19 med seg dramatiske endringer som blant annet førte til at en rekke helsetjenester ble stengt ned eller reduserte sine tjenester. Dette kommer også frem i funnene hvor informantene opplevde at mange brukere fikk erstattet sine vedtak om tjenester med oppfølging over telefon. Informantene selv opplevde dette som et stort tap for brukerne og kunne vise til økt omfang av ensomhet og tegn til depresjon hos sine brukere. Dette samsvarer med en rapport «Global report on ageism» som er publisert av WHO (World Health Organization, 2021). Ifølge denne rapporten har covid-19- pandemien gjort at eldre sin sårbarhet har blitt mer fremtredende og det fastslåes at de har blitt utsatt for diskriminering i forhold til tilgang på helsehjelp.

Dette viser at i ekstreme situasjoner som ved denne pandemien ble de eldre rammet av de harde prioriteringene som måtte til når helsetjenestene måtte omfordeles i den norske befolkningen. I en artikkel om prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunene under covid-19-pandemien påstås det at ved akutt ressursknapphet er det en enkel løsning å ty til bruk av alder som et prioriteringskriterium (Heggstad et al., 2020). Videre hevdes det at covid-19- pandemien har forsterket ubalansen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Under covid-19-pandemien kunne en se at sykehusene reduserte sin kapasitet for senger for andre lidelser enn covid-19. Dette ført til at kommunene måtte i enda større grad enn de allerede gjorde ta hånd om de menneskene som er mest sårbare og syke, deriblant eldre (Barstad, 2020, s. 23). I funnene mine fremkommer det erfaringer på at informantene opplevde nettopp dette at brukere de følger opp i hverdagen ikke kunne innlegges på sykehus, noe som medførte større og mer omfattende omsorgsoppgaver for hjemmesykepleien. Dette viser derfor hvor stort press helse- og omsorgstjenester i kommunene kan komme i når alvorlige hendelser slik som covid-19-pandemien oppstår (Jacobsen, 2020).

Gjennom funnene er det mye som kan tyde på at en inndeling av hjemmesykepleien i spesialiserte grupper kan ha mange fordeler og det er en fellesnevner at alle informantene tenkte at dette er en god måte å organisere hjemmesykepleien på. En inndeling i spesialiserte grupper vil kunne føre til mer reell samhandling på mikronivå (Hellesø, 2019, s. 157), da brukere vil kunne oppleve mer kontinuitet i tjenestene ved at det ikke er så mange som «går inn og ut» av deres hjem. Reell samhandling på mikronivå avhenger også av at

kunnskap foreligger hos de ansatte, noe jeg også har hevdet vil kunne økes med disse spesialiserte gruppene. Derimot kan det bli en utfordring å bestemme hvilke brukere som skal inn i de spesialiserte gruppene, noe også funn viste til. Videre viser funnene at en inndeling i spesialiserte grupper fører til økt kompetanse for de ansatte da de får mer kunnskap om psykisk helse.

5.2 Hvordan kan samhandling med alderspsykiatrisk enhet økes?

Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 har satt mange krav til alle instanser i helsetjenesten, både på sykehus og kommunalt nivå (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 13). Det har alltid vært samarbeid mellom helseinstansene, men det som er nytt er den store vekten samhandling har fått i helsepolitikken (Melby & Tjora, 2013, s. 13). Helsevesenet preges i dag av økt faglig spesialisering og arbeidsinndeling, og samtidig er det stadig flere pasienter med sammensatte lidelser som trenger sammenhengende og helhetlig behandling- og rehabiliteringstilbud. Dette er en utvikling som krever samhandling og koordinering mellom ulike tjenesteytere (Rommetvedt et al., 2014, s. 12).

Alderspsykiatri som fagfelt har utviklet seg fra å være en instans som drev med langtidspsykiatri, det vi si langtidsomsorg og behandling i psykiatriske sykehus, til å inneha en måte å drifte på som er kjennetegnet med kortere utrednings- og behandlingsoppgaver (Engedal & Tveito, 2019, s. 37). Det er også vanlig med ambulant virksomhet som innebærer vurderinger av pasienter der de bor, samt tilby kommunen tjenester om veiledning og undervisning (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 6). Det kan derfor sies at driftsformen i alderspsykiatri er i stor grad i tråd med de føringene samhandlingsreformen gjør rede for. Med samhandlingsreformen har myndighetene forsøkt å legge til rette for samhandling på makronivå, men ut ifra funn i denne studien kan det virke som at de ikke har lyktes her. Denne studien viser at det fortsatt er mye som kan gjøres for at samhandling mellom hjemmesykepleie og alderspsykiatrisk enhet kan økes, noe som vil være til det beste for pasientene. For å belyse dette er den neste delen av diskusjonen delt inn i temaene: kjennskap til tjenesten, møte fysisk, informasjonsutveksling, terskel for fastleger å henvise er høy, ønske om mer samarbeid og ambulant virksomhet.

5.2.1 Kjennskap til tjenesten

I denne studien ble det klart at samhandling på mesonivå varierte i stor grad. Samhandling på mesonivå refererer til samhandling på det organisatoriske nivået, hvor samhandling handler om å avklare aktørene sin kompetanse, roller, mandat og ansvar (Vik, 2018, s.132). Funnene mine tyder på at det er varierende kjennskap til alderspsykiatri som et fagfelt, noe som viser at det er utfordringer i forhold til samhandling på mesonivå. Dette samsvarer med funnene fra Nåvik et al. (2014, s. 18) som tar for seg samhandling med alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste hvor ansatte i kommunen i varierende grad kjente til tilbudene som ble gitt. Funn fra min studie viste at de som ikke hadde hørt om tjenesten fant det nyttig at de gjennom denne studien fikk kjennskap til hva enheten kan bidra med og denne kunnskapen ville de dele med sine kollegaer.

De ansatte som kjente til alderspsykiatrisk enhet fra før uttrykte tilfredshet med samarbeidet i dag og var godt kjent med hva enheten kunne bistå med. De hadde erfaring med å delta på samarbeidsmøter med alderspsykiatrisk enhet og hevdet at dette hadde hatt et positivt utfall i samarbeidet. Dette er et eksempel på samhandling på mesonivå, som er det organisatoriske nivået, hvor aktørene kjenner til hverandre sine funksjoner og det er en avklaring i forhold til hverandre sine roller som gjør at det sikres kontinuitet og en helhetlig helsetjeneste (Hellesø, 2019, s. 157). Som en utdyping av mesonivået kan det i dette tilfellet sees på Vik sin samhandlingstypologi (Vik, 2018, s. 132). I eksempelet hvor det vises til at hjemmesykepleien er godt kjent med alderspsykiatrisk enhet og hvor det har vært tilfeller av samarbeidsmøter kan samhandling sees på som et relasjonelt samarbeid. Her har partene hatt møteplasser hvor de møtes fysisk, og det er opprettet gjensidig kunnskap om hverandres funksjon. Det er dermed en forståelse av hverandre sitt mandat slik at aktørene kan løse felles oppgaver (Vik, 2018, s. 133).

Siden funnene også peker i retning av og «ikke vite om tjenesten» vil det her være viktig å finne måter på å nå flere som jobber i hjemmesykepleien for at samhandling skal forekomme i større grad. Fra intervjuene kommer det forslag om at det ville være nyttig å ha en brosjyre eller et oppslag på kontoret deres som beskriver hva alderspsykiatrisk enhet kan bidra med og hvordan de kan ta kontakt. Informantene pekte også på at det kunne vært aktuelt at alderspsykiatrisk enhet kunne bidra med undervisning omkring eldre og psykiske

lidelser. Dette kan bidra til at samhandling på mesonivå øker, og er noe som muligens kan føre til en økt opplevelse av å være en del av en helhetlig helsetjeneste på mikronivå.

5.2.2 Møte fysisk

Spesifikt samarbeid som nevntes som nyttig i forhold til mesonivået var muligheten til å møtes fysisk. Informantene hadde stor tro på at det at enhetene kom sammen fysisk og fikk pratet sammen utgjorde en forskjell i oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon. Videre ble det pekt på at det og ha møtt hverandre og ha et ansikt og navn og forholde seg til gjorde at de lettere husket å benytte seg av tjenesten neste gang. Videre viser funnene at for informantene var det nyttig å vite at de kunne ta en telefon til alderspsykiatrisk enhet for å drøfte ulike problemstillinger. Dette samsvarer med en studie av Elstad et al. (2013) som undersøkte samhandling mellom et distriktpspsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid, her fremhevet de ansatte viktigheten av å møtes fysisk og samarbeide ansikt til ansikt. På den måten ble de kjent med hverandre hjelpetilbud og det var lettere å ta kontakt neste gang det var behov for det.

Dette kan også forstås ut ifra Orvik sin inndeling av at samhandling avhenger av samarbeid og samordning (Orvik, 2015, s. 209). Ifølge Orvik beskrives samarbeid som en positiv innstilling mellom aktører som fører til en uformell kontakt, mens ved samordning kreves det beslutninger på systemnivå og det handler om å formalisere tiltak for å løse bestemte oppgaver. Ved at ansatte i hjemmesykepleie og alderspsykiatrisk enhet opptrer med en positiv holdning når de er i dialog kan dette legge til rette for god samhandling mellom tjenestene slik at pasienter opplever en helhetlig helsetjeneste. Dette samsvarer med en studie som tok for seg samhandling mellom leger på sykehus og sykehjem hvor det opplevdes nyttig å kunne konferere direkte med overleger på medisinske avdelinger både når en pasient var innlagt og ikke var innlagt. For leger fra sykehjemstjenesten var det hensiktsmessig å kunne drøfte komplekse saker og de opplevde kontakten som imøtekommende (Romøren et al., 2017, s. 195).

5.2.3 Informasjonsutveksling

For de informantene som var kjent med alderspsykiatrisk enhet ble skriftlige tilbakemeldinger i form av fylldige rapporter nevnt som svært nyttig. Informasjonsflyt

mellom aktørene er også noe som nevnes som sentralt for at samhandling på mesonivået skal fungere (Hellesø, 2019, s. 169). I en studie som tar for seg samhandling mellom aktører i spesialist- og primærhelsetjenesten pekes det på viktigheten av at god informasjonsflyt er avgjørende for å kunne gi gode tjenester (Tønnessen et al., 2016, s. 20). Som en utvidelse av mesonivået kan det her sees på Vik sin samhandlingstypologi hvor god informasjonsflyt er et eksempel på at det har oppstått relasjonelt samarbeid mellom partene. Det foregår en dialog mellom aktørene og eksempelet viser til at det er en felles forståelse for hverandre sine funksjoner (Vik, 2018, s. 133). En slik form for samhandling vil trolig komme enkeltpasienter på mikronivå til gode da de vil oppleve at de er en del av en helhetlig tjeneste (Hellesø, 2019, s. 157).

Samhandling på mesonivå i dagens samfunn foregår ofte fysisk, men også i stor grad digitalt. Funnene viste at de ansatte i hjemmesykepleien fant det nyttig å bruke elektronisk informasjonsutveksling og at de gjorde dette i økende grad da de opplevde det som en effektiv måte å kommunisere på. Litteratur viser at det har skjedd store endringer i hvordan informasjon utveksles mellom helsetjenester (Hellesø et al., 2019, s. 162; Sogstad & Skinner, 2020, s. 144). Informasjonsutveksling foregikk tidligere i papirform og ofte var det slik at pasienter selv fikk epikrisen med seg etter utskrivelse fra sykehus, nå foregår all kommunikasjon i hovedsak elektronisk gjennom pasientjournal (Hellesø et al., 2019, s. 162). Hellesø et al. (2019, s. 170) fant i sin studie at sykepleiere opplevde at overgangen til elektroniske meldinger hadde økt tilgangen til hverandre og at det hadde betydning for samhandling mellom tjenestene. Dette kan tyde på at etablering av elektronisk informasjonsutveksling har noe å si for systemer på mesonivå og at det har betydning for utviklingen av samhandlingen videre. Samtidig har det vist seg at overgangen til elektroniske meldinger kan ha ført til mer avstand mellom aktørene i helsetjenestene ved at de i mindre grad møtes fysisk og snakker på telefon. Kontakten over telefon kan være viktig for å sørge for kvalitet og kontinuitet i tjenesten (Hellesø et al., 2019, s. 171). I en situasjon hvor det kun foregår elektronisk informasjonsutveksling kan det være en fare for at det oppstår et operasjonelt lukket samarbeid. Et slikt samarbeid kjennetegnes av at partene har vanskeligheter med å finne forståelse for hverandre sin funksjon selv om de har møteplasser for dialog (Vik, 2018, s. 133).

5.2.4 Terskel for at fastleger henviser er høy

En av faktorene som ble trukket frem for manglende samhandling mellom alderspsykiatri og hjemmesykepleie, var at mange opplevde at de måtte gå via fastlegene for å etablere dette samarbeidet, og at en henvisning for mange fastleger sitter langt inne. I funnene ble det påpekt fra noen av sykepleierne at det var en forventning om at fastlegen måtte være den som visste hvorvidt en bruker burde henvises til alderspsykiatrisk enhet eller ikke. Noen opplevde at det var en høy terskel for fastleger å henvise til instanser på sykehus og at de ble møtt med en forventning om at hjemmesykepleien kunne følge opp videre. Tønnesen et al. (2016, s. 20) hevder i sin studie at samhandling med fastleger varierer i stor grad ut ifra hjemmesykepleiens uttalelser. Noen erfarte at det var utfordrende å få kontakt med fastlegen, mens andre opplevde at samarbeidet bar preg av nærhet, kunnskap om brukerne og at de var tilgjengelige for de ansatte i hjemmesykepleien. Dette betyr at manglende henvisninger fra fastleger kan vanskeliggjøre og stoppe samhandling på mesonivå. En årsak til dette kan være at det også blant fastleger er en varierende kjennskap til alderspsykiatri som fagfelt. Dette kan tyde på at informasjon om alderspsykiatrisk enhet også burde vært rettet ut mot fastleger.

5.2.5 Ønske om mer samarbeid

Intervjuene viste at ansatte i hjemmesykepleien ønsket å bli mer involvert i samarbeid med alderspsykiatrisk enhet. Fra informantene ble det sagt at det kunne være nyttig å være med på felles hjemmebesøk og at de av og til ble invitert inn på samarbeidsmøter. Det kan virke som at hjemmesykepleien så på det Vik (2018, s.133) kaller relasjonelt samarbeid som en god måte å samhandle på. Her møter partene fysisk, og ved at ansatte i alderspsykiatrisk enhet og ansatte i hjemmesykepleien har forståelse for hverandre sin funksjon og roller for å løse felles oppgaver oppnås det en sammenheng i helsetjenesten. En studie (Hoff et al., 2020,) som tar for seg effekt av samarbeidsmøter mellom en alderspsykiatrisk sengepost og sykehjem ved utskrivelse av pasienter viser til at det å møtes fysisk fører til en utfyllende forståelse av pasientens tilstand og behov for videre oppfølging. Møtene førte også til at ansatte på sykehjem fikk en anledning til å komme med deres betraktninger om hvordan de opplever vedkommende og at dette førte til en gjensidig utveksling av kunnskap og respekt for hverandre sitt arbeid (Hoff et al., 2020).

Informantene opplevde at de satt med nyttig informasjon om brukere de fulgte opp i hverdagen som ville være hensiktsmessig bakgrunnsopplysninger for alderspsykiatrisk enhet å få med seg. Det ble uttalt at hjemmesykepleien av og til kunne føle at de «kom litt bakpå» og at de ikke ble spurt om hvordan de opplevde enkeltbruker i hverdagen. Dette samsvarer med Elstad et al. (2013) hvor det påpekes at kunnskapsutveksling mellom tjenester må gå begge veier for at individuelle brukere skal få den gode hjelpen de har behov for. Studiet konkluderer bl.a. med at instansene «må finne veien sammen», og at det ikke er en tjeneste som «sitter med fasiten». Dette er samhandling som bærer preg av fragmentert oppgavefordeling hvor det er lite gjensidighetskunnskap om hverandre sin funksjon og her fungerer ikke de mekanismene som kan legge til rette for å koordinere aktørenes ulike forståelsesrammer (Vik, 2018, s.134).

Oppsummert kan det ses ut som om manglende samhandling mellom hjemmesykepleien og alderspsykiatrisk enhet bunner i mangel på systemer for å sette disse i kontakt. En av informantene foreslo at en fagkoordinator i hjemmesykepleien kunne være den som er ansvarlig for å sette alderspsykiatrisk enhet i kontakt med den som er primærkontakt for en aktuell bruker. Dette nevnes også i samhandlingsreformen hvor det anbefales at det i kommunehelsetjenesten er en koordinatorer som fungerer som bindeledd mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 66). For en alderspsykiatrisk enhet ville dette være en gunstig måte å få etablert kontakt med en i hjemmesykepleien som kjenner brukeren godt. Dette vil trolig kreve samhandling på mesonivå, det vil si det organisatoriske nivået, hvor aktuelle ledere i hjemmesykepleien og alderspsykiatri blir enige om felles retningslinjer. På mikronivå, som er det individuelle nivået, kan en si at en slik ordning ville være hensiktsmessig da det fører til kontinuitet og en helhetlig helsetjeneste for brukere. Dette samsvarer med Sæterstrand og Holm (2016) som i sin studie konkluderer med at godt samarbeid med annet helsepersonell som kjenner pasienten godt er viktig for å kunne ivareta pasienten i det daglige. Et slikt samarbeid som skisseres ovenfor vil i stor grad bære preg av en samhandling som er relasjonelt samarbeid. Ved å være i kontakt med en ansatt i hjemmesykepleien i forbindelse med en henvisning av en bruker og avlegge hjemmebesøk sammen legges det i høy grad opp til nærhet og sammenkobling. I dette tilfellet er en fysisk møteplass tilstede, det er dialog og en

gjensidighetskunnskap som gjenspeiler kjennskap til hverandres tjenester. Det oppstår også en anerkjennelse av den andres bidrag for å løse felles oppgaver (Vik 2018, s.133).

5.2.6 Ambulerende virksomhet

Det siste funnet jeg ønsker å drøfte er hvordan ambulant virksomhet kan forbedre samarbeidet. Mine funn viste at informantene satte pris på at alderspsykiatrisk enhet har mulighet til ambulerende virksomhet og for noen av informantene var det ukjent at det var mulig. De uttrykte det som en fordel å ha muligheten til å se brukere i sitt eget hjem da et møte på kontor ikke gir den samme informasjonen. Ambulant virksomhet er en del av tjenesten til de fleste alderspsykiatriske enhetene i Norge og inngår som en del av den daglige praksisen. Ambulant virksomhet kan foregå både til brukeres hjem og til institusjoner. Dette er i tråd med de føringene samhandlingsreformen legger opp til, hvor det er mål om at ambulant virksomhet skal styrkes innenfor spesialisthelsetjenesten (Norsk psykiatrisk forening, 2010, s. 7). Nåvik et al. (2014, s. 20) fant i sin studie at fra kommunens side var det ønske om økt grad av ambulant virksomhet fra alderspsykiatrisk enhet da det ble påpekt på viktigheten av at mange pasienter har godt av å bli vurdert og behandlet på det stedet de er, enten det er eget hjem eller institusjon. Siden det varierer hvorvidt informantene var kjent med mulighet for ambulant virksomhet fra alderspsykiatrisk enhet kan det virke som at tjenesten ikke er godt nok kjent for hjemmesykepleien i de sonene informantene kom fra. Dette gjør at det relasjonelle samarbeidet utfordres siden den ene aktøren ikke er kjent med hva den andre aktøren kan tilby. For å imøtekomme dette bør kunnskap om alderspsykiatri ut til hjemmesykepleien slik at et relasjonelt samarbeid kan utvikles.

6 Konklusjon

Denne studien har hatt til hensikt å undersøke hvordan hjemmesykepleien opplever at oppfølgingen av eldre hjemmeboende med depresjon fungerer og hvordan samhandling med alderspsykiatrisk enhet kan økes.

Funn fra studien viser at hjemmesykepleie som er delt inn i spesialiserte grupper opplever at denne formen for inndelingen gjør at de har mer kunnskap om psykisk helse og at dette bidrar til mer trygget i møte med eldre hjemmeboende som har en depresjon. De som ikke var inndelt i spesialiserte grupper opplevde en overveldende arbeidshverdag hvor de er del av en tjeneste som favner for bredt. Det kom frem funn på at hjemmesykepleien ønsket mer kompetanse på psykisk helse, men de opplevde lite støtte og tilrettelegging fra arbeidsgiver i forhold til videreutdanning på området. Nasjonalkompetansesenter for aldring og helse har utarbeidet en undervisningsform «ABC psykiske lidelser i eldre år» som er ment som et tilbud om kunnskapsløft til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Denne modellen har blitt trukket frem som et nyttig bidrag for at ansatte i hjemmesykepleien skal heve sin kunnskap om eldre og psykiske lidelser.

Videre har studien vist at kontinuitet i hjemmesykepleien var utfordrende i den gruppa som ikke var inndelt i spesialiserte grupper da de var så mange som gikk til brukere. Dette kan virke som at det har en betydning for brukere med tanke på å føle seg trygge for å kunne ta opp vanskelige temaer. Funn viste at for noen i hjemmesykepleien følte det utrygt å snakke om vanskelige temaer, og dette hadde en sammenheng med hvorvidt informantene følte de hadde tilstrekkelig kunnskap eller ikke. Dette støttes av litteratur på området.

Ut fra funnene i studien anbefales det at det satses mer på dagaktiviteter for eldre hjemmeboende med depresjon. Det kom frem at tilgang på dagsenter for denne gruppen var ikke-eksisterende og at covid-19-pandemien har ført til at eldre med depresjon har blitt ytterligere isolert. Funn viste også at pandemien hadde ført til et økt antall eldre som viste tegn til depresjon som et resultat av at de fått redusert eller blitt fratatt helsetjenester.

Samhandling mellom hjemmesykepleien og alderspsykiatrisk enhet har vært sentralt i denne oppgaven og funn tyder på at det fortsatt er en lang vei å gå for å tilrettelegge for dette.

Litteratur og teori i denne oppgaven støtter dette funnet. For det første er det varierende kjennskap til tjenesten, noe som gjør at hjemmesykepleien i ulik grad ber om bistand fra alderspsykiatri. Av de som kjente til tjenesten kan det virke som at de opplever at samhandling er preget av relasjonelt samarbeid, som kjennetegnes ved at det er nærhet og sammenkobling mellom tjenestene. Alderspsykiatrisk enhet innebærer også ambulant virksomhet noe som gjør at fysiske møteplasser er mulig, dette viste funnene at var nyttig for informantene å vite om. Funn viste at det var ønske om økt samarbeid med alderspsykiatrisk enhet og at det var en opplevelse av at de ikke ble inkludert ved for eksempel samarbeidsmøter. Det kom frem at de satt på nyttig informasjon om hvordan brukere hadde det i hverdagen og at dette var opplysninger som ville være nyttig for alderspsykiatrisk enhet å høre om.

Studien viser at samhandling er komplisert fordi det innebærer så mange forskjellige aktører og nivåer. På makronivå er det et lovverk som ligger til grunn for samhandling, nemlig samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen hadde som målsetning å skape bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenestene, satse mer på forebygging og tidlig intervensjon og overføre flere oppgaver til kommunene (Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), s. 13). I denne oppgaven er mesonivå, som er det organisatoriske nivået, drøftet i stor grad. For at samhandling mellom alderspsykiatri og hjemmesykepleien skal økes må begge instansene kjenne til hverandre sin kompetanse og roller, ansvar og mandat må være avklart. Dette vil ha en betydning for enkeltpasienter på et mikronivå som vil oppleve at det er en kontinuitet i tjenesten som bærer preg av en helhetlig helsetjeneste.

Denne oppgaven innledet med en beretning om Liv som er 88 år og som for første gang i livet opplever å få en depresjon. I møte med Liv ble det lagt opp til et relasjonelt samarbeid mellom alderspsykiatrisk enhet og hjemmesykepleien. Liv gjennomgikk først en utredning på alderspsykiatrisk poliklinikk for sin tilstand og det ble konkludert med at hun hadde en alvorlig grad av depresjon med behov for medikamentell behandling. Det ble vurdert at hun ikke hadde noen form for hjertesykdom, men at hun hadde lettere angstplager sammen med depresjon. Etter at hun hadde gjennomgått en utredning ble det avtalt et felles hjemmebesøk med hjemmesykepleien. Liv fikk utnevnt en primærkontakt og hun ble innvilget besøk fra hjemmesykepleien på morgenen.

Hjemmesykepleien overtok ansvaret for Liv sine medisiner, og de leverte disse ut hver morgen. Sammen med medisinutlevering hadde hjemmesykepleien en rolle hvor de bidro med at Liv etter hvert klarte å starte dagen og hun fikk hjelp til ernæring. Sønnen ble bedre etter at hun gjorde medikamentelle endringer. Primærkontakten i hjemmesykepleien hadde god oversikt over lavterskeltilbud i kommunen. Dette førte til at Liv kom i gang med aktivitet, hun begynte blant å benytte seg av aktivitetstilbudet på den lokale frivillighetssentralen. Liv fikk god kontakt med primærkontakten og det utviklet seg tillit mellom dem, noe som bidro til at Liv kunne bruke primærkontakten når hun hadde behov for å snakke om vanskelige temaer. Dette gjorde at alderspsykiatrisk enhet kunne trekke seg tilbake og Liv ble videre fulgt opp av hjemmesykepleien. Datteren til Liv ble inkludert i utredningen og den videre oppfølgingen fra hjemmesykepleien. Datter merket etter hvert at hennes mor begynte å bli mer lik seg selv igjen. Ved relasjonelt samarbeid mellom alderspsykiatrisk enhet og hjemmesykepleien fikk Liv en bedre hverdag og hun er i dag mindre plaget av depresjon.

Historien om Liv viser hvordan god samhandling på mesonivå, hvor de ansatte i alderspsykiatrisk enhet og hjemmesykepleien kjenner til hverandre sin funksjon, utgjør en forskjell på mikronivå. For videre praksis anbefales det at det legges til rette for nære samhandling mellom alderspsykiatrisk enhet og hjemmesykepleien. I møte med denne gruppen pasienter er det behov for fokus på helhetlig vurdering og kartlegging av lidelsen for at eldre med depresjon skal bli ivaretatt på en faglig og god måte.

Litteraturliste

Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I. og Stephansen, A. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbud. Rapport IRIS – 2014/382. IRIS Samfunnsforskning.

Barca, M. L., Engedal, K., Laks, K. & Selbæk, G. A. (2010). A 12-month follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 141-148.

Barstad, S. (2020). Den kommunale helse- og omsorgstjensten etter korona (Rapport til Pensjonistforbundet august 2020).
<https://assets.ctfassets.net/nqmec82k7bwk/kEZ7A6fdqX6IzefmoTxDZ/c72292e1ce31dbf0b39834560caf694a/200823-pdf-rapport-om-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten-etter-koronaenpdf.pdf>

Bjørkløf, G. H. & Barca, M. L. (2019). Depresjon. I: K. Engedal og M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (1.utg., s. 213-237). Forlaget Aldring og Helse akademisk.

Bjørkløf, G. H. & Barca, M. L. (2020). Depresjon hos eldre. I: S. Tretteteig (Red.), *Psykiske sykdommer hos eldre, Lærebok for helse- og omsorgspersonell*, (1.utg., s. 21-43). Forlaget Aldring og Helse akademisk.

Borza, T., Engedal, K., Bergh, S & Selbæk, G. (2019). Eldre med depresjon – oppfølging over tre år. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 139(16).
<https://tidsskriftet.no/2019/11/originalartikkel/eldre-med-depresjon-oppfolging-over-tre-ar>

Bratland, R. (2005). *Kommunehelsetjenestens organisering og utvikling*. Universitetsforlaget.

Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 26-33.
<https://sykepleien.no/forskning/2016/02/elektronisk-meldingsutveksling-ved-utskriving-av-pasienter-fra-sykehus>

- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). Helsetjenester til eldre. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*, (3.utg., s. 202-215). Gyldendal akademisk.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Fagbokforlaget.
- Cole, M. G. & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Daatland, S. O. & Solem P. E. (2011). *Aldring og samfunn* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Dale, B., Folkestad, B., Hellesø, R. & Moe, A. (2015). Er tjenestene fortsatt på «strekk»? – Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003-2015. *Senter for omsorgsforskning rapportserie*, 12/15. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2375414>
- Danbolt, L. J., Lien, L., & Kjønnsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(3), 238-245.
- Elstad, T. A., Steen, T. A., & Larsen, G. A. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305.
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019). Alderspsykiatri. I: K. Engedal og M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri*, (1. utg., s. 33-42). Forlaget Aldring og Helse akademisk.
- Fossli, K. R., Kirkevold, Ø. & Fagerstrøm, L. (2014). The benefits of systematic training for health professionals in elderly care - An evaluation study of the Norwegian ABC model. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34(4), 27-32.
- Grønli, O. K. (2020). Depresjon hos eldre. I: J. Tonga og M. Bystad (Red.), *Psykisk helse hos eldre, mestring og behandling* (1. utg., s. 111-131). Gyldendal akademisk.

- Haigh, E. A. P., Bogucki, O. E., Simon, S.T. & Blazer, D. G. (2018). Depression among older adults: a 20-year update on five common myths and misconceptions. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 26(1), 107-122.
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., Mast, R. C. & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275-281. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095950>
- Heggestad, A. K. T., Lereim-Sævareid, T. J., Pedersen, R. & Hellesø, R. (2020, 22. april). Ofrer vi de gamle? Dagbladet, kronikk. <https://www.dagbladet.no/kultur/ofrer-vi-de-gamle/72383679>
- Hellesø, R., Lyngstad, M. & Brattheim, B. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I: R. Hellesø og R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 153-176). Cappelen Damm akademisk.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, IS – 1561.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30>
- Hoff, A., Jensen, L. H. & Eriksen, S. (2017). Co-ordinated collaborative meetings as patients transition from the psychogeriatric health service. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61369en>
- Holm, A. L. & Severinsson, E. (2014). Surviving depressive ill-health: A qualitative systematic review of older persons' narratives. *Nursing and Health Sciences*, 16, 131-140. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/nhs.12071>
- Jacobsen, F. (2020, 3. mai). Nå ser vi hvor sårbare disse tjenestene er. Bergensavisen, debatt. <https://www.ba.no/na-ser-vi-hvor-sarbare-disse-tjenestene-er/o/5-8-1288392>

- Jerkovics, A. & Øvereng, A. (2017). ABC psykisk sykdom hos eldre. *Tidsskriftet aldring og helse*, 21(2), 18-21.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.
- Kassah, B. L. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse – og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, (19)4, 342-358. <http://dx.doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>
- Kjølseth, I. & Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warnings of suicide. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1393-1401.
- Kvaal, K. (2020). Angst og depresjon. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s. 442-455). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (5 utg.). Gyldendal akademisk.
- Ledang, K. (2019). Organisering, oppfølging og samarbeid. I: S. Tretteteig (Red.), *Psykiske sykdommer hos eldre, Lærebok for helse- og omsorgspersonel* (1. utg., s. 191-213). Forlaget Aldring og Helse akademisk.
- Licht-Strunk, E., Beekman, A. T. F., de Hann, M. & van Marwijk, H. W. J. (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one-year follow-up study. *Journal of Affective disorders*, 114(1-3), 310-315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.006>
- Lillesveen, B. & Engedal, K. (2019). Har norsk alderspsykiatri funnet sin plass? *Tidsskriftet aldring og helse*, 23(1), 31-31.
- Lorentzen, B. & Tveito, M. (2019). Organisering av alderspsykiatri. I: K. Engedal og M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (1.utg., s. 43-53). Forlaget Aldring og Helse akademisk.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Melby, L., Obstfelder, A. & Hellesø, R. (2018). «We tie up the loose ends”: Homecare nursing in a changing health care landscape. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 1-11.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2333393618816780>
- Melby, L. & Tjora, A. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I: A. Tjora og L. Melby (Red.), *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (1. utg., s. 13-27). Gyldendal akademisk.
- Mensen, L. (2020). Biologisk aldring. I: M. Kirkevold, K. Brodkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s. 29-34). Gyldendal akademisk.
- Mork Rokstad, A. M., Døble, B. S., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Benth, J. S. & Selbæk, G. (2016). The impact of the dementia ABC educational programme on competence in person-centered dementia care and job satisfaction of care staff. *International journal of older people nursing*, 12(2).
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/opn.12139>
- Munkejord, C., Eggebø, H. & Schønfelder, W. (2017). Hvordan ivaretaes den sosiale omsorgen? En studie av brukeres, pårørendes og ansattes erfaringer med hjemmebasert omsorg (Rapport 3-2017).
https://www.kun.no/uploads/7/2/2/3/72237499/nordlandsforskning_rapport_3-2017_munkejord_eggeb%C3%B8_og_sch%C3%B6nfelder.pdf
- Norsk psykiatrisk forening (2010). Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/bb7d953b9ad54f8caa57c9310744e770/plandokument.pdf>
- Nyseter, T. (2015). Velferd på avveie. *Reformer, verdier, veivalg*. Res Publica.

- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I: M. Kirkevold, K. Brodkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245-258). Gyldendal akademisk.
- Nåvik, M., Gordner, V., Semb, B., Holst, S., Haugen, P. K. & Ulstein, I. (2014). Hva skal det være? Hva ønsker kommunene i Telemark og Vestfold fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste? *Tidsskriftet aldring og helse*, 18(4), 18-21.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Cappelen Damm As.
- Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Rommetvedt, H. & Nødland, S. I. (2020). Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – før og etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6 (3), 1-17. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-05>
- Rommetvedt, H., Opedal, S., Stigen, I. M. & Vrangbæk, K. (2014). *Hvordan har vi det i dag da? Flernyåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Fagbokforlaget.
- Romøren, M., Pedersen, R. & Førde, R. (2017). En pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger. *Tidsskrift den norske legeförening*, 3(137), 193-197.
- Rosenvinge, B.H. & Rosenvinge, J.H. (2003). Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. *Tidsskrift for norsk legeförening*, 123(7), 928-929. <https://tidsskriftet.no/2003/04/oversiktsartikkel/forekomst-av-depresjon-hos-eldre-systematisk-oversikt-over->
- Selbæk, G. (2019). Psykisk sykdom hos eldre – en samfunnsmessig utfordring. I: S. Tretteteig (Red.), *Psykiske sykdommer hos eldre, Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1.utg., s. 13-19). Forlaget Aldring og Helse.
- Skaar, R., Fensli, M. & Söderhamn, U. (2010). Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt. En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge. *Sykepleievitenskap*, 30(2), 33-37.

- Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydning av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Tidsskriftet Sykepleien Forskning*. 9(1), 64- 70. <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/betydning-av-tid-til-samvaer-og-vennlighetsinnet-pagaenhet-i-kommunehelsetjenesten>
- Skatvedt, A., Andvig, E. & Baklien, B. (2015). Bakkebyråkratiets yttergrense. Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 11(1), 20-34. <https://doi.org/10.7557/14.3479>
- Sogstad, M. & Skinner, M. (2020). Samhandling og informasjonsflyt når eldre flytter mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(2), 137-153. <http://dx.doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-10>
- Solhaug, H. I., Romuld, U. & Stordal, E. (2012). Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year-follow-up in the general population. The HUNT study. *International psychogeriatrics*, 24(1), 151-158.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stortingsmelding nr. 15 (2017-1018). Leve hele livet. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Stortingsmelding nr. 47 (2008- 2009). Samhandlingsreformen. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Sæterstrand, T. M. & Holm, S. G. (2016). Sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme. *Geriatrisk sykepleie*, 2(8), 16-25.

- Sæterstrand, T. M., Holm, S. G. & Brinchmann, B. S. (2015). Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29(1), 4-16. <https://docplayer.me/47348581-Hjemmesykepleiepraksis-hvordan-ny-organisering-av-helsetjenesten-pavirker-sykepleiepraksis.html>
- Sørensen, L. B. (2012). Rapport fra kartlegging av tilbud ved alderspsykiatriske avdelinger og DPser. Helsedirektoratet. <https://docplayer.me/5760958-Rapport-fra-kartlegging-av-tilbud-ved-alderspsykiatriske-avdelinger-og-dpser.html>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode* (5 utg.). Fagbokforlaget.
- Tretteteig, S., Mjørud, M. og Haugen P. K. (2016). Helsetjenester i hjemmet. I: S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1.utg., s. 393-421). Forlaget Aldring og helse.
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L & Tingvoll, W. A. (2016) Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten, *Tidsskriftet Sykepleien Forskning*, 3(1), 14-23.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. https://www.idunn.no/file/pdf/67066447/helseprofesjoners_samhandling_en_litteraturstudie.pdf
- Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre – et middel for å nå helsepolitiske mål for aktiv aldring. *Ergoterapeuten*, 1(12), 23-28.
- World Health Organization. (2020, 30 januar). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization, (2021). Global report on ageism. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Vedlegg 1

NSD sin vurdering

Skriv ut

Prosjekttittel

Samhandling mellom alderspsykiatriske tjenester og hjemmesykepleie i møte med eldre hjemmeboende personer som har en depresjon. Hvordan fremme økt samarbeid?

Referansenummer

719717

Registrert

03.06.2020 av Ingunn Meyer Norschau - ingunn@meyernd.no

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingebjørg Haugen, ingebjorg.haugen@vid.no, tlf: 9427 8849 og 22963721

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingunn Meyer Norschau, ingunn@meyernd.no, tlf: 91608149

Prosjektperiode

01.06.2020 - 21.06.2021

Status

10.06.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

10.06.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 10.06.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet er helsepersonell, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 21.06.2021. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i

personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!
Kontaktperson hos NSD: Marita Ådnanes Helleland Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Introduksjon:

Presentere meg selv og fortelle om hva jeg jobber med til daglig.

Presentere studiet med problemstilling og hensikt.

Praktisk informasjon om hvordan intervjuet skal gjennomføres.

Informasjon om informert samtykke og konfidensialitet.

Bakgrunnsinformasjon om informanten:

Hvilke utdanning har du?

Hvor gammel er du?

Hvor lenge har du jobbet i denne tjenesten?

Intervju:

1. Jeg vet at du har erfaring med å møte eldre hjemmeboende som har en depresjon. Kan du gi noen eksempler på dette?

Kan du utdype dette?

- Møter du noen eldre som har en depresjon i dag?
- Hva synes du er det viktigste å jobbe med når du møter eldre med depresjon?
- Hva tenker du at hjelper eldre hjemmeboende med depresjon?
- Hvilke utfordringer møter du i forhold til hjemmeboende eldre som har en depresjon?

2. I hvilken grad opplever du at de får den oppfølgingen de har behov for?

- Kan du si noe om hvilke tiltak du synes er viktige
- Hva synes du om tiltakene som evt opprettes?

3. Hvordan er det for deg å stå i dette?
 - Opplever du at dette tema blir snakket om blant dine kollegaer?
 - Blir det satt av tid til veiledning/refleksjon?

4. Er det noe du savner for å kunne bistå eldre hjemmeboende med depresjon ytterligere?
 - Hvilke erfaringer har du med samarbeid med andre instanser rundt oppfølgingen av eldre med depresjon?

5. Er du kjent med hva alderspsykiatrisk enhet har som fagområde og hva enheten kan bistå med?

6. Kan du si noe om hvordan samhandling mellom hjemmetjenesten og alderspsykiatrisk enhet kunne økt?

Vedlegg 3

Vil du delta i forskningsprosjektet

Samhandling mellom alderspsykiatriske tjenester og kommunale helsetjenester i møte med eldre personer som har en depresjon.

Hvordan fremme økt samarbeid?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å fremme samhandling mellom alderspsykiatrisk enhet og kommunale helsetjenester i møte med eldre hjemmeboende personer som har en depresjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne oppgaven inngår i studiet Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre, studiested er VID vitenskapelige høyskole Oslo.

Alderspsykiatri er en spesialisert del av psykiatri hvor arbeidsoppgaven er å diagnostisere og behandle eldre over 65 år som ikke før har hatt en psykisk sykdom. Ofte ligger det en nær sammenheng med psykiatrisk og somatisk sykdom. I tillegg blir personer med demens som har psykiatriske tilleggssymptomer henvist til en alderspsykiatrisk enhet. Alderspsykiatri har i tillegg en funksjon hvor tjenesten skal bidra med veiledning og kompetanseheving rettet mot primærhelsetjenesten.

Min arbeidsplass er i alderspsykiatrisk enhet Arendal på Sørlandet sykehus HF. Fra denne enheten sitt ståsted er det ønskelig å samarbeide ytterligere med kommunale helsetjenester slik at eldre hjemmeboende med en depresjon får økte tjenester. For min arbeidsplass vil denne oppgaven gi oss en ide om hvordan samarbeidet oss i mellom er i dag og hvordan det kan ytterligere forbedres. Oppgaven vil også belyse hvordan helsepersonell i kommunen opplever møter med hjemmeboende eldre som har en depresjon.

Problemstillingen er som følger: *Hvordan opplever kommunale helesetjenester at oppfølgingen av eldre personer med depresjon fungerer, og hvordan kan samhandling med alderspsykiatrisk enhet optimaliseres?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelig høyskole er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å rekruttere deltagere til prosjektet har jeg vært i kontakt med din leder. Du er rekruttert fordi du har 3-årig høyskole utdanning og fordi du har erfaring med å møte eldre hjemmeboende som har en depresjon.

Det er 8 personer til sammen som får denne henvendelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg vil intervju deg. Det vil ta deg ca. 45-60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om hvilke erfaringer du har i møte med eldre hjemmeboende som har en depresjon, hvilke tiltak du tenker er nyttig å iverksette og hvordan samarbeid med alderspsykiatrisk enhet kan fremmes. Det vil bli benyttet båndopptaker under intervjuet og jeg vil komme til din arbeidsplass for å gjennomføre intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun prosjektansvarlig og jeg som vil ha tilgang til opplysningene du gir og det vil ikke benyttes navn til opplysningene. Lydopptakene vil i løpet av prosjektet bli oppbevart innelåst. Etter prosjektslutt vil lydopptak bli slettet. Datamaterialet vil bli lagret på ekstern harddisk og oppbevart innelåst.

Ved en eventuell publikasjon vil det ikke være mulig at du som deltaker vil bli gjenkjent.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 21.06.21. Når prosjektet blir avsluttet vil intervjuene på båndopptaker bli slettet og notater vil bli makulert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- VID vitenskapelige høyskole ved Ingebjørg Haugen, tlf. 9427 8849.

- Vårt personvernombud: [*sett inn navn på personvernombudet hos behandlingsansvarlig institusjon*]
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingebjørg Haugen

Ingunn Meyer Norschau

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samhandling mellom alderspsykiatriske tjenester og kommunehelsetjeneste i møte med eldre personer som har en depresjon. Hvordan fremme økt samarbeid?», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 21.06.21.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)