

Bo og leve i eget hjem, eller innlagt på institusjon

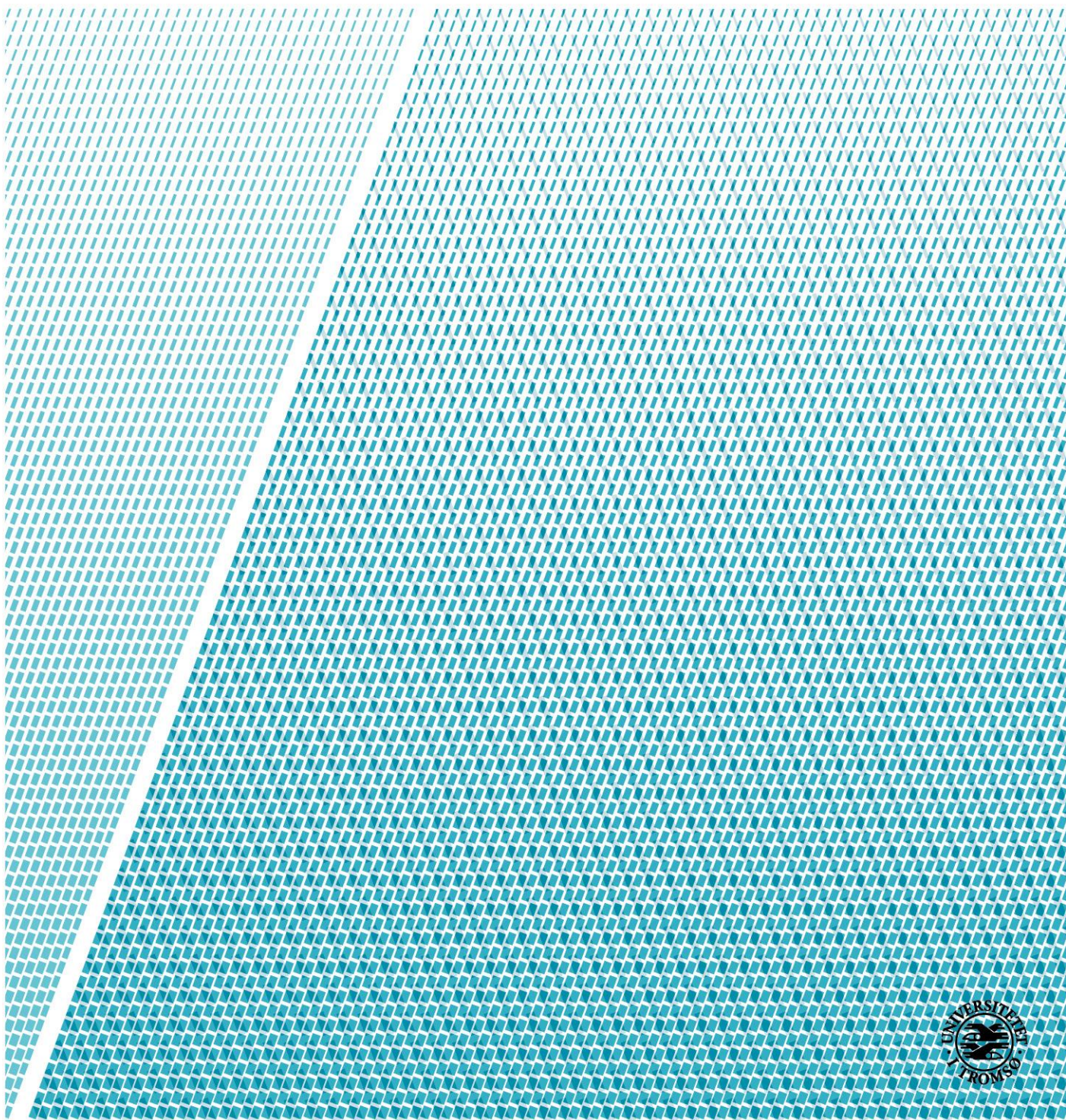
Hvordan sykepleiere i hjemmebasert omsorg vurderer grunnlaget for overflytting fra eget hjem til institusjon for den gamle pasient

—

Per Eivind Horn

Masteroppgave i helsefag, studieretning Aldring og eldreomsorg

Mai 2018 Antall ord: 23634



Sammendrag

Bakgrunn for studien:

Gjennom mange års yrkeserfaring ved somatisk sykehjem i Nord-Norge har jeg opplevd mange pasientinnleggelser fra hjemmebasert omsorg. Som sykepleier har jeg vurdert pasientens helse og omsorgsbehov i sykehjemmet. Jeg har undret meg hvordan sykepleiere i hjemmebasert omsorg har vurdert grunnlaget for slike innleggelser. Denne studien ønsker å belyse sykepleiere i hjemmebasert omsorgs vurdering av dette temaet for den gamle pasienten.

Problemstilling:

Hvordan vurderer sykepleiere i hjemmebasert omsorg grunnlaget for den gamle pasientens flytting fra eget hjem til sykehjem?

Teoretisk referanseramme:

Teorikapittelet prøver å belyse de fire hovedtemaene som sykepleiernes erfaringer viste til, Helsesvikt, Hjemmesituasjonen, Ressurser og Autonomi. Av litteratur her er brukt blant annet stortingsmeldinger, Kitwood, Brooker og Wyller.

Metode:

Studien er en kvalitativ undersøkelse basert på semistrukturerte intervju med fire sykepleiere med lang erfaring i ulike hjemmebaserte tjenester i ulike små, nordnorske kommuner. Hermeneutisk, fenomenologisk metode, med inspirasjon fra Gadamer og Malterud's systematiske tekstkondensering.

Funn:

Studien fant at det er fire hovedtemaer som kan bidra til å belyse sykepleiernes vurderinger av innleggelse til sykehjem, 1) Helsesvikt hos pasienten, 2) Hjemmesituasjonen til pasienten, 3) Ressurser rundt pasienten og 4) Autonomi, inkludert egenomsorg og maktforståelse.

Studien viser at den geriatrike pasienten har flere ulike sykdommer og utfordringer som til sammen bidrar til at behovet for innleggelse på sykehjem oppstår. Sykepleierne vurderte at

ernæring og ulike demenssykdommer og kognitiv svekkelse var en særlig viktig faktor i vurdering av pasienten med tanke på institusjonalisering. Særlig spennende er det at sykepleierne erfarte at også helsevesenet selv ved hjemmetjenesten, sykehus og fastlege var i mange tilfeller en av de som bidro sterkest til at pasienten ble innlagt på sykehjem.

Jeg fant at hjemmetjenestene ikke var organisert optimalt for å ivareta den gamle multisyke pasienten hele døgnet, hele uken i hjemmetjenesten. Det var mye kompetanse i «kontortiden» og lite eller ingen kompetanse i operativ tjeneste på natt og i helger. Dette gjaldt særlig ledelse, fastleger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, men også øvrige helsepersonell. For å legge til rette for at den gamle skal bo lengre hjemme, må tjenestene organiseres annerledes, og helsetjenesten selv må ikke bidra til å fremskynde innleggelser slik som i mine funn.

Nøkkelord:

Hjemmetjeneste, institusjon, sykehjem, sykepleier, helsesvikt, hjemmesituasjonen, ressurser, autonomi, omsorgsmakt, institusjonalisering, skjæringspunkt.

Summary

Background of the study:

Through many years of professional experience at somatic nursing homes in northern Norway, I have experienced many patient contributions from home-based care. As a nurse, I have considered the patient's health and care needs in the nursing home. I have wondered how nurses in home care have considered the basis for such admissions. This study wants to illuminate nurses in home-based care's assessment of this topic for the old patient.

Research question:

How do nurses in home-based care assess the basis for the old patient's relocation from his own home to a nursing home?

Theoretical Reference Framework:

The theory paper tries to illuminate the four main themes that the nurses' experiences showed, Failing health, the Home Situation, Resources and Autonomy. Literature includes, among other things, parliamentary reports, Kitwood, Brooker and Wyller.

Method:

The study is a qualitative survey based on semistructured interviews with four nurses with extensive experience in various home based services in various small northern Norway municipalities. Hermeneutical, phenomenological method, inspired by Gadamer and Malterud's systematic text condensation.

Finding and conclusions

The study found that there are four main themes that can help illuminate nurses' assessments of admission to nursing homes, 1) The patient's health failure, 2) The patient's home situation, 3) Resources around the patient and 4) Autonomy, including self-care and understanding of power.

The study shows that the geriatric patient has several different diseases and challenges that together contribute to the need for hospitalization. Nurses experienced that nutrition and

various dementia and cognitive impairment were a particularly important factor in the assessment of the patient with regard to institutionalization. Especially exciting is that the nurses realized that the health service itself at home, hospital and general practitioners was in many cases one of the contributors to the hospital's hospitalization.

I found that home services were not organized optimally to take care of the old multimorbid patient 24 hours a day, all week in the home office. There was a lot of expertise during the "office hours" and little or no expertise in operational service at night and weekends. This was especially true of management, general practitioners, physiotherapists, occupational therapists, but also other healthcare professionals. In order to make it easier for the elderly to live longer at home, the services must be organized differently, and the health service itself should not help to speed up admissions such as in my findings.

Keywords:

Home service, institution, nursing home, nurse, health failure, home situation, resources, autonomy, care, institutionalization, intersection.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Hensikt problemstilling, og oppbygging av oppgaven.....	4
1.3	Forskningsspørsmål og begrepsforklaringer	5
2	Teoretisk utgangspunkt	7
2.1	Helsesvikt	7
2.2	Ressurser.....	17
2.3	Autonomi	22
3	Metode.....	27
3.1	Vitenskapelig forankring, tilnærming og begrunnelse	27
3.2	Forforståelse og egen rolle som forsker	28
3.3	Rekruttering av utvalg og datainnsamling.....	29
3.4	Intervju som metode	30
3.5	Transkribering og analysering.....	32
3.6	Sikkerhet, etikk og personvern	35
3.7	Validitet og reliabilitet.....	36
3.8	Søke og skaffe litteratur til oppgaven.....	37
4	Funn.....	39
4.1	Helsesvikt	39
4.2	Hjemmesituasjonen	43
4.3	Ressurser.....	45
4.4	Autonomi	48
5	Diskusjon.....	52
5.1	Helsesvikt	52
5.2	Hjemmesituasjonen	57
5.3	Ressurser.....	60

5.4	Autonomi	63
6	Oppsummering	68
	Referanseliste	73
	Vedlegg	76
	Vedlegg nr 1 Meldeskjema til NSD (Norsk senter for forskningsdata).....	76
	Vedlegg nr 2 Svar fra NSD (Norsk senter for forskningsdata), oppstartstillatelse	86
	Vedlegg nr 3, Søknad til aktuell kommune deltakelse i forskning	89
	Vedlegg nr 4, Intervjuguide til sykepleieransatt i hjemmetjenesten	91
	Vedlegg nr 5, MNA-skjema fra NESTLE.....	94
	Vedlegg nr 6 Informasjon og forespørsel til deltakende sykepleiere.....	95

1 Innledning

Det gode pasientforløpet, et godt samarbeid mellom alle aktørene som jobber i helsevesenet og en meget stor innsats fra pårørende og frivillige til tross, det er ikke hver gang alt går like bra som vi ønsker. Jeg skriver vi bevisst, for i Norge er det en stor dugnad der mange i stor grad bidrar i lag, foreninger, frivillig arbeid, hjelper naboen, ektefellen, moren, faren, søsken, i tillegg til det profesjonelle, betalte og i stor grad offentlige helsevesenet. Dette velferdssamfunnet vårt er tuftet på denne dugnadsånden. En som beskriver dette godt er Per Fugelli, som dessverre gikk bort i 2017. En av hans kronikker tar dette med flokken vår og vårt felles ansvar, og løfter det opp med et begrep som vi kanskje bruker for lite i vårt helsevesen i dag, nemlig snillhet;

«Snillhetens gaver til flokken. Snillhet er lykkepille for den enkelte. Men snillhet er også et sosialt vitamin, et bindemiddel som holder flokken sammen. Snillhet styrker de grunnstoffene menneskelivet og samfunnslivet trenger: Verdighet, selvstendighet, tilhørighet, trivsel og trygghet. Den som møter snillhet, får verdighet. Du blir sett og godtatt som deg. Du blir ikke rangert i vinner eller taper. Du blir anerkjent i kraft av å være menneske, upåvirket av pynt, rikdom, makt. Den som er omringet av snillhet, får også mot til å være seg selv. Snillheten er raus. Den verdsetter mennesket som enestående skapning. Snillheten roper ikke: «Du må bli som oss! – før vi skal bry oss om deg.» Snillhet fremmer mangfold. Snillhet skaper tilhørighet. Når folk vil hverandre vel, oppstår den gode flokkfølelsen. Da går samfunnet inn i snill evolusjon, i stedet for voldelig revolusjon. Snillhet oversatt til politikk heter solidaritet. Det er snillhet vi har bygd velferdsstaten med» (Fugelli, 2016).

Det jobbes med å lage gode pasientforløp mellom sykehus og kommunehelsetjenester (Folkehelseinstituttet og KS), og det lages NOUer (Meld. St. 26, 2014-2015) som er gode styringsverktøy for vår eldreomsorg. Kommuner lager helse- og omsorgsplaner for å ivareta sine innbyggere. Dette er bare noe av et stort bilde om hvordan vi planlegger og gir helse- og omsorgstjenester til våre pasienter og brukere.

I denne oppgaven velger jeg konsekvent å bruke uttrykket «pasient». Jeg forsker på hvordan sykepleiere vurderer den eldre pasienten som bor hjemme i eget hjem. Bakgrunnen for mitt kanskje konservative valg av beskrivelse, er min oppfatning av at det er viktig å heve statusen og rettighetene til gruppen. Loven som beskriver tjenester til denne gruppen i kommunene er helse og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og deres rettigheter er gitt av blant annet pasient og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Her i sistnevnte lov i §3-1 finner vi beskrivelsen av når den gamle hjemmeboende blir en pasient, «En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle

(...) *Helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell*». I denne oppgaven oppfattes dermed den gamle hjemmeboende som er på grensen til å bli innlagt på sykehjem som en pasient i forhold til definisjonen ovenfor. Med dette har pasienten dermed fulle rettigheter, slik som rett til enkeltvedtak, klagerett, og helsepersonell har en rekke plikter, blant annet rett til journalføring også videre. Loven skiller dermed på pasient og bruker, noe som nok kan skrives tilbake til historikk der det før var to forskjellige lover som i hvis grad regulerte hvert sitt område.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet lenge i kommunehelsetjenesten som sykepleier ved sykehjem. I de årene har jeg opplevd en tydelig endring til helsetilstanden til pasienter som blir innskrevet på sykehjem. De første årene kunne pasienten nærmest komme kjørende i egen bil, flytte inn på sykehjemmet med sine gulvmatter og reoler, og var i hovedsak relativt funksjonsfriske. De fleste hadde ikke store helseutfordringer, men trengte kanskje litt hjelp til dusj, og få vasket sine sengeklær, samt at sykehjemmet delte ut deres medisiner. De fleste var motorisk godt fungerende, noen gikk uten hjelpemidler, og de fleste var kognitivt velfungerende. Flere kunne bo ved sykehjemmet i både ett og to ti-år før alderdomssvekkelse eller akutte sykdommer inntraff og de aller fleste hadde livslange opphold når de først kom inn. Dette endret seg gradvis, og de siste årene, særlig etter at samhandlingsreformen startet (Meld. St. 47, 2008-2009), har jeg erfart at pasienten skrives ut fra hjemmetjenesten, og inn til sykehjemsplass langt senere i et sykdomsforløp en tidligere. Jeg erfarer at pasienten i dag bor hjemme lengre med sin helsesvikt, og får oppfølging av hjemmetjenesten, og at dagens sykehjemsbeboere er langt sykere enn før for eksempel samhandlingsreformen som iverksatt i 2012 (Meld. St. 47, 2008-2009).

Jeg observerer at pasientene i dag ved innleggelser ved sykehjem i hovedsak tilhører en av tre kategorier, 1) Pasienten som har langt kommet kognitiv svekkelse, i all hovedsak eldre pasienter, som får et livslangt opphold når de blir innlagt, 2) Korttids, avlastnings og rehabiliteringspasienter, typisk etter brudd eller mindre slagtilfeller, i noen tilfeller kreftpasienter, som utskrives etter noen uker, og den siste samlekategorien 3) som er i hovedsak av pasienter med KOLS og en del pasienter med angst og andre psykiske

sykdommer. Denne pasientgruppen er typisk noe yngre, men får gjerne også livslange sykehjemsopphold.

Felles for innleggelser i dag, er at pasienten er betraktelig mer svekket i sin helsetilstand en tidligere. Det er stor grad av helsesvikt, og IPLOS-score (Forskrift om IPLOS-registeret, 2006) er i mange tilfeller mot høyeste score på nærmere 5.

Pasienthistoriene som jeg selv har erfart gir også undring over hva som påvirker denne innleggelsen til sykehjem, og hvordan hjemmetjenesten vurderer pasienten. Undringen går på om det er helsesvikt alene, om det er sosiale forhold, geografiske forhold eller er det andre eller summen av forhold som tilsammen bidrar til innleggelsene. Undringen strekker seg også videre utover dette, på om det er pasientene selv som ønsker institusjonalisering, er det pårørende, eller er det helsetjenesten selv som er aktør i dette med innleggelsestidspunktet? (Lillemoen, 1997).

Med dette som utgangspunkt har jeg valgt følgende tema for denne oppgaven;
Overgangen fra hjemmebasert helse og omsorgstjeneste til innleggelse på langtidsopphold institusjon for den gamle pasienten.

Undringen på hvorfor, når og om det i det hele tatt er nødvendig at pasientene blir innlagt på sykehjem har gjort meg nysgjerrig, og dette er noe av det jeg ønsker å finne ut av med denne oppgaven. Dette er for meg ekstra interessant da jeg den siste tiden har jobbet med tildeling av tjenester, og det er klare føringer i min kommune at pasientene skal kunne bo hjemme lengst mulig. Dette fremkommer i helse- og omsorgsplaner, i omsorgstrapper, samt i nasjonale styringsdokumenter; «- *Arbeide med å få på plass løsninger som gjør at brukere som ønsker det kan bo hjemme lengst mulig*» (Meld. St. 29, 2012-2013, s. 16).

Nettopp dette at myndighetene så klart presiserer at pasientens egne ønsker må følges slik at de kan bo hjemme lengst mulig, er noe jeg ønsker å se om sykepleierne har erfart blir fulgt i de kommunene som de jobber i.

1.2 Hensikt problemstilling, og oppbygging av oppgaven

Hensikten er å innhente kunnskap fra sykepleiere i kommunehelsetjenesten om pasientene i hjemmetjenesten rundt tidspunktet før innleggelse i institusjon inntreffer, hvilke erfaringer og kunnskaper sykepleierne har fra slike hendelser. Kunnskapen kan brukes for å lage en bedre forståelse for når behovet for endring av omsorgsnivå inntreffer hos hjemmeboende eldre, eller hvilke tiltak som må iverksettes slik at de kan bo hjemme lengre. Hensikten er dermed å få kunnskap om når tidspunktet for innleggelse til sykehjem inntreffer, hvordan situasjonen er rundt pasienten, hvilken grad av helsesvikt pasienten har, eller om det eventuelt er andre faktorer som spiller inn i dette skjæringspunktet mellom eget hjem og sykehjem. Det er sykepleierens vurdering av situasjonen som det ønskes forsket på. Funnene kan kanskje også bidra til å forskyve tidspunktet for institusjonalisering frem i tid, og kanskje bidra til at innleggelse kan unngås i sin helhet hvis forholdene rundt pasientene i egne hjem blir annerledes enn i dag.

Det er den gamle pasienten jeg har erfart som vanligvis i dag blir innlagt på langtidsopphold ved sykehjem. Det er denne gruppen jeg primært ønsker å få vite hvilke vurderinger og observasjoner sykepleieren har gjort. Med mitt tema som er beskrevet tidligere, er det for meg naturlig å lage en problemstilling som spisser dette inn. Da jeg selv er utdannet sykepleier, er det ikke unaturlig å se på hvordan mine kollegaer i hjemmebasert omsorg har erfart sine pasienter når de bor hjemme. Hvordan vurderer de grunnlaget og begrunnelsen for at deres pasienter må endre sitt omsorgsnivå, og forlate sine hjem og flytte inn i en institusjon med de følgeproblemene det eventuelt skaper for pasientene.

Problemstillingen i denne oppgaven blir da;

«Hvordan vurderer sykepleiere i hjemmebasert omsorg grunnlaget for den gamle pasientens flytting fra eget hjem til sykehjem?».

Særlig i fremtiden, tiden fra 2020 og fremover, men også i dag, så vil dette skjæringspunktet, hvem som kan og vil bo hjemme, og hvem som må bo på institusjon, være viktig for å kunne dimensjonere tjenestene rett i kommunene. Det å få forståelse av hvilke vurderinger som ligger til grunn for dagens vurderinger for innleggelse, vil kunne gi en større forståelse for hva som eventuelt skal til å fremtiden for å planlegge tjenestene på en god måte. Denne oppgaven

vil også prøve å se på om de som vil bo hjemme, faktisk får mulighet til det, eller om de blir påvirket eller tvunget til å gå bort fra egne ønsker, og må flytte til sykehjem.

Oppgaven her er bygd opp med en innledning, ett teorikapittel, ett metodekapittel, presentasjon av funn i kapittel fire, påfølgende diskusjon i kapittel fem og en oppsummering/ avslutning. I den grad det var naturlig, har jeg justert teori og diskusjonskapittelet i henhold til de funnene og temaene jeg fant gjennom mine intervjuer og bearbeidingen av empirien i løpet av oppgavens tilblivelse. For meg ble denne oppdelingen naturlig, men særlig i teorikapitlet er det noen avsnitt som ikke nødvendigvis hadde trengt å være lokalisert under den overskriften. Det ble en avveining mellom veldig mange nivåer (tre nivåer) og inndelinger av oppgaven, eller å velge noen litt mer praktiske løsninger for å hindre unødig oppstyking av oppgaven. Et eksempel er plasseringen av VIPS modellen (Brooker, 2013), som jeg valgte å plassere i slutten av kapitlet om helsesvikt, men like godt kunne vært plassert under autonomi eller ressurser kapitlet.

1.3 Forskningsspørsmål og begrepsforklaringer

I tillegg til min problemstilling, har jeg laget noen forskningsspørsmål som kan bidra til å utdype min problemstilling. Noen er tatt med direkte i intervjumalen, se vedlegg nr. 4.

- Hvem er det som i stor grad påvirker innleggelsestidspunktet? Er det pasienten selv, pårørende, andre eller helsepersonellet?
- Har organisering av hjemmetjenesten innvirkning på innleggelsestidspunkt?
- Hva er sykepleiernes erfaring og vurdering av grunnlaget for flytting av omsorgsnivå fra hjemmebasert omsorg til sykehjem?
- Hva er det i hjemmesituasjonen som gjør at pasienter må flytte fra hjem til institusjon?
- Hvordan vurderer sykepleierne helsetilstanden før overflytting til institusjon?
- Hvordan erfarer sykepleierne at de kan påvirke vurderinger for tidspunkt for endring av omsorgsnivå?

De fleste begreper i oppgaven beskrives fortløpende, eller forklares i teorikapitlet. Men det er noen begreper som jeg ønsker å beskrive slik jeg oppfatter det her i min oppgave, sett i lys av problemstilling og tema;

Totalinstitusjon (her sykehjem) kan defineres slik i min oppgave

En institusjon der de innlagte oppholder seg hele døgnet. Søvn, måltider, fritidsliv utspiller

seg innenfor institusjonen. På totale institusjoner finnes det to ulike grupper: de innlagte og de ansatte. Institusjonen er ”total” bare for den første gruppa, mens den andre gruppa, de ansatte, forsvinner ut av institusjonen ved arbeidstidas slutt (Goffman, 1967).

Skjæringspunkt (mellom hjemmetjeneste og sykehjem)

Med skjæringspunkt her menes hvilke endringer i situasjonen er det som medfører at akkurat nå er grensen for overgang til sykehjem oppnådd, og hvorfor var ikke endringene store nok dagen før for å endre omsorgsnivå. Dette er en beskrivelse av overgangssituasjon der pasienten ikke lengre kan bo i eget hjem, men må institusjonaliseres. Her i oppgaven forstås det overgang til langtidsopphold, ikke rehabilitering, avlastning eller lignende.

Eget hjem

I denne oppgaven forstås eget hjem som bostedet personen har hatt over lengre tid, privat bolig eller leilighet, ikke omsorgsboliger, bolig pluss eller andre lignende spesielt tilrettelagte boliger. De fleste eksemplene som kom frem i intervjuene var eneboliger, gjerne der pasienten har bodd mesteparten av sitt voksne liv.

2 Teoretisk utgangspunkt

Temaet i oppgaven er den gamle hjemmeboende pasienten som blir innlagt på sykehjem. Det letes frem teorier som kan være med å belyse den erfaringen som sykepleierne har beskrevet i sine intervjuer.

Den gamle pasienten forventes å ha ulike grader av helse og funksjonssvikt, det er behov for å ha ressurser knyttet opp mot pasienten for å kompensere for denne svikten, og teori om hvordan pasientens selvstendighet og autonomi blir ivaretatt opp mot helsepersonellens omsorgsplikt og mulighetsrom for eventuell tvang og omsorgsmakt. Det er også behov for å beskrive måleverktøy for ernæringstilstander, funksjonsnivåer, samt beskrive de mest vanlige sykdommer og helseutfordringer.

Når blir vi eldre og gammel? I min oppgave her vil eldre kunne oppfattes som personer etter pensjonsalderen, kanskje helt opp mot slutten av 70 årene (Daatland & Solem, 2011, s. 27). Dette er ikke noen absolutt grense. Alle som lever lenge nok blir gamle, men ikke alle gamle blir geriatrike pasienter (Wyller, 2015, s. 20). I min oppgave der det forskes på skjæringspunktet mellom hjemmebasert og institusjonsomsorg legges det til grunn at for de aller fleste innleggelse i sykehjem så er det den gamle pasienten i forhold til leveår, og i tillegg forventes det å finne at de fleste av dem igjen har komplekse helseproblemer som gjør at de kan defineres som geriatrike pasienter. Jeg bruker uttrykket den gamle pasienten i min problemstilling, og det må ikke oppfattes ekskluderende for at den gamle også kan være en geriatrik pasient.

2.1 Helsesvikt

Den gamle pasienten som legges inn på sykehjem forventes å ha ulike grader av helsesvikt. Den geriatrike pasienten kan ha mange ulike kjennetegn, og en kort innledende beskrivelse av denne pasientgruppen kan være slik;

«Den geriatrike pasienten kjennetegnes ikke først og fremst av sin alder, men av helseproblemets kompleksitet. (...) De fleste geriatrike pasienter er over 65 år gamle. Det er likevel pasienter over 80 år som har best utbytte av den geriatrike behandlingsmetoden» (Wyller, 2015, s. 19-20).

Den geriatrike pasienten kan ha funksjonssvikt. Funksjonssvikt kan deles opp i flere kategorier. En måte å dele den opp på er i tre ulike nivåer, akutt, subakutt og kronisk. Dette kan settes opp i en enkel tabell etter varighet;

1. *Akutt funksjonssvikt: Tap av funksjon utvikles i løpet av 1 uke*
 2. *Subakutt funksjonssvikt: Tap av funksjon utvikles i løpet av 1 uke til 3 måneder*
 3. *Kronisk funksjonssvikt: Tap av funksjon strekker seg utover 3 måneder*
- (Engtrø et al., 2015, s. 10).

Videre fremkommer det i sykehjemshandboken også at akutt funksjonssvikt ofte er et tegn på reduserte organreserver, og kommer gjerne på toppen av en kronisk funksjonssvikt. Funksjoner som er svekket fra før rammes mest. Her nevnes spesielt redusert mobilitet, falltendens, dehydrering/underernæring, kognitiv svikt og inkontinens. Ved kronisk funksjonssvikt er ofte både demens og kronisk somatisk sykdom en del av bildet (Engtrø et al., 2015).

Ernæringsoppfølging og BMI

Den geriatrike pasienten vil også være utsatt for underernæring og dårlig appetitt.

BMI (Body Mass Index på engelsk), defineres som kroppsvekten dividert med kvadratet av høyden angitt i meter (kg/m^2). En kroppsvekt som tilsvarer en BMI-verdi på mellom 18,5 og 24,9 regnes som normalt. En BMI-verdi mellom 25 og 29,9 omtales som overvekt, mens en verdi over 30 omtales som fedme. BMI brukes internasjonalt for å kunne måle og sammenligne helserisikoen ved over- og undervekt og for å følge utviklingen i en befolkning. BMI tar ikke hensyn til fordelingen av overvekten mellom muskelvev og fettvev (Bjørneboe, 2018).

Nyere forskning viser at BMI med best overlevelse for eldre bør være mellom 24 og 28 (Wyller, 2015, s. 78). Her står det kun den eldre pasienten, og jeg tolker at anbefalingen gjelder selv om den gamle ikke samtidig er en geriatrik pasient. Det er derfor meget viktig at dette området får et stort fokus i hjemmetjenesten. Det er ikke tilstrekkelig å følge anbefalingen for normalbefolkningen, da den ikke er optimal for den eldre delen av befolkningen.

Det er viktig å få avklart den ernæringsmessige statusen til pasienter, også i hjemmetjenesten, ikke bare på sykehjem. Det er faglige anbefalinger på at alle pasienter skal kartlegges for ernæringsmessig risiko, og dette skal fra og med 2016 også rapporteres inn via kommunenes

IPLOS-rapporter. Det rapporteres på tre indikatorer, 1. Er søker/tjenestemottakers ernæringsstatus kartlagt? 2. Er søker i ernæringsmessig risiko/underernæring? 3. Er det utarbeidet en ernæringsplan som en del av tjenestemottakers tiltaksplan? (Helsedirektoratet, 2017).

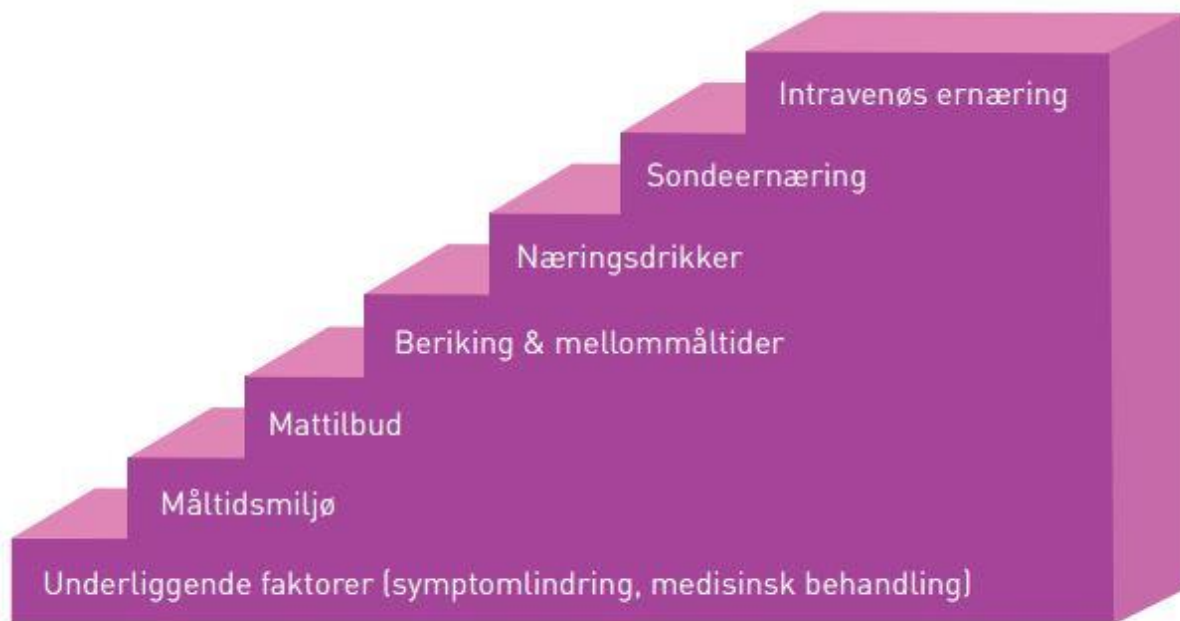
Det er flere faglige måter å kartlegge en slik ernæringsstatus på. Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2012) beskriver blant annet et verktøy utarbeidet fra Nestlé; Mini Nutritional Assessment (MNA) som ett av verktøyene som kan brukes i en slik kartlegging. (Se vedlegg nr. 5) Ved å benytte dette skjemaet kommer det frem ett av tre ulike svaralternativer;

- Normal ernæringsmessig status
- Risiko for underernæring
- Underernært

Det er verdt å merke seg at ved å bruke dette kartleggingsverktøy, så er det ikke bare vekt i forhold til høyde og kjønn (BMI) alene som utgjør grunnlaget for vurderingen, men også faktorer som nedsatt appetitt og matinntak, vekttap siste periode, mobilitet, stress og depresjoner eller demens-status. Etter en kartlegging vurderes adekvate tiltak (Wyller, 2015, s. 213-214). Det beregnes behov for energi og protein- og væskeinntaket pr døgn, og det lages en ernæringsplan for å oppfylle behovene. Planene justeres i forhold til om pasienten er underernært, eller er stabil eller akutt syk. Som eksempel er det beregnet at en normalernært pasient på 80 kg som er akutt syk har behov for 2900 kcal og 140g protein pr døgn.

Ett begrep som går igjen i litteraturen er «ernæringstrapp». Dette er en beskrivelse av ulike trinn i tiltakskjeden for å forebygge og behandle underernæring.

«Ernæringstrappen er ment å belyse ulike tiltak som er nødvendige og mulige for å legge til rette for nok og riktig mat for den enkelte pasient. De første tre trinnene vil være viktige for alle pasienter uavhengig ernæringsstatus og behov.»



Ernæringstrappen - modell for prioritering av ernæringstiltak

(Helsedirektoratet, 2012, s. 98)

Trappen beskriver trinn, og Wyller beskriver at det ikke nødvendigvis må forstås slavisk, i noen tilfeller må ikke alle trinnene forsøkes, før neste trinn kobles inn (Wyller, 2015, s. 214).

Pasienten kan få flere ulike sykdommer, og den geriatrike pasienten er særlig utsatt for flere sykdommer samtidig. Den geriatrike pasienten kan ha både akutte og kroniske sykdommer, og er ofte preget av skrøpelighet og multiple, aktive sykdommer. Symptomene kan være atypiske, og det er vanligvis behov for sosiale støttetiltak. Målet med behandlingen i geriatrien å optimalisere den eldre pasientens funksjonsevne og øke livskvaliteten og autonomi (Wyller, 2015, s. 20).

Det er mange sykdommer som kan ramme pasienter i hjemmetjenesten. I denne oppgaven fremkommer det at de fleste pasientene som sykepleierne vurderte som kandidat for innleggelse på sykehjem for langtidsopphold var enten den geriatrike pasienten, eller korttidspasienter med palliativt eller rehabiliterende fokus.

Noen sykdommer som nevnes i samme avsnitt som geriatri, fremkommer her;

Geriatrici, læren om sykdommer som opptrer i relasjon til alderdommen og individets aldring. Vanligvis tenker man på sykdommer som opptrer med øket hyppighet i alderen over 70–75 år. Innenfor det geriatriske virkefeltet er man spesielt opptatt av ikke bare å diagnostisere og behandle selve sykdommen, men også den funksjonssvikt som sykdommen fører til hos det aldrende individet.

Typiske geriatriske sykdommer er hjerneslag, demens, Parkinsons sykdom, hjertekarsykdommer, slitasjesykdommer og sykdommer i støtte- og bevegelsesapparatet. Geriatrisk medisin er en egen spesialitet for leger, som da kalles geriater. Også sykepleiere kan fullføre videreutdanning i fagfeltet. Geriatrici er et typisk tverrfaglig fagområde (Winther, 2017b).

Dette samsvarer med beskrivelsene til Wyller (2015).

Jeg har valgt å skrive litt om tre sykdommer som den geriatriske pasienten kan få; KOLS, ernæringssvikt, og demenssykdommer.

KOLS

Kronisk konstruktiv lungesykdom. Pasientgruppe som ofte har mange av den geriatriske pasientens kjennetegn, slik som sårbarhet, underernæring, osteoporose, generell muskelsvakhet, depresjon, kognitiv svikt og hjelp til aktiviteter i dagliglivet (Wyller, 2015, s. 373).

Symptomer på KOLS kommer ofte i aldersgruppen 40 til 60, men kan også komme senere. KOLS-pasienter blir ofte sårbare i 60-70 årene, mot normalt etter 80 årene og fremover hos øvrige pasienter. Sammenlignet med jevnaldrende er denne pasientgruppen mer utsatt for underernæring, osteoporose, depresjoner, muskelsvakhet, kognitiv svikt og er mer avhengig av hjelp til aktiviteter i dagliglivet. De har ofte større risiko for hjerte- og karsykdommer, og dør som oftest ikke av KOLS i seg selv, men av kreft eller hjerte- og karsykdom. Det anbefales en god og helhetlig vurdering av KOLS-pasienten, og en bred geriatrisk tilnærming er i mange tilfeller hensiktsmessig (Wyller, 2015, s. 373-374).

Den gamle pasienten, med sine ofte mange ulike sykdommer og plager, har ofte mange legemidler. Polyfarmasi, her forstått som overdreven eller unødig anvendelse av mange legemidler, er et kjent problem hos den geriatriske pasienten. Med stor grad av helsesvikt, med mange ulike samtidige sykdommer. Det er her viktig med gode gjennomganger av medikamentlister, og samstemming av medikamentlister fra fastlegen og de som eventuelt hjemmesykepleien doserer etter. Med god gjennomgang av diagnoser og diagnostisering, så kan medisineringsen bli bedre tilpasset den enkelte pasient (Wyller, 2015, s. 222-232).

Familie, pårørende og hjemmet til den eldre

Hvordan er boligen, selve hjemmet til den gamle utformet? Hjemmesituasjonen til pasienten har betydning for tidspunktet for overflytting av omsorgsnivå. Det er tre hovedområder som belyses; selve boligens utforming, privat bistand og hjelp fra familie og pårørende, og om hvor boligen er plassert i forhold til base for omsorgstjenestene, kommunesenter, butikker osv.

Boligen er en viktig arena av flere grunner. I de små kommunene i Nord Norge der denne undersøkelsen er gjennomført, har pasienten ofte bodd lenge, kanskje hele sitt liv i samme bolig, eller i samme geografiske område. En god beskrivelse av viktigheten av boligen finner vi her;

«For det første tilbringe vi mer og mer tid i boligen og dens umiddelbare nærhet jo eldre vi blir. For det andre har mange både glede og stolthet knyttet til boligen, fordi de har lagt ned mye arbeid her og har mange av sine viktigste opplevelser knyttet til hjemmet. Boligen og nærmiljøet er dermed en ramme om minner, en forankring til livshistorien og en base for sosial identitet. En tredje grunn er at boligen representerer kapital og dermed ressurser. (...) Boligen er både en eiendel, en arena for sosialt samvær og en kilde til identitet. Den er dermed også en ramme om mange av våre viktigste behov» (Daatland & Solem, 2011, s. 268).

Boligen her er dermed mer enn en bolig, det er et hjem, en arena, men også en hindring med trapper, kjellere, dørterskler, trange bad, plassert langt fra butikker og naboer, eller andre fysiske utfordringer som skaper problemer for den gamle hjemmeboende.

I dette hjemmet der pasienten bor og lever har de besøk av venner og familier. Kanskje bor de alene, kanskje bor de med familie eller andre.

Pasienten kan ha flere familiemedlemmer og pårørende som de har kontakt med og eventuelt bistand fra. Dette kan strekke seg fra ektefelle/ partner som de bor og lever sammen med hver dag, til en tremenning som sender et julekort hvert år. For den eldre pasienten som har barn, treffer omtrent to av tre middeladrende barn sine eldre foreldre ukentlig eller hyppigere (Daatland & Solem, 2011, s. 200).

Familierelasjoner går både vertikalt og horisontalt. Den eldre generasjonen blir ofte fremstilt som kun mottakere av hjelp, men i mange tilfeller er det en hjelp også fra den eldre pasienten til yngre familiemedlemmer, for eksempel i form av økonomisk bistand, veiledning og gode råd, eller barnevakt for barnebarn. Ca. 40% av de som har hjelpetrengende foreldre oppgir at

de yter regelmessig hjelp, samtidig som de selv er yrkesaktive (Daatland & Solem, 2011, s. 202-206).

Den private pårørende og familieomsorgen i Norge er betydelig, til tross for at den ikke er lovpålagt;

«Familieomsorgen er den usynlige omsorgen. Den registreres knapt i saksbehandling, statistikk eller utredninger om helse- og omsorgstjenestene. Forskning anslår at det i dag utføres om lag 100 000 årsverk i den uformelle, og i all hovedsak familiebaserte omsorgen Denne innsatsen er fortsatt nesten på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten, som utgjør om lag 130 000 årsverk. Gitt dens størrelse og betydning har den uformelle omsorgsinnsatsen fått liten oppmerksomhet og anerkjennelse» (Meld. St. 29, 2012-2013).

Det er stor tradisjon for både dugnadsånd og ubetalt hjelp fra frivillige og pårørende, og denne hjelpen er tilnærmet like stor som den offentlig organiserte omsorgen (Rønning, Schanke & Johansen, 2009, s. 25). Det er ikke belegg for å si at det ved fremvekst av offentlig helsetjeneste, at den frivillige hjelpen blir vesentlig redusert. Det er et samspill, til tross for at det i Norge kun er foreldre som er pliktige til å gi omsorg til egne barn, *«Den eneste gruppen pårørende som fortsatt har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg er foreldre til barn under 18 år»* (Meld. St. 29, 2012-2013, s. 58) så gir barn, ektefeller, samboere, øvrig familie eller andre like mye helse og omsorgstjenester som det offentlige.

Det er forskjell mellom de nordiske landene i hvor stor grad myndigheten fremmer pårørendes bidrag i helse og omsorgstjenesten. I vårt nordiske naboland i sør (Sørensen, 2015) har pårørende et mer formelt ansvar, og myndigheten kurser og lærer opp pårørende til personer med demenslidelser for å ivareta pasientene.

«I Regeringens mål for fremtidens eldreomsorg er visionen, at familien selv skal ivareta omsorgsoppgaver i familien. Det understreges, at hjelp kun gives, hvor det ikke er mulig for familien at bevare eller generhverve ressurser gjennom rehabilitering» (ibid)

I Norge har ikke regjeringen så uttalte visjoner om å pålegge familien ansvaret, kanskje fordi familien allerede bidrar i stor grad i Norge, men vi finner klare beskrivelser av at privat hjelp i Norge er helt nødvendig for å klare de helse og omsorgsutfordringen vi står ovenfor;

«Nå er det tid for å løfte fram, synliggjøre og verdsette omsorgen fra familie, venner og naboer. Da må vi utvikle tiltak for å støtte, veilede og avlaste pårørende med omfattende omsorgsoppgaver og finne gode og mer systematiske måter å samhandle med pårørende på» (Meld. St. 29, 2012-2013, s. 58).

Her i Nord-Norge har vi en utfordrende geografi. Ikke alle bor i en by, mange bor utenfor større tettsteder, og kanskje særlig den gamle pasienten har blitt boende i sitt hjem, på en liten gård langt fra ulike sentrum. Det kan være dårlig vær, og vi ser at det oppstår utfordringer med vår geografi. Kanskje særlig på vintre med dårlig vær og skred (Furunes & Trovåg, 2018).

Informantene kan også komme med informasjon om geografiske avstander som en årsak til innleggelse, og fra Taiwan (Lin et al., 2015) er dette beskrevet i en artikkel. Funnet i artikkelen beskriver sammenheng mellom avstand fra sykehus og sykehjem i forhold til tidspunkt for innleggelse. Artikkelen berører også urinnvånere i bla USA og Alaska viser at avstanden fra bosted til hvor helsetjenestene holder til er en barriere.

Den eldre pasienten med demenssykdom, og hvordan vi møter dem.

Ved sykehjem har ca. 80% av pasientene en demenslidelse, slik at denne sykdommen er en viktig del av sykdomsbildet for å forstå behovet for sykehjemsinnleggelse. Jeg velger å ta med noen korte utdrag fra de to demensplanene som kom ut med fem års mellomrom;

«I dag har nesten 80 % av alle som bor i norske sykehjem en demenslidelse, likevel er ikke institusjonene bygd og tilrettelagt for dem. Det er bred støtte i fagmiljøene om at de store sykehjemmene er svært dårlig tilpasset langtidsbeboere med demens. Regjeringen vil gjennom det nye investeringstilskuddet i Husbanken, legge til rette for at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres, blir tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Da handler det i hovedsak om at «smått er godt». Det betyr små enheter både bygningsmessig og organisatorisk. Små bofellesskap og avdelinger med tilgang til gode uteareal er bedre enn tradisjonelle sykehjem i flere etasjer med lange korridorer og store avdelinger» (Demensplan, 2015).

«Det er et mål at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem. Det er en utfordring å tilrettelegge tjenestene for personer med demens slik at den enkelte og de pårørende opplever trygghet og sikkerhet. På grunn av sviktende funksjonsevne i dagliglivet har personer med demens problemer med å huske og tilpasse seg hjemmetjenestenes rutiner, og å skulle forholde seg til stadig nye tjenesteytere. Mange bor alene og er overlatt til seg selv de fleste timene i døgnet. At kommunen har tilstrekkelig hjemmetjenestetilbud og aktivitetstilbud er i denne sammenheng meget viktig» (Demensplan, 2020)

Jeg oppfatter her en dreining fra fokus på sykehjem og omsorgsboliger, til tilrettelegging i egne hjem i den nyeste demensplanen fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Cummings (2013) presenterer de syv ulike stadiene i demenssykdommene. Pasientene blir ofte institusjonalisert på de siste stadiene da behovet for helse og omsorg blir omfattende, og pårørendeomsorg sammen med hjemmebaserte tjenester ikke er tilstrekkelig;

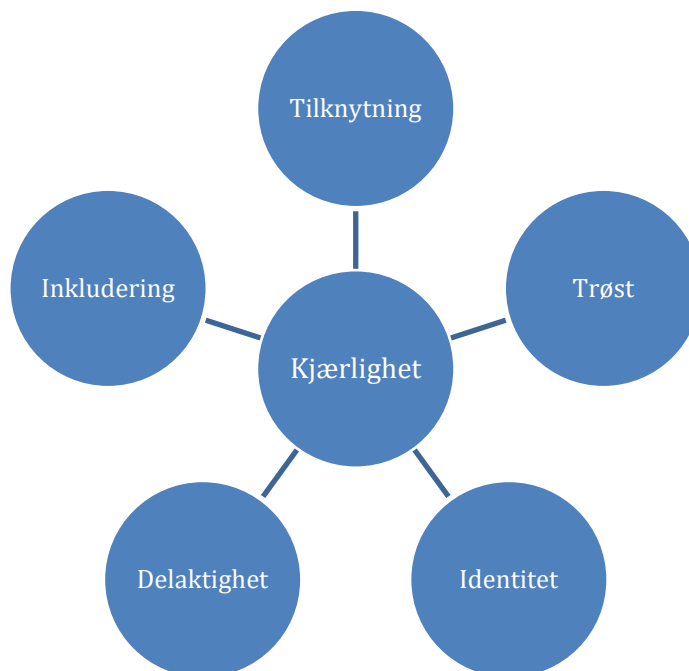
Stadier	Beskrivelse
1	Pasienten kjenner igjen personer, og steder, tankeprosesser normal og kognitive funksjoner ok. Normale aldersforandringer.
2	Milde kognitive utfordringer, kan vare 5 til 20 år. Litt glemsk, særlig på nyere hendelser. Personen klarer seg relativt bra, men har utfordringer med å huske og lære nye ting. Blir vanskelig å kunne være i jobb, glemmer hvordan arbeidsoppgaver utføres, lav effektivitet.
3	Begynnende demenssykdom, kan vare 1 til 4+ år. Omgivelsene oppfatter at den kognitive svekkelsen har blitt verre, og den er større en forventet utfra normale aldersforandringer. Vanlig at de kognitive evnene varierer i løpet av dagen. Vanskelig å ta vare på økonomi og ta vare på andre mennesker rundt seg. Vanskelig å finne rette ord, skjuler hukommelsestap med humor el.lign.
4	Moderat demenssykdom, kan vare 1 til 4+ år. Ikke lengre tvil blant pårørende at pasienten har en demenssykdom. Glemmer nære hendelser, glemmer at familiemedlemmer har vært på besøk. Glemmer av egen helse og hygiene. Gjentar informasjon i samme samtale, begynnende problem med å kjenne igjen nær familie og venner. Problemer med å lese og skrive, regne. Noen får på dette stadiet redsel for å bade/ dusje. Kan tilkomme økende aggresjon.
5	Moderat alvorlig demenssykdom, kan vare 1 til 3 år. Evner til pasienten kan sammenlignes med en 8-12 åring, mot slutten av stadiet 4-8 år. På dette stadiet må pasienten ha omfattende hjelp for å klare seg. Pasienten motsetter seg ofte hjelp, da vedkommende ikke har innsikt i sin sykdom. Ettermiddagsuro er vanlig på dette stadiet. Pasienten er ofte mistenksom. Begynnende problemer rundt wc-besøk og inkontinens. Kan score godt på MMS tester, men ikke på kognitive tester.

6	Alvorlig demenssykdom, kan vare fra 1 til 3 år. Er dårlig orientert for tid og sted, vil ha store problemer med å telle baklengs fra 10. Eventuelt 1. språk vil komme frem. Ofte stor grad av vrangforestillinger, mistenksomhet, uro og aggresjon. Klarer ikke lenger å beherske wc-besøk, ingen evne til hygiene osv. Fullt pleietrengende hele døgnet.
7	Veldig alvorlig demenssykdom. Kan vare 1 til 3 år. Liten eller ingen evne til å kunne kommunisere verbalt. Stort vekttap, ingen matlyst. Ofte stort søvnbehov. På slutten av stadiet 7 dør pasienten av sykdommen.

(Cummings, 2013, s. 216-258).

Når denne helsesvikten er oppdaget, og når en av sykdommene er en demenssykdom, er det noen verktøy som sykepleierne kan bruke i sitt møte med dem.

Kitwood (1999) beskriver behovene til personer med demenslidelse, og han har laget en figur, en blomst der kjærligheten står i sentrum;



(Kitwood, 1999, s. 90)

Kitwood regnes som grunnleggeren for personsentrert omsorg, og Brooker (2013) beskriver dette om VIPS modellen;

1. Verdsette personer med demens og pleierne som har omsorg for dem - rettigheter og krav skal ivaretas uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.
2. Behandle personer som enkelt Individier – alle personer med demens har en unik bakgrunn og personlighet, unike fysiske og mentale evner samt unike sosiale og økonomiske ressurser. Disse faktorene påvirker hvordan de reagerer på nevrologisk svekkelse.
3. Forstå verden fra perspektivet til Personen med demenssykdommen – den enkeltes erfaringer har sin egen psykologiske verdi, personer med demens handler og oppfører seg ut ifra dette perspektivet, og en empatisk tilnærming til dette perspektivet utgjør et terapeutisk potensial.
4. Erkjenne at all menneskelig atferd, også atferd hos personer med demens, har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner, og at personer med demens har behov for et berikende Sosialt miljø som kompenserer for svakhetene deres og gir muligheter for personlig vekst (Brooker, 2013, s. 9).

2.2 Ressurser

For å ivareta den gamle pasienten er det behov for ressurser. I denne oppgaven leter jeg etter beskrivelser av den hjemmeboende eldre pasienten, og hvilke ressurser som blir og eventuelt kan mobiliseres slik at de kan bo hjemme. Sykehjemsressursen er ofte neste steg i omsorgstrappen når det ikke lengre er mulig å bo videre i eget hjem.

Det er forsket på overgangen fra hjemmebaserte tjenester til sykehjem. I rapporten «Vedtak om sykehjems plass- hvor høye er tersklene?» (Gjevjon & Romøren, 2010) brukes begrepet terskler. Rapporten beskriver tre ulike terskler som pasienten møter før innleggelse i sykehjem til langtidsopphold gjennomføres;

- Pasientterskelen
- Pårørendeterskelen
- Fagfolkterskelen.

I Norge er det meste av helse- og omsorgstjenestene organisert i offentlig regi (Meld. St. 47, 2008-2009). Det meste av styringsdokumenter kommer fra storting og departementer, som er nevnt tidligere.

En oppgave som kom frem i min søken etter litteratur beskriver samhandlingsutfordringer i utskrivelsesprosessen, noe som sammenfaller delvis med det jeg forsker på. (Kettilsen, 2016). Her er utfordringene med selve overgangen mellom nivåene satt i fokus. Dette er også noe som Orvik (2015) tar opp, og nettopp disse overgangene mellom ulike nivåer er kilde til alvorlige feil og mangler. Her setter også Orvik (ibid) fokus på effektivitet VS produktivitet, og dette vil kunne være en faktor når nivået av tjenestene, og dermed ressurstilgangen pr pasient blir tema. I intervjuene skal dette prøves å belyses.

I morgendagens omsorg finner vi denne beskrivelsen om tilgangen på institusjonsplasser og andre døgnkontinuerlige plasser;

«Det foregår en spennende utvikling i kommunene, der to ulike tradisjoner er i ferd med å smelte sammen. På den ene siden begynner sykehjemsrommene å ligne fullverdige boliger og på den andre siden bygges dagens omsorgsboliger sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med egne boliger. Vi har fått sykehjem med boligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Det er all grunn til å videreføre og forsterke en slik utvikling, og ikke gå tilbake til 1980-tallets tunge institusjonsløsninger når vi skal finne svar på framtidens utfordringer» (Meld. St. 29, 2012-2013).

Vi ser her at den tydelige forskjellen fra 80-tallet mellom institusjon og hjemmeboende i fremtiden blir mer utydelig. Pasienten kan få tjenester både ved sykehjem og i tilpassede omsorgsboliger tilnærmet uavhengig av sykdoms og funksjonsnivå. Overgangen fra tunge sentralinstitusjoner, til «lettere» løsninger der lokalsamfunn, skoler og frivillige tas mer og mer inn mot sykehjem. Eksempler på dette er for eksempel satsingen på «Livsgledehjem» der blant annet samarbeides med skoler, barnehager og frivillige, og at pasienten får komme ut av sin institusjon minst en gang i uken (Livsgledehjem, 2008).

Av hensyn til anonymisering av de kommunene som ble intervjuet legges det ikke ved beskrivelse av antall institusjonsplasser i de kommunene, men mange små kommuner i Nord-Norge har vært preget av å være institusjonstung. KOSTRA tall for 2016;

År 2016	Troms fylke samlet	Landet uten Oslo
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	16.0%	13.0%

(Statistisk sentralbyrå, 2017)

Hvor mange timer hjemmebaserte tjenester har pasienter før de innlegges på sykehjem? Det er et gap i tjenester tildelt i hjemmetjenesten, i forhold til tjenestetilbudet når pasienten blir innlagt på sykehjem, spesielt for de eldste aldersgruppene. En undersøkelse i Trondheim kommune viste at 800 av 1100 tjenestemottakere mottok mindre enn fem timer hjemmetjeneste per uke på det tidspunktet de ble innlagt på sykehjem. I sykehjemmet var ressursbruken per beboer 30 timer eller seks ganger så høy (Døhl, 2011).

Det er et stort potensiale både i forhold til kvalitet og ressursmessig i en sterkere satsing på utbygging av hjemmetjenester i Norge. Utbygging av hjemmetjenesten og tidlig innsats i eget hjem, kan forebygge svekket helse og ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og dermed bidra til å utsette institusjonsinnleggelse og gi den enkelte et bedre liv (Meld. St. 29, 2012-2013).

Hvilke ressurser og bemanning har vi i hjemmetjenestene, og hvordan kan og bør vi organisere den?

Kitwood (1999) har en formening om at helsetjenestene og arbeidsplassen må ha en utforming og ledelsesstil som fremmer omsorg. Han kaller det for «Organisasjoner som viser omsorg». Han beskriver to ulike omsorgsnivåer, og anbefaler at det er nærmest mulig type B. Tabell fritt oversatt fra dansk;

	Type A	Type B
Lederens rolle	Autoritær, fjern	Eksemplarisk, tilgjengelig
Statusdeling personell	Stor avstand, rigid oppdeling	Liten avstand, fleksibel
Pasienters status	Lavest av alle	Likt med personell
Kommunikasjon	Monolog, upersonlig	Dialog, personlig
Følelser og sårbarhet	Skjules, ikke handtert	Åpenlyst. Handteres
Maktforskjell	Høg	Lav

(Kitwood, 1999, s. 114)

Han mener at det er til beste for personalet at arbeidsmiljøet er nærmest mulig type B, og at personalet deretter gir en best mulig omsorg til pasientene. Hvordan organiseringen er gjennomført, påvirker også maktperspektivet, og kan til og med gi muligheter for overgrep;

«I mange henseender er forskjellen på de to miljøtyper således et spørsmål om makt. I demensomsorg kan der, måske mere end i nogen anden kontekst, være stor uensartethed, og dermed et enormt potentiale for korrupsion og overgrep» (Kitwood, 1999, s. 113)

Det er faglige anbefalinger på hva som skal ha fokus når helse og omsorgstjenestene skal organiseres i Norge. «Organisering av tjenestene må ta utgangspunkt i pasienter og brukeres behov. Dersom organisering av tjenestene utgjør barrierer som hindrer at pasienter og brukere får tilgang til nødvendig kompetanse, må det gjennomføres tiltak for å utbedre dette» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Ett av de momentene jeg ønsker å undersøke er om helse og omsorgstjenestene er organisert med dette utgangspunktet.

Det er utfordringer med å skaffe nok helsepersonell til å drive helse Norge i fremtiden. Rapporten Helse-Norge 2040 (Eggen, Røtnes & Steen, 2018) beskriver fire ulike framtidsscenarioer;

1. Konkurransedyktig velferd
2. Trygghet fremfor alt
3. Livsstil på eget ansvar
4. Effektivitetssamfunnet

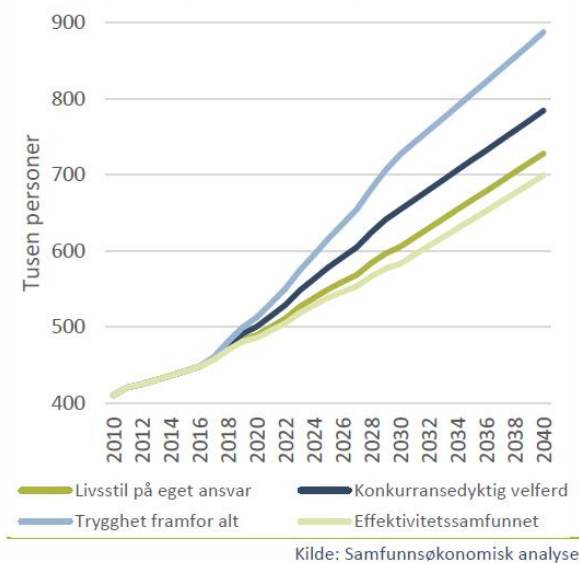
De enkelte scenariene gjennomgås ikke i dette teorikapittelet, men denne tabellen beskriver i stikkordsform ulikhetene;



(Eggen, Røtnes & Steen, 2018)

Rapporten tegner de fire ulike scenarier om fremtiden. Alle scenariene har en fellesnevner, behovet for kompetanse og ressurser i helse og omsorgstjenesten øker i betydelig grad fremover. Selv de optimistiske anslagene beskriver en tilnærmet dobling av behovet for helsepersonell. Dette gjelder leger, sykepleiere og helsefagarbeidere med mer. Kun helsesekretær ser ut som å gå nedover med behovet fremover. Tabellen beskriver framskrivingen totalt;

Figur 1. Etterspørselen etter sysselsatte innen helse- og omsorgsykker (alle fagutdanninger)



(Eggen, Røtnes & Steen, 2018, s. VI)

2.3 Autonomi

Pasientene har rett til selv å bestemme om de ønsker behandling eller ikke. For den gamle pasienten kan det komme mot et skjæringspunkt der pasienten grunnet for eksempel manglende samtykkekompetanse ikke lenger selv kan bestemme. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) En definisjon av autonomi finner vi hos Winther (2017a);

«Autonomi, selvbestemmelse, dvs. pasientens rett til å bestemme over seg selv og sin kropp. Den praktiske konsekvens av autonomi i medisinen er at en pasient alltid på forhånd skal gi samtykke til eller eventuelt avslå det som helsepersonell utfra ønske om velgjørenhet foreslår av undersøkelser og behandling. De vanskeligste etiske problemer vedrørende autonomi dreier seg bl.a. om selvmordskandidater, sultestreikende, og personer som av religiøse årsaker nekter blodtransfusjon eller andre typer livreddende behandling» (Winther, 2017a).

Den gamle pasienten må forholde seg til stress og utfordrende situasjoner. I denne oppgaven kan mestringen defineres som den gamles kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare seg i stressende eller utfordrende situasjoner som for eksempel den generelle aldringsprosessen, eller akutte situasjoner som ulykker eller snublefeller i den gamles bolig (Daatland & Solem, 2011, s. 99-100).

Helsepersonell har mulighet til å bruke makt i sin yrkesutøvelse. Bevegelse fra velferdsstat til konkurransestat sett i et maktperspektiv

Beedholm og Fredriksen (2015) beskriver overgangen fra velferdsstaten der verdier som solidaritet omsorg for svakeligstilte og like muligheter for alle i forhold til helse og helbred, og den tankemåten blir utfordret i overgangen til konkurransestatens menneskesyn, der enkeltindividets ansvar for eget liv og helse er styrket. Dette medfører at profesjonenes makt svekkes, og borgerens makt øker. Artikkelen reiser dette i forhold til maktperspektivet.

Artikkelen ser på to ulike nivåer av makt;

Mikronivå, som berører relasjonelle forhold mellom mennesker.

Makronivå, som berører samfunnsmessige forhold.

Her beskrives velferdsstaten, og statens makt ved å bygge opp denne velferdsstaten særlig i perioden etter 2. verdenskrig, og viser til Norden som sitt eksempel. Eksempler på dette er sosial likhet gjennom utdanning og dannelse, demokrati, lav arbeidsledighet, blant annet gjennom beskyttelse mot internasjonal konkurranse, særlig på dette med sysselsetting. Likhetsprinsippet, omsorg for de svakeste og lik tilgang på samfunnsmessige goder.

Den nye, fremvoksende konkurransestatens bygger på det opportuniste mennesket, med at den enkelte er ansvarlig for sitt eget liv og egne valg. Dette gis uttrykk gjennom effektiviseringer og nedbygginger av velferdsgoder. Målet er det samme som i velferdsstaten, men midlene er endret. Målet er ikke å lage dette opportunistmennesket i seg selv, men effekten av det er å møte konkurransen i det globale markedet, og dermed sikre velferd gjennom statens overlevelse. Linjen her er mer at fellesskapet i staten dannes gjennom arbeid, ikke nødvendigvis gjennom demokratisk deltakelse.

Dette settes opp i en tabell;

Velferdsstaten	Konkurransestatens
Beskytter befolkningen	Mobiliserer befolkningen
Likhet, fellesskap, solidaritet, og omsorg for medmennesker	Den enkelte er selv ansvarlig for eget liv, og egne valg
Den eksistensielle personen, danning, fellesskap gjennom deltakelse i demokratiet	Det oppurtuniske mennesket, kompetanseheving, selvrealisering gjennom jobb
Behandler (reaktivt) helsevesen	Forebyggende (proaktiv) helsevesen

(Beedholm & Frederiksen, 2015)

Økonomifaget og new public management har preget siste tiårene, og flere toppledere, også innen helse, har økonomisk og helsemessig utdanning (Beedholm & Frederiksen, 2015). Profesjonenes makt har blitt svekket i perioden. Eksempler på dette er at makt fjernes både på makronivå, men også i direkte en-til-en-relasjoner mellom helsepersonell og pasient, der kvalitets og dokumentasjonskrav har vært kraftig økende i de siste ti-årene. Helsepersonellens makt til selv å styre behandling og ressursbruk på mikronivå er kraftig svekket, og dermed er også profesjonenes makt redusert. Befolkningen stiller i større grad spørsmål, og forventer nå i større grad å bli møtte likeverdig med helsepersonellet enn tidligere generasjoner. Den store forskjellen beskrives i dette sitatet

«Mens målet for velferdsstatens styring var befolkningens velfærd, er målet for konkurransestatens styring å sikre statens konkurransevne. Hvor det i velferdsstaten handlede om å oppdrage den enkelte til at «gøre sin pligt og kræve sin ret» i forhold til fællesskabet, handler det i konkurransestaten om at optimere sit bidrag til fællesskabet for at kunne bidrage til statens konkurransevne» (Beedholm & Frederiksen, 2015).

Pårørende har også en rolle i pasientens hverdag. Pårørendeskole – Marte Meo Metode som magtteknologi (Sørensen, 2015).

Fokus på opplæring og veiledning av pårørende, særlig ektefelle. Basert på danske myndigheters visjon som er at familien selv skal ivareta omsorgsoppgaver i familien. I Norge er ikke dette i like stor grad beskrevet i styringsdokumenter, men det er bevegelse i samme retning;

«Tiltak for å styrke og bevare pårørendeomsorgen vil derfor kunne få stor samfunnsmessig betydning. For å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå og hindre at innsatsen minsker og forvitrer, er det behov for å ta vare på og avlaste pårørende med krevende omsorgsoppgaver og legge forholdene bedre til rette for at det er mulig å kombinere arbeid og omsorg. Regjeringen legger i denne meldingen fram et program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk» (Meld. St. 29, 2012-2013).

Juritzen (2013) beskriver at makt er noe som er tilstede hele tiden, det er ikke noe du kan legge fra deg utenfor døren før du går inn i et privathjem, eller inn på et pasientrom. Juritzen beskriver pleiepersonalet som «den mektige». Makten er «flytende og allestedsværende»

«Samtalene i fokusgruppene bidrar til å vise at det først og fremst er den fysiske tvangen som oppfattes som makt, som vekker ubehag og framstår som uønsket. Å snakke om andre aspekter ved pleien, hvor man daglig tar i bruk ulike befordrende manøvrer eller «list og lempe» -strategier for å få gjennomført nødvendig pleie og stell som maktutøvelse, virker å være fremmed. Ved å «demonisere» tvangsutøvelse (fysisk) framstår det meste annet som gjøres i den beste hensikt som «ikke-makt», en praksis som er trygt på utsiden av makten. Nettopp denne «ikke-makten» (som er et bedre begrep enn «den gode makten»?) ser jeg som viktig å uroe» (Juritzen, 2013).

Hovedregelen for all helse og omsorgshjelp er at den er frivillig. Ved behov for å benytte tvang i helse og omsorgstjenesten til somatiske pasienter, så er dette regulert i pasientrettighetsloven kapittel 4A (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

For å kunne utøve helsehjelp med tvang, må det blant annet vurderes i forhold til

- a) Har pasient samtykkekompetanse i forhold til denne situasjonen/ helsehjelpen som ønskes å gis?
- b) Er det forsøkt med tillitsskapende tiltak?
- c) Er det motstand mot helsehjelpen?
- d) Er helsehjelpen nødvendig, og hvis den ikke gis vil det medføre vesentlig helseskade hos pasienten?
- e) Står tiltaket i forhold til behovet for helsehjelp?
- f) Gjelder helsehjelpen somatisk helsehjelp.

Det må skrives vedtak, og pårørende skal minimum underrettes, aller helst skal de rådspørres før vedtaket fattes.

Kommunen kartlegger den enkelte pasient og bruker, blant annet for å kunne gi et korrekt tjenestetilbud. Ett verktøy som brukes er IPLOS, Individbasert helse- og omsorgsstatistikk (Tidligere beskrevet som Individuell pleie og omsorgsstatistikk.) Her kan det blant annet fremkomme score på funksjonsvariabler med verdier mellom 1 til 5 med 1 som høyeste score, ikke behov for bistand.(Forskrift om IPLOS-registeret, 2006). Dette er pålagt verktøy som primærhelsetjenesten skal bruke ovenfor alle som søker og mottar helse og omsorgstjenester. Det kartlegger blant annet hvilke tjenester pasienten mottar, funksjonsnivå, privat omsorgsomfang, bosituasjon, sivilstand med mer. (Helsedirektoratet, 2015).

3 Metode

Metodekapittelet skal beskrive veien og prosessen som jeg har valgt å bruke for å oppnå de resultatene som denne oppgaven viser til. Dette inkluderer egen rolleforståelse som forsker og min forforståelse, hvordan jeg har valgt å skaffe utvalg (informanter), og forhold som etiske vurderinger og personvern. Sentralt står også hvordan analyseprosessen av datamaterialet har blitt gjennomført (Jacobsen, 2015).

Analysemetoden som jeg er inspirert av er systematisk tekstkondensering. (Malterud, 2017, s. 97).

3.1 Vitenskapelig forankring, tilnærming og begrunnelse

Jeg valgte å bruke kvalitativ metode i oppgaven min. Dette begrunnes med at mitt tema og min problemstilling handler om sykepleierens erfaringer og vurderinger av pasientens helsetilstand og sosiale fenomener rundt pasientsituasjoner i hjemmetjenesten. Dette kan belyses gjennom intervju, og det ble brukt individuelle intervju (Jacobsen, 2015, s. 147). Jeg vurderte at det var tilstrekkelig med få informanter, planlagt 3-5 personer for å få med en del nyanser i datamateriale for å tolke dem. Ved mer tid kunne det med fordel vært flere informanter, da kunne flere nyanser kommet frem. Med dette antallet er godt overkommelig med at intervjuet blir tatt opp på band og transkribert i sin helhet i etterkant. Det ble gjort en pre-strukturering på forhånd, og det ble laget en intervjumal som ikke ble utlevert til informantene i forkant av intervjuet. Intervjumalen ligger vedlagt denne oppgaven (Vedlegg nr. 4). Informantene fikk på forhånd melding om tema for oppgaven, og problemstillingen slik den var ved intervjutidspunktet. Problemstillingen ble noe justert i løpet av arbeidet med masteroppgaven, men grunnpreget har hele tiden blitt beholdt.

Det er valgt å bruke hermeneutisk metode i denne oppgaven.

I følge Føllesdal (Føllesdal & Walløe, 2002) er hermeneutikken veien vi bør gå for å oppnå en forståelse. Det beskrives videre at det er to hovedtradisjoner innen hermeneutikken 1) den tradisjonelle med utgangspunkt i Schleiermacher og Dilthey (ibid) som var opptatt av metodiske problemstillinger, og 2) den filosofiske hermeneutikken som er preget av Martin Heidegger og Hans Georg Gadamer (Eilertsen, 2000). I min oppgave er særlig Gadamer sin

forståelse brukt (Gadamer, 2012). Han beskriver blant annet dette med fordommer og forforståelse, og dette med «dannelse», her forstås dette som både utdanning og livserfaring, takt og tone, samt moralsk bevissthet. Hermeneutisk spiral eller sirkel er også begreper som brukes (Nilson, 2007).

Min intervjuguide (Vedlegg nr 4) er laget med utgangspunkt i tre hovedområder. Inspirasjonen til min oppdelingen kommer fra artikkelen til Eilertsen om forskning på personer som er rammet av slag, hvor hun valgte å dele sin intervjuguide inn i tre hovedområder (Eilertsen, 2000);

- 1) Kroppslige endringer.
- 2) Eksistensielle tema.
- 3) Hverdagslige problemer/utfordringer.

Ved utarbeidelse av min intervjuguide ble det etter noen runder med prosjektskisse og prøving og feiling, valgt å dele denne opp på tre områder som er litt ulikt det som var valgt for personer rammet av slag. Når det er sagt så var det ved utarbeidelsen av intervjuguiden veldig åpent på hvilke funn som kunne komme frem. Min intervjuguide gikk relativt åpent ut og var spørrende og undrende på hvorfor, og var ikke avgrenset til ett problemområde for eksempel pasienter som var rammet av slag, eller pasienter som har ulike kognitive utfordringer slik som for eksempel ulike demensdiagnoser og så videre. Jeg valgte å dele intervjuguiden opp på følgende tre områder (Vedlegg nr 4);

- 1) Vurdering av pasienten ved overflyttingstidspunktet.
- 2) Samarbeid mellom ulike tjenestenivåer, helsepersonell, også innad i hjemmetjenesten, samarbeid med pårørende, samarbeid med pasient, eventuelt andre.
- 3) Kompetansebehov i hjemmetjenesten.

3.2 Forforståelse og egen rolle som forsker

Innledningsvis i oppgaven ble min lange erfaring fra helsetjenesten beskrevet. Med mange år innen sektoren så vil dette nødvendigvis gi meg opplevelser og undringer som vil påvirke min oppfatning av de helsetjenestene som her undersøkes. Jeg valgte å intervju sykepleiere, personer med samme fagspråk som meg, og det vil kunne være med å farge de data som jeg samlet inn (Jacobsen, 2015).

Med dette så oppfatter jeg at jeg har en forforståelse før jeg starter med å skrive min masteroppgave. Denne kommer fra mine egne erfaringer, mitt faglige perspektiv, og den øvrige livserfaringen jeg har ervervet frem til nå (Malterud, 2017, s. 44-46).

Min forforståelse (Gadamer, 2012) på dette feltet skriver seg tilbake til for mer en 20 år siden, da jeg begynte å jobbe som sykepleier ved somatisk sykehjem. Med min erfaring fra det tidspunktet og frem til i dag har jeg dannet meg et bilde av pasientene og deres livssituasjon, inkludert deres helsetilstand idet de ble innskrevet til sykehjem. Men min oppfatning er i stor grad ensidig sett fra mitt perspektiv som sykepleier ved sykehjem. Jeg har ikke arbeidserfaring fra hjemmebasert tjeneste. I denne oppgaven er temaet hvordan sykepleiere i hjemmebasert tjeneste oppfatter denne situasjonen, og jeg må være åpen og bevist på at ikke min egen forforståelse i for stor grad påvirker min måte å innhente informasjon, og hvordan jeg tolker dataen som hentes inn. Min forforståelse kommer også fra det levde livet, som privatperson, som pårørende, far, min skolegang, yrkeserfaring som leder og så videre (Nilson, 2007). Dette må jeg også være bevist inn i min oppgave, alt fra hvilke spørsmål jeg velger å stille i intervjuguiden, eventuelle tilleggsspørsmål under intervjuene, tolkningen av svarene, metodevalgene videre, valg av teori og så videre.

3.3 Rekruttering av utvalg og datainnsamling

Gjennom den prosessen som har blitt gjennomført, som startet ved begynnelsen av masterstudiet, så har tema og problemstilling vokst frem. Ved utarbeidelse av prosjektskisse så ble det vurdert hvordan utvalget skulle velges. Det ble valgt sykepleiere i hjemmebasert tjeneste. Det ble inngått dialog og tillatelse fra ledere i kommunene, og gjennom dem fikk jeg tilgang til informantene. Det var viktig at sykepleierne hadde jobbet rundt pasienter som er innenfor målgruppen, i dette tilfellet pasienter som er innlagt på langtidsopphold ved institusjon, og forut før innleggelsen har blitt fulgt av sykepleierne i hjemmetjenesten. Det ble forespurt i flere kommuner, og gjennom to runder ble det totalt intervjuet fire sykepleiere.

I løpet av arbeidet med prosjektet til NSD (Norsk senter for forskningsdata) (Kunnskapsdepartementet) ble det arbeidet frem tre utvalgskriterier;

1. Intervju av sykepleiere i hjemmetjenesten.
2. Det er ønskelig å intervju sykepleiere som deltar i vurderingen av innleggelse mot institusjon.
3. Det er ønskelig at sykepleiere har minst tre års erfaring.

Leder i utvalgskommunene deler ut informasjonsskriv til tre til fem ansatte som oppfyller kriteriene. Samtykke/ svaret på å delta i undersøkelsen ble sendt direkte til meg som student. Det var noen som ikke svarte, og en som takket nei til å delta.

Ett viktig prinsipp for meg var at jeg ikke skulle påvirke hvem ledelsen valgte ut, utover de utvalgsriteriene som var bestemt. Dette jamfør det jeg beskrev tidligere med forforståelse, og at jeg bevisst eller ubevisst valgte informanter som har ett bestemt syn.

Det ble også tidlig avklart at det ble valgt å forske utenfor egen kommune. Slik unngår jeg en del utfordringer som kan oppstå ved at jeg har kjennskap til informantene og tjenesten i stor grad (Jacobsen, 2015). Jeg unngår også å komme i lojalitetskonflikt med egen arbeidsgiver ved for eksempel å publisere negative funn. I denne oppgaven er kommunene valgt å anonymiseres, slik at det ikke kan spores tilbake til hvilken sykepleier eller hvilken kommune der mine funn kommer fra.

3.4 Intervju som metode

Det ble tidlig avklart at jeg ønsket å bruke sykepleiere som informanter, og at jeg ønsket intervju, ikke spørreskjema, questback eller lignende innsamlingsmetoder. Min avgrensing kom frem for å belyse problemstillingen sett fra hjemmetjenestens perspektiv. Videre valgte jeg å intervju en og en, og ikke gruppeintervju. Min lange erfaring fra sykepleietjenesten i sykehjem, samt påfølgende ledererfaring har gitt meg kunnskap som leder i den retningen at enkeltansatte er mer åpen og fri til å dele erfaringer og opplevelser i en- til- en samtaler. Med det som bakgrunn fikk informanten informasjon om anonymitet, personvern både på hvem de var, hvilken kommune de kommer fra, og selvfølgelig på eventuell pasientinformasjon/fortellinger de delte.

Intervjuguiden var oppdelt i tre hovedemner, dette var for å strukturere intervjuene, gi informanten en forståelse av de hovedtemaene jeg var nysgjerrig på, samt å kunne bruke den oppbyggingen videre i funn og diskusjonsdelen av oppgaven. Oppdelingen av intervjuguiden fungerte slik at jeg informerte i begynnelsen av intervjuene hvilke tre hovedtemaer jeg kommer innom, og at det etter hvert kom flere hjelpespmå under hvert emne. Det var på tidspunktet ved intervjuene ikke helt avklart hvilken analysemetode som skulle bli endelig valgt, og min opprinnelige plan med å bruke hovedemnene som kapittel i analysen og funn,

ble avviket da systematisk tekst kondensering ble valgt som analysemetode. Den analysen produserte nye emner.

Med aktiv lytting, fikk jeg gode og lange svar på spørsmålene. Min erfaring fra tidligere i arbeidslivet, gjorde meg trygg på at stillhet ikke er farlig, og dette ble brukt aktivt og bevisst i intervjuet. Jeg opplevde flere ganger, særlig hos informant nr. 2 at det ble noen pauser, og når jeg gav det noen sekunder, så kom det mer utfyllende svar, og informanten kom på flere opplevelser som hun ønsket å dele med meg. Med den siste informanten så ble jeg fort kjent med ett mønster, der et langt jahhh var sluttstrek for det spørsmålet, selv om jeg gav henne tid etter jahhh-et.

Jeg informerte om mulighet for å komme tilbake på oppfølgingssamtaler hvis det skulle dukke opp noe i etterkant. Men jeg valgte å ikke gjøre dette av flere grunner. For det første så er det ikke sikkert at vedkommende husker ordrett tilbake på samtalen, slik at oppfølgingsspørsmål av typen «hva mente du når du sa det og det?» ikke nødvendigvis kan belyse den uttalelsen i etterkant. Alternativt kunne jeg sendt det transkriberte materialet og bedt om utdyping eller forklaring, men det ville bryte litt med min planlagte måte og innheten data, nemlig semi-strukturert intervju (Malterud, 2017).

Jakobsen anbefaler også å ta notater under intervjuet, i tillegg til opptak (Jacobsen, 2015, s. 157). Dette både for å vise informanten at jeg bryr meg om hva som blir sagt, samt at det er lettere å finne frem i opptakene etterpå rundt de hovedpunktene som noteres. Jeg informerte ved begynnelsen av intervjuet at jeg kunne komme til å notere ned observasjoner, men dette ble i meget liten grad benyttet.

Jeg hadde planlagt å notere ned mine observasjoner umiddelbart etter å ha gjennomført samtlige intervju, men det ble istedenfor valgt å begynne transkriberingen samme dag, og hvert intervju ble transkribert før det neste ble startet.

3.5 Transkribering og analysering

Det ble en større oppgave enn forventet å transkribere intervjuene. På det første intervjuet var opptakeren plassert midt mellom informanten og meg, og det var et vindu åpent i lokalet for å lufte. Dette medførte at informanten hørtes litt dårlig, samt at bakgrunnsstøy var betydelig. Dette første intervjuet ble gjennomført på en fredag, og helgen ble brukt til å transkribere det ordrett. Det ble tatt med alle ja, og lokale dialektuttrykk som ehhhh og mmm. Jeg foretok avskriften i dialektform, og ved hvert nytt hovedspørsmål fra intervjuguiden la jeg inn tidsreferanse i teksten for lettere å kunne finne tilbake i løpet av oppgaveskrivingen. Denne første transkriberingen av intervjuet ble på 8 sider og 4200 ord inkludert spørsmålene fra intervjuguiden. Det ble markert i teksten på alle transkriberingene tidsmarkører, slik at jeg ved letthet kunne høre svarene en gang til ved behov. Jeg hadde brukt aktiv lytting (Jacobsen, 2015) slik at mine tilleggsspørsmål var få, og intervjuguiden var åpen og med kroppsspråk og tilbakemeldinger som mmm så svarte informanten veldig utfyllende. Dette bekreftet en av mine tidligere opplevelser, at mange sykepleiere med lang erfaring har mange opplevelser og historier som de ønsker å dele når de blir oppfordret til det.

Til neste intervju tilpasset jeg rommet bedre, unngikk åpne vinduer, og plasserte opptakeren nærmere informanten, og lengre unna meg, da jeg regnet med å gjenta suksessen fra intervju nr. 1 med få tilleggsspørsmål, og at informanten fortsatte i den hovedsakelige monologaktige svarformen. Dette intervjuet gikk bedre, i den forstand at kvaliteten på lydopptaket ble betydelig bedre.

Totalt ble det brukt ca. 25 timer på transkriberingen av alle fire intervjuene. Grunnen til at det tok så lang tid, var at særlig første opptaket var vanskelig å skrive av, og samme periode på lydfilen måtte spilles av flere ganger for å klare å oppfatte innholdet. Det totale materialet mitt etter transkriberingen var slik;

Navn	Sider	Ord
Informant1	8	4206
Informant2	11	6950
Informant3	10	6812
Informant4	10	6321
Totalt	39	24289

Jeg måtte vurdere om den innsamlede datamengden var tilstrekkelig til å belyse problemstillingen og mine forskningsspørsmål. Jeg vurderte at de 39 sidene og til sammen 24 tusen ordene ville gi ett tilstrekkelig grunnlag til å si noe om problemstillingen og temaet. Mitt metodevalg er kvalitativ, slik at det ikke nødvendigvis er behov for mange informanter.

Under intervjuene hadde jeg med skrivesaker, for om ønskelig å notere ned stikkord og eventuelt tilleggsspørsmål eller tips for å forbedre neste intervju. Det viste seg raskt at blokken ble rimelig uberørt i løpet av samtalene, og det var kun de lydopptakene som ble brukt i etterkant.

Analysen ble forsøkt basert på Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2017). Hun beskriver den i fire trinn. Det var noe prøving og feiling før jeg falt ned på min måte å analysere tekstene på, og det ble mange runder med Excel, koding og utskrifter før jeg ble fornøyd. Jeg var inspirert av hennes måte å analysere tekster på, men min vei er noe avvikende, særlig på trinn 4.

Det første trinnet i min analyse ble å lese gjennom alle fire intervjuene, og prøve å legge til side min forforståelse. Malterud beskriver her «Det kan dreie seg om fire til åtte temaer som intuitivt vekker vår oppmerksomhet» (Malterud, 2017) Dette var meget vanskelig for meg, og jeg fant i første runde hele 14 ulike temaer som jeg fant interessant. Ved å prøve å heve seg mot et fugleperspektiv, kom det frem nye, mer overordnede temaer som jeg kunne bruke videre i analysen. Det som kom tydelig fram var sykdomsbilder, tilgangen på sykehjemsplasser og hvem som ønsker sykehjem.

Det andre analysetrinnet bestod i å finne meningsbærende enheter. Det ble brukt Excel, og alle intervjuene ble lagt inn linje for linje i ett regneark. Deretter ble alle linjene lest en og en, og de ble enten valgt og tatt med videre, eller forkastet. For at de skulle bli med videre så måtte de ha en mening i forhold til de valgte temaene i trinn en og problemstillingen, eller at teksten gav annen mening. Mye tekst ble valgt bort, men en god del tekst var igjen. Deretter ble den meningsbærende teksten skrevet ut. Så ble den gjennomlest flere ganger, og den ble kodet og delt opp i fem nye temaer;

1. MYNDIGHETSUTØVERE
2. HELSESVIKT
3. AUTONOMI
4. HJEMMESITUASJONEN

5. RESSURSER

De her temaene blir kapitteloversikt i neste kapittel. Jeg misforstod Malterud litt, og lagde allerede på dette tidspunktet kondensat av temaene, og valgte ut såkalte «gullsitat» (2017, s. 108) fra teksten. Jeg oppdaget dette, og valgte å forkaste kondensatene og gå videre til neste trinn. I løpet av oppgaveskrivingen reduserte jeg temaene fra fem til fire ved å slå to temaer sammen. Men dette ble gjort først på trinn nummer 4.

I det tredje analysetrinnet kodet jeg teksten videre i sub-grupper. Jeg brukte teksten som var delt inn i de fem temaene, og leste gjennom dem, og så tilbake til hele teksten flere ganger før jeg valgte koder som ble benyttet. Med anbefaling på to til tre sub-grupper så valgte jeg følgende;

Temaer	Sub-gruppe 1	Sub-gruppe 2	Sub-gruppe 3
MYNDIGHETSUTØVERE	Omsorgsmakt	Makt	Tvang
HELSESVIKT	Ernæring	Funksjonssvikt	Sykdommer
AUTONOMI	Egenomsorg	Selvstendighet	Respekt
HJEMMESITUASJONEN	Boligen	Familieforhold	Geografi
RESSURSER	Tilgang på institusjonsplasser	Tilgang på andre tjenester	Bemanning

Med alt lagt inn i Excel var det relativt lett å lese gjennom tekstene og kode dem i gruppene. Deretter lagde jeg kondensat og «gullsitat» enda en gang, på hvert enkelt sub-gruppe nivå. Dette ble arbeidsdokumenter, og noen av sitatene ble tatt med i kapittel 4 funn, og noen i kapittel 5 drøfting. Det ble laget egne Word-dokument på hver sub-gruppe som var til stor hjelp i det videre arbeidet med oppgaven.

I det fjerde og siste analyse-trinnet, som blir presentert i neste kapittel, prøver jeg å sette sammen innholdet igjen, det jeg oppfattet som innholdet i tekstene. Jeg liker strukturerte oppgaver, og prøvde først å strukturere oppgaven med å lage like kapittelinndelinger i både teori, funn, diskusjon og avslutning, men oppgaven ble for oppstykket slik at kun «funn» kapitlet ble detaljert oppbygd i henhold til subgruppene. Og selv her la jeg sammen noen av temaene som for eksempel myndighetsutøvere og autonomi. Dette ble min måte å få den røde tråden fra teori helt frem til oppsummeringen. Dette syntes jeg lettet leseropplevelsen. Mitt første utkast ble mer oppdelt, og mer lignende en rapport. Dette avviker en del fra Malterud (2017), særlig da jeg har med meg overskriftene fra tidligere i analysen.

3.6 Sikkerhet, etikk og personvern

Oppgaven ble vurdert til at den er meldepliktig til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS , og det ble meldt før innhenting av data ble startet (Kunnskapsdepartementet). På nettsiden beskrives minimum 3 ukers behandlingstid, og meldingen ble sendt inn tidlig høsten 2017.

Det ble utarbeidet eget samtykkeerklæringen basert på anbefalt mal fra Norsk senter for Forskningsdata (NSD) (Kunnskapsdepartementet). (Vedlegg nr 6)

Det ble også utarbeidet ett utkast til informasjonsskriv/ søknad som sendes aktuell kommune ved aktuell leder, eventuelt rådmann for tillatelse til deltakelse, samt hjelp til å velge ut informantene (Vedlegg 3). Alt dette ble vedlagt søknaden til NSD (Vedlegg nr. 1). NSD gav hurtig tilbakemelding (Vedlegg nr. 2) og jeg kunne ta kontakt med kommunene.

Det ble sendt ut informasjon til leder, som skulle videre distribueres til informantene. (se vedlegg nr. 3 og nr. 4). Dette inkluderte samtykkeerklæringen og informasjon om å kunne trekke seg. Jeg hadde med en ekstra på hvert enkelt intervju, noe som viste seg nødvendig, da informanten ikke hadde tatt med sitt eksemplar til intervjudagen. Jeg fikk dermed sikret meg underskrift på samtykkeskjemaet. Det viste seg at lederen sannsynligvis hadde muntlig kontaktet informantene, slik at jeg brukte litt tid på å gjennomgå samtykkeskjemaet og informasjonen fra NSD.

Det ble tatt etiske og personvern hensyn gjennom hele intervjuet og transkriberingen. Informantene ble oppfordret til å anonymisere fortellinger/ hendelser slik at det ble mest mulig vanskelig å finne tilbake til hvem pasientene og pleierne var. Kommunnavn der informasjonen ble innhentet fra er anonym. Det ble intervjuet sykepleiere fra to kommuner, og i denne oppgaven fremkommer det ikke hvilken kommune informasjonen kommer fra. Det ble også anonymisert hvilke sykehus, legekantor og KAD (kommunale akutte døgnplasser) som ble nevnt i svarene.

3.7 Validitet og relabilitet

I min oppgave brukes denne forståelsen av begrepene;

1. *Empirien skal være gyldig og relevant (Valid).*
2. *Empirien må være pålitelig og troverdig (Reliabel).*

(Jacobsen, 2015, s. 16)

Her beskrives det at første punktet er oppfylt hvis det innsamlede materialet faktisk gir oss svar på våre spørsmål. Dette utdypes med intern og ekstern gyldighet. Min forståelse av dette med ekstern gyldighet og relevans i min oppgave er om de svarene jeg får kan generaliseres eller overføres til også andre kommuner og hjemmetjenester. Her må jeg ta forbehold, da undersøkelsen er gjennomført på en kort periode, av få informanter, og i relativt små kommuner. Så i den grad de kan overføres til andre, så må dette tas hensyn til. Når det gjelder intern gyldighet, så er det større grunn til at funnen kan overføres til hjemmetjenesten i sin helhet. Dette begrunner jeg med at i de små kommunene så utgjøre informantene en betydelig del av de sykepleierne som arbeider i tjenesten. Det må legges til at hjemmetjenesten lever videre, mens datamaterialet som denne oppgaven bygger på «døde» når siste intervjuet var gjennomført. Dermed kan hjemmetjenestene ha endret seg, selv om funnene i oppgaven var korrekt i forhold til tidspunktet materialet var innhente.

Gyldigheten og relevansen avhenger blant annet av om det hadde blitt samme resultat hvis undersøkelsen hadde blitt gjentatt. Her er det mange utfordringer. Ved gjentakelse av samme undersøkelsene, ville en ny undersøkelse vil bli gjort i ettertid. Kanskje med nye eller andre sykepleiere selv om det er i samme kommune. Pasientgrunnlaget kan ha forandret seg, andre faktorer som sykefravær, vakanser osv. kan ha endret seg. Presentasjon av funn fra denne masteroppgaven kan påvirke svar. Forskerens forforståelse som er tatt opp tidligere, kan være annerledes enn min forforståelse, og det kan dermed komme frem ulike temaer og koder i materialet, selv om informantene gir lignende svar med denne undersøkelse nummer to.

3.8 Søke og skaffe litteratur til oppgaven

Allerede ved utarbeidelsen av prosjektskissen ble det påbegynt søk etter litteratur.

Det søkes på stikkordene “innleggelse sykehjem” på bibsys, og det gir 72 svar. “overgang til sykehjem” gir 46 treff. Omsorgsnivå gir 76 treff. Jeg fant dermed ikke mye forskning på akkurat overgangen mellom hjemmetjeneste og sykehjem, men fant forskning tilgjengelig på overgangen mellom sykehus og kommune, og på pasientens tilstand og opplevelser på det aktuelle nivået. Titler som synes å passe best med problemstillingen leses abstraktet, ca. 10 på hvert treff.

Søk på PubMed med bruk av EndNote søkes det “Nursing home” på PubMed(NLM) og det kommer opp 1120 treff på tittel alene. Med begrensning av søket til “Nursing home” + “Admitting” på tittel kommer ett svar med tittelen “Avoiding diagnostic errors in admitting patients to a nursing home” (Loeser & Dickstein, 1979) men ved gjennomlesing av artikkelen så passer den ikke inn i mitt tema, her var fokuset mer på legens vurderinger. Ved nytt forsøk på PubMed med “pre nursing home” kommer det frem 16 treff. Men ved å lese gjennom titlene og abstraktene passer ikke de heller med mitt tema og min problemstilling. Søkeord “pre-admission” kommer det 218 treff. Ved gjennomlesing av titler, og abstraktene fra de første 20 treffene, fremkommer det at dette gjelder før sykehus problemstillinger, ikke før sykehjem. Søk bare på “Home care” får 14644 treff. “Home care” + “nursing” gir 2400 treff. Det leses gjennom noen av titlene, og et par av dem var interessante; Fra Australia (Qian, Yu & Hailey, 2015) er det en beskrivelse av hvordan sykepleierne bruker sin tid fordelt på ulike arbeidsoppgaver. Artikkelen beskriver også det forventede utfordringen i økende mengde eldre pasienter.

Informantene kan også komme med informasjon om geografiske avstander som en årsak til innleggelse, og fra Taiwan (Lin et al., 2015) er dette beskrevet i en artikkel. Funnet i artikkelen beskriver sammenheng mellom avstand fra sykehus og sykehjem i forhold til tidspunkt for innleggelse. Artikkelen berører også urinnvånere i bla USA og Alaska viser at avstanden fra bosted til hvor helsetjenestene holder til er en barriere.

En oppgave som kom frem i søket på bibsys beskriver samhandlingsutfordringer i utskrivelsesprosessen, noe som sammenfaller delvis med det jeg tenker å forske på. (Kettilsen, 2016). Her er utfordringene med selve overgangen mellom nivåene satt i fokus. Dette er også noe som Orvik tar opp, og nettopp disse overgangene mellom ulike nivåer er

kilde til alvorlige feil og mangler (Orvik, 2015). Her setter også Orvik fokus på effektivitet VS produktivitet, og dette vil kunne være en faktor når nivået av tjenestene, og dermed ressurstilgangen pr pasient blir tema.

Eilertsen har hatt fokus på hermeneutikken som et perspektiv for å se på enkelt problemstillinger, her med hovedfokus på pasienter med hjerneslag (Eilertsen, 2000). Hun har også fokus på forskerens forståelseshorisont. Hun tolker fordommer til alle oppfatninger og holdninger som inngår i forståelseshorisonten.

Hov har skrevet om samme tema som jeg ønsker å skrive om, men her er fokuset mest når pasienten først er kommet inn til sykehjemmet. Hun har fenomenologisk-hermeneutisk metode og forståelse (Hov, 2015).

I tillegg til søkene, så henter jeg inn litteratur ved å søke opp NOU'er og faglige anbefalinger fra direktorater og legeföreningen, og ved å lese andre maste-r og doktorgrader, samt å bruke litteraturhenvisninger. Lærebøker i masterstudiet blir også brukt.

4 Funn

Som beskrevet i metodekapittelet har jeg prøvd å benytte systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Jeg valgte fem temaer som blir brukt som overskrifter, samt sub-grupper som gir underoverskrifter. Sitatene er skrevet i dialekt, tilpasset min egen dialekt for anonymiseringshensyn.

Gjennom hele intervjurekken står den gamle pasienten i sentrum. Det var i all hovedsak denne brukergruppen som var aktuell for innleggelse i sykehjem fra hjemmetjenesten. Det ble unntaksvis også nevnt andre grupper, særlig kreftpasienter i livets slutfase, men her var det en endring i tjenestene og det var blitt mer vanlig med at denne pasientgruppen ofte fikk helsehjelp i eget hjem livet ut, og bare unntaksvis måtte institusjonaliseres.

4.1 Helsesvikt

Det var mange ulike typer helsesvikt som ble beskrevet i intervjuene. Her er funnene organisert i tre punkter, og noe av det som klarest kom frem i intervjuene som faktorer som påvirket tidspunkt for innleggelse på sykehjem, var ernærings situasjonen til de hjemmeboende. Først beskrives generelt om funksjonssvikten som sykepleierne vurderte, og jeg velger å spesielt skrive om ernæring og sykdommer i egne avsnitt da de pekte seg ut i intervjuene.

Funksjonssvikt

I mitt materiale hadde sykepleierne erfart og opplevd en rekke typer ulike funksjonssvikter hos pasientene, som bidrog til behov for sykehjemsplass. Det ble nevnt blant annet fysiske aldersrelaterte forandringer slik som smerter i rygg, hofter og knær og dårlig motorikk. Men det som ble nevnt ofte og av alle informantene blant de viktigste årsakene til sykehjemsinleggelse var kognitiv svekkelse, samt stadiet når pasienten ikke lengre selv klarte å gå på toalettet.

Sykepleierne vurderte at pasientene hadde ulike grader av funksjonssviktene som de hadde observert. Noen kom «snikende» over lang tid, og de observerte det best etter at pleierne for

eksempel hadde vært borte en periode grunnet ferie eller annet fravær, og de observerte da en tydelig forskjell. Andre ganger tilkom funksjonssvikten i løpet av et kortere tidsrom.

Pasientene ble dårligere til beins, klarte ikke lengre selv å forflytte seg. De fikk behov for hjelpemidler i forflytninger slik som gå-stativ eller rullator, og i enkelte tilfeller også rullestoler. Mange ble så dårlige til å forflytte seg at det ikke lengre var mulig å gå ut alene, eller gå opp en trapp. Også dørterskler ble for noen en uoverkommelig hindring etter hvert.

Det kom frem at når pasienten ikke lengre klarte å komme seg på wc selv så var dette en terskel for vurdering av sykehjemsplass. Det ble i liten grad nevnt andre hjelpemidler for å hjelpe på denne funksjonssvikten, men det ble nevnt av en informant dette med uridom hos menn, og eventuelt kateter. Men det kom frem at ved hyppig behov for bistand til å bytte inkontinens-innlegg eller bistand med forflytning til wc, så klarte ikke hjemmetjenesten å følge dette opp, og det resulterte i institusjonalisering i noen tilfeller. Hjemmetjenesten bidro med tilsyn og aktive tiltak slik som hjemmehjelp, og hjelp til dusj og wc. En av utfordringene var her at hjemmetjenesten var organisert med runder, slik at ved behov mellom tilsyn var det lang responstid, og pasientene hadde ikke «ringesnor» i sine hjem, og trygghetsalarmene var ment til akutte hendelser som fall eller lignende, og pasienten hadde dermed i praksis ikke mulighet for bistand utenom de planlagte tilsynene. På natt var det for eksempel normalt ikke tilsyn slik at en tredjedel av døgnet måtte pasienten klare seg helt selv.

Ernæring

Dette med ernæring nevnte alle informantene som utfordring når pasienten bodde hjemme. Alle hadde opplevd utfordringer med at pasienter gikk ned i vekt. De opplevde at pasientene ikke lengre har matlyst. De kunne smøre på brødsriver, men pasienten spiste ikke selv om det var ordnet til. Pasientene glemte å ordne seg mat, de glemte å kjøpe inn matvarer, og de glemte å be om at dette skulle kjøpes inn.

Sykepleierne opplevde en frustrasjon rundt dette at de observerte at pasienten var blitt eller var på tur til å bli underernært, og de prøvde å sette i verk tiltak.

Sykepleierne prøvde å ordne med matombringning, i de her kommunene som ble undersøkt var matombringingen kald middagsmat som måtte varmes. Det ble både nevnt «fjordland» og andre fabrikknavn som eksempel på ferdige retter som kan kjøpes inn og med letthet varmes opp. Det var mulighet for at pasienten/ familien kjøpte dette inn, eller at de fikk hjelp/ kjøpe

gjennom kommunen. Det ble ikke oppfattet at det ble tilbudt varm middagsombringing til pasientene. Det ble heller ikke beskrevet matombringing til andre måltider. De prøvde å smøre på mat før de drog til sine neste pasienter. De prøvde også å sette frem mat, og å lage maten klar i kjøleskap til neste måltid.

Det ble organisert innkjøp av matvarer, enten at hjemmetjenesten bistod, eller at de fikk pårørende til å ordne med innkjøp.

Selv med tiltakene så fortsette underernæringen. Alle informantene oppgav at dette med matstell var en bidragende faktor til at pasienten ikke klarte å bo hjemme lenger.

Det fremkom ikke at alle hjemmetjenestene systematisk veide og kartla alle pasientene. Til tross for dette hadde sykepleierne en klar faglig oppfatning av hvilke pasienter som var utsatt for underernæring, og tiltak ble iverksatt.

Sykepleierne vurderte behovene til pasientene, og de iverksatte tiltak. Det ble også nevnt at de vurderte behov for næringsdrikke. Det fremkom ikke om hvilken effekt dette tiltaket hadde.

Jeg oppfattet at særlig de pasientene som var alene, det vil si ikke hadde familie boende i samme hus, hadde et større problem rundt dette med ernæring, sammenlignet med de som bodde i en flerhusholdning.

Sykdommer

Alle informantene nevnte kognitiv svikt som en vanlig årsak til innleggelse i sykehjem. Det ble også beskrevet andre sykdommer som hjertesvikt, KOLS, angst og kreftsykdommer.

Det kom frem at alle som hadde langtkommet demenssykdommer måtte legges inn på sykehjem. Tidligere i et slik forløp, der den kognitive svikten som ble beskrevet av sykepleier, særlig hukommelse og evne til å forstå faremomenter slik som å gå ut i kulden, ha på plater på ovnen uten tilsyn eller gå i trapper når fallrisikoen er stor, var pasienten typisk i eget hjem med oppfølging av hjemmetjeneste og i noen tilfeller familiemedlemmer.

Det kom ikke tydelig frem i hvor stor grad pasientene ble utredet og diagnostisert for demenssykdommer, men sykepleierne som her hadde lang erfaring i yrket oppfattet at pasienten hadde sykdommen selv om legen ikke nødvendigvis hadde satt en diagnose.

Sykepleierne hadde opplevd pasienter med kreftsykdommer i hjemmetjenesten. I flere tilfeller når sykdom var kommet så langt at det ble behov for døgnkontinuerlig helse og omsorgshjelp, så ble pasienten lagt inn på sykehjem i sykdommens siste palliative fase. En av informantene var spesielt opptatt av hjemmedød selv om teamet ikke var et fokus i intervjuguiden, og det kom frem at det ble lagt til rette for denne pasientgruppen slik at dem slapp innleggelse på sykehjem eller sykehus. Men i noen tilfeller ble det tilbydd institusjonsopphold også til denne gruppen.

I forbindelse med kreftbehandlingen erfarte også en av sykepleierne at det var en etisk utfordring der pårørende ville at pasienten skulle behandles med kurativ eller livsforlengende behandling lengst mulig, til tross for at pasienten selv ville avslutte behandlingen. Her har sykepleieren organisert at de pårørende fikk samtaler med både prest og kreftsykepleier slik at de ble satt bedre i stand til å forstå pasientens eget valg. Men sykepleierne oppfattet det som tøft slik som i dette sitatet; *«Men samtidig drar pårørende oss i andre armen, før dem ønske selvfølgelig å sin kjære lengst mulig i lamme sø. Å da e man i vældig sånn etisk dilemma. Å det e tøft. Det e kjempevanskelig».*

Akutt sykdom var også årsak til innleggelse. Typisk ble pasienten først innlagt akutt på sykehus, deretter må kommunen ta imot pasienten på kort varsel. Sykepleierne beskrev at de kunne bli varslet kl 14.00 og da måtte de ha en institusjonsplass klar samme dag for å slippe døgnmulkt. Dette oppfattet sykepleierne som vanskelig, da det ofte var fullt på sykehjemmet, og det var vanskelig å ordne med plass på så kort varsel. Å ta imot pasienten i eget hjem var ofte vanskelig, da pasienten ikke var «ferdigbehandlet» men var «utskrivningsklar» slik at den akutte sykdommen fortsatt måtte ferdigbehandles i kommunen. Og det var vanskelig i hjemmetjenesten uten nattevakt. I noen tilfeller så var dette måten pasienten ble innskrevet på sykehjem, og i flere tilfeller så endte det opp med et langtidsopphold, det vil si at pasienten aldri igjen ble utskrevet til eget hjem etter den akutte sykdomshendelsen.

Det ble også beskrevet pasientgruppe med KOLS-pasienter. Denne pasientgruppen hadde ofte i tillegg til sin KOLS også store angstproblemer. Dette medførte at hjemmetjenesten ikke klarte å følge dem opp slik at pasienten ofte endte opp med sykehjemsplass. Sykepleierne erfarte at denne pasientgruppen slet med særlig angst, underernæring og trengte også stor grad av hjelp til dagliglivets aktiviteter. Mange klarte ikke å smøre sin mat, eller ha krefter til å dra omsorg for seg selv.

Ved kondenseringen vil dette kapittelet kunne sammenfattes slik;

Det er mange ulike sykdommer hos pasienter som innlegges på sykehjem. Det nevnes særlig demenssykdommer KOLS og kreftsykdommer årsak til sykehjemsinnleggelse.

4.2 Hjemmesituasjonen

Jeg valgte å dele hjemmesituasjonen opp i tre undertemaer; Boligen, Familie og pårørende, og Geografi. Hjemmesituasjonen er en viktig del for å belyse min problemstilling, og informantene gav meg mye opplysninger om hvordan de vurderte hjemmesituasjonen.

Boligen

Alle informantene hadde erfaringer med at boligen ble en utfordring. Noen av pasientene bodde i omsorgsboliger som var til en viss grad tilrettelagt, og andre bodde i eldre boliger med liten grad av tilrettelegging. Boligen kunne være i flere etasjer, og krevde at pasienten skulle forflytte seg mellom dem. Også forhold utenfor selve boligen ble nevnt som en del av problemstillingen, dette med å hente sin avis på morgenen, og postboksen var fysisk langt unna selve huset. Dette medførte fallrisiko, og noen glemte at de hadde hentet posten og gjennomførte denne øvelsen flere ganger om dagen.

Det ble nevnt av alle i intervjuene at det kunne søkes hjelpemidler som kunne bidra til å løse noen av problemene, for eksempel komfyrvern eller trappeheis. Men det ble også beskrevet at pasienten hadde utfordringer med betjeningen, og at hjelpemidlene flere ganger ble en ekstra belastning for pasienten

Oppvarming av boligen var ett eget tema som ble nevnt, og de eldste boligene var basert på vedfyring, noe som medførte at pasienten måtte ut å hente ved, kanskje også hugge den med risiko for fall og kuttskader. Når veden først var i hus så skulle det fyres opp, og det var eksempler på at pasienten hadde nesten brent ned huset, når handteringen av ovnene ikke ble gjort på rett måte. Eksempler her kunne være pipebrann der spjeldet ble brukt feil, eller at aske ble tatt ut i dårlig egnet beholder, eller at ovnsdøra står åpen med risiko for gnister ut av ildstedet.

Dørstokker og sale dører ble nevnt, men her var de veldig flink å få utbedret dette raskt, slik at pasienten kunne bevege seg med for eksempel rullator innendørs

Kalde gulv gav ofte ønske om tepper, som igjen ble beskrevet som risiko for fall, og til hinder for forflytning med gå-rammer og rullatorer.

Flere av informantene opplevde også mostand mot å endre på romfunksjoner hos enkelte, for eksempel ved at det kunne settes inn en hjelpemiddelseng i stuen, og gjøre det om til et soverom. Eller at dostol kunne plasseres i 1.etg slik at pasienten kunne slippe å gå på loftet til badet på natten. Med ofte små og trange rom og hus, var denne tilretteleggingen mange ganger vanskelig.

Familie og pårørende forhold

Et spennende funn var at hjemmetjenesten bevist jobbet med å finne ressurser hos pasientens nærmeste familie. Der dette ikke ble funnet ble også bygdas naboer involvert. Det var eksempel på at gode naboer bidrag med hjelp, faktisk i så stor grad at det kunne være bidragende til at pasienten kunne bo hjemme lengre. Men hovedreglene var at det var familien, typisk ektefelle eller barn som var den som hjalp i hjemmesituasjonen.

Informantene beskrev at ved flere anledninger bidrag pårørende, typisk personer som bodde i huset sammen med pasienten, enten ektefelle eller bar, bidragende i stor grad med både praktiske ting, men også i helsehjelpen.

På den andre siden så oppfattet sykepleierne at når pårørende bodde langt borte, og kanskje bare var hjem til jul og høytider, at pårørende da ble en med pådrivende faktor for å fremme institusjonalisering. Når de var hjemme og observerte sin mor eller far, så kontaktet de ofte sykepleierne i hjemmetjenesten for å si ifra om hvor redusert foreldrene var blitt siden sist.

Geografi

Informasjonsinnhenting var gjennomført i små kommuner i Nord-Norge. Her var det små kommunesenter, men innbyggerne og pasientene var spredt rundt i kommunen. Noen bodde i omsorgsboliger som var mer sentralt plassert mot kommunesenter og base for hjemmetjenesten, men det ble oppfattet at de fleste bodde geografisk lengre borte fra sentrum. Dette ble løftet frem som en utfordring i forhold til kjøretid og avstander. Også dette med uttrykningsstid ved for eksempel behov for bistand utløst av trygghetsalarmer eller at pasienten på annet vis tok kontakt, var en faktor i sykepleiernes opplevelser.

Kondensert innhold for hjemmesituasjonen blir da;

Pasienten bor alene, uten pårørende i nærheten. Huset er gjerne på flere etasjer, tungvint lagt opp, og langt unna butikker, naboer og kontorene til hjemmesykepleien. Bad og wc er ikke tilrettelagt for funksjonssvikt, det er dørstokker og trapper, og rommene er trange og uegnet til å bo i på pasientens gamle dager, og ofte er det gammeldags og tungvint vedfyring som medfører store svingninger i temperatur, samt stor risiko for fatale brann- og kuttskader.

4.3 Ressurser

Informantene kom med mange opplysninger om ulike ressurser som påvirket innleggelsestidspunktene. Her deles det inn i tilgangen på sykehjem, tilgangen på andre tjenester, og bemanningen i tjenestene.

Tilgang på institusjonsplasser

Alle informantene var innom dette med tilgangen på sykehjemsplasser.

Informantene opplevde at pasienter hadde behov for sykehjemsplass, men det var ingen ledige. Da måtte de bare bo hjemme fortsatt. Det var ingen mulighet for å få ordnet med plassen. Det hendte da at pasientene tilslutt ble innlagt på sykehus som bestandig hadde plass og tok imot, og deretter klarte hjemmetjenesten å få pasienten fra sykehus til sykehjem. Det ble oppfattet at dette var en vanlig måte å få sykehjemsplass på.

Andre ganger vurderte sykepleierne at pasientene trengte å komme inn, men pasientene selv ikke ville på sykehjem. Pasientene hadde oppfatning av at sykehjem var noe negativt, og de ville fortsatt bo hjemme. Sykepleierne kunne oppleve at de vurderte annerledes enn pasienten når pasienten ikke vil følge veiledningen fra helsevesenet; «Så da e dæm jo ganske dårli når dæm , jahh åsså har vi sett at dæm, men d e vældi individuell det dær, d e klart når vil jo ikke, når hadde jo kanskje trængt ene sykehjemsplass, mene, dæm vil ikke det, ikke sant, dæm nækter, åsså ser man behove e dær, men dæm vil ikke».

Andre ganger kunne det være at en plass var ledig, og sykepleieren der og da bokstavelig talt tok og kjørte pasienten inn til sykehjemmet med en gang.

Sykepleierne vurderte at det var behov for flere sykehjemsplasser en det var tilgjengelig, og de hadde vurdert pasientene som sykehjemspasienter flere ganger, men da det ikke var plass så måtte dette bare vente. Det kom ikke frem at pasientene i denne gruppen fikk formelle

avslag på plass, eller ble satt på for eksempel venteliste, men det ble ikke direkte spurt om dette slik at slike avslag og eventuelt klage på avslag kan ha funnet sted uten at sykepleierne som ble intervjuet kom inn på temaet.

Det ble nevnt KAD-plasser (Kommunale akutte døgnplasser)(Den Norske Legeforening, 2014) som var et interkommunalt samarbeid der en annen kommune utførte tjenesten. Dette ble nevnt som positivt og den ble aktivt brukt, mest for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Tilgangen på andre tjenester

Sykepleieren beskriver hvilke tjenester kommune har, og hva dem mener det er behov for mer av. Det beskrives ønske om mer videreutdanning, ønske om bedre natt-tjeneste, og ønske om både flere omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

Det kom tydelig frem ønske om natt-tjeneste. Sykepleierne vurderte at flere kunne ha bodd hjemme lengre hvis en slik natt-tjeneste var tilgjengelig. Det var vanskelig når pasientene var alene med kun en trygghetsalarm til en bakvakt store deler av døgnet, samt at det ikke var mulighet for å legge inn tilsyn eller stellerunder på natt.

Det ble etterlyst flere omsorgsboliger, som et tiltak for å kunne bo utenfor sykehjem lengre. Kommunes boliger var som regel utleide, og det var ikke ledig kapasitet, og ofte meget lang ventetid for å få en slik bolig.

Det var tilgjengelig både fysioterapitjeneste, ergoterapitjeneste, kreftsykepleier og andre videreutdannede helsepersonell. Men det ble nevnt at omfanget var ikke nødvendigvis bestandig tilstrekkelig, og det var særlig ønske om flere med videreutdanninger. Også fysioterapitjenesten ble oppfattet som utilstrekkelig da det var kun en person i en liten stillingsbrøk. *«Det e frustrereanes når det e sån, når dæm ikke får den hjelpa dæm egentlig træng».*

Bemanning

Under bemanning beskriver sykepleierne at de har god dekning av sykepleiere i ukedagene. Men det nevnes at det er færre eller ingen sykepleiere tilgjengelig på skift i helger og at det i ferie og høytider er det flere ufaglærte på jobb, særlig i tilknytninger til omsorgsboliger som

er samlokalisert med kontorer til hjemmetjenesten. På de her hjemmetjenestene var det ikke aktiv nattevakt, slik at det var dårlig bemannet på en stor del av døgnet.

Det fremkommer at tjenesten er organisert slik at det er mest personale på jobb dagtid i ukedagene, også størst tilgang på ulike faggrupper slik som fysioterapeuter, leger, ergoterapeuter ledere og sykepleiere. En av sykepleierne oppfattet at dette var et problem, at pasienten også ble dårligere i helger og kvelder og at tjenesten ikke har tatt høyde for dette;

«Det æ ofte oppleve dette i hælgen det e , ting skjer ofte i helgen på kvellan, de gangan æ jobbe, så e det når som kanskje jahh, man kommer på jobb en fredags ettermiddag, kanskje har vi en ny bruker, kanskje har vi en bruker som e blitt dårligere».

Det ble vurdert behov for legetilsyn, og legevakt ble tilkalt ved behov, men ved hyppige legevaktstilsyn ble det tatt med som en indikator på behov for høyere tjenestenivå.

Det kom frem behov for opplæring, mange tilfeller der sykehuset sendte ut pasienter til kommunen, og det var ikke tilstrekkelig kompetanse hos hjemmetjenesten til å utføre den nødvendige helsehjelpen i hjemmet.

Andre tilfeller var det behov for ekstra ressurser til enkeltbruker, og det ble tilslutt satt inn slik at tjenesten kunne bli gitt. Dette kunne også skje i helger og kvelder.

Det var et behov for å bygge ut mer kompetanse på spesialsykepleiere, men det kom ikke frem om det var ønskelig at de jobbet som et eventuelt ressursteam, eller om sykepleiere generelt i hjemmetjenesten burde kompetanse heves.

Her kan kapittelet om ressurser gjennom funnene kondenseres/ sammenfattes slik;

Det er mange typer ressurser rundt pasienten som blir benyttet. Sykepleieren erfarer at det blir aktivt brukt ulike yrkesgrupper utover sykepleieryrket, og at det aktivt søkes på hjelpemidler og ulike tilrettelegginger, og til og med nærmiljøet blir vurdert. Også familie regnes med som ressurs av sykepleieren der pasienten har dette i nærheten. Sykepleierne nevner også pasientenes egen ressurser, men i mindre grad enn de øvrige ressurstypene.

4.4 Autonomi

I dette kapitlet presenteres funn på områdene egenomsorg, respekt og selvstendighet, og også faktorer som omsorgsmakt, makt og tvang. I funnene som beskriver hva som påvirker innleggelse til sykehjem, kom det frem at det er flere faktorer som påvirker og utøver makt. Dette var blant annet pasienten selv, det var pårørende, og det var helsevesenet som alle hadde makt til å hindre eller fremskynde innleggelser.

Egenomsorg

I intervjuguiden ble det spurt etter om pasientene selv tar initiativ til tiltak som kan ivareta deres helsetilstand. Her kom det frem flere kommentarer der sykepleiere opplevde at pasienten selv bidro.

En av sykepleierne erkjente at de var med å sykeliggjøre pasienten, og dermed legge hindringer i veien for at pasienten skulle kunne ha en mest mulig grad av egenomsorg;

«Kreftpasientn som ikke tørr å reise på hurtigrutetur før æ har jo den stomien som hjemmesykepleien kommer og skifte på, det gjør nokka med livskvaliteten. Før at den ska være best mulig så bør de mestre mest mulig sjøl. Der det e mulighet før. Så det e veldig synd at det e telfella kor vi gjør pasientan meire hjelpetrænganes en det som e nødvendig. Vi redusere livskvaliteten rætt og slett. Med å ikke se mulighetan».

Her kom det frem både at flere pasienter hadde stor grad av egenomsorg og at helsevesenet bidro til dette, og det kom også frem at pleiere i andre tilfeller hindret pasienten i å ha omsorg for seg selv.

Selvstendighet

Sykepleierne vurderte at pasientene opplever større frihet i eget hjem, og at pasienten oppfatter sin selvbestemmelse redusert ved en sykehjemsinnleggelse.

Alle pasientene ble kartlagt, og det ble vurdert hva pasientene kunne klare å gjøre selv, og hva de måtte ha bistand til.

Pasienten ble oppfattet som at de tok egne valg, og hadde innflytelse over behandling og hverdag. Informantene opplevde flere ganger at pasienter ba om forandring av tidspunkt for tilsyn, eller at tjenestene ble tilpasset slik at pasienten selv kunne ha en større selvstendighet, for eksempel ved å ordne dosetter for lengre perioder ved fravær/ ferie.

Respekt

Sykepleieren opplever at pasienten bor hjemme, og pasienten gir tydelige signaler på at det vil han gjøre så lenge som mulig. Sykepleieren gir råd og veiledning, men respekterer pasientens ønske, og sykepleieren legger til rette slik at pasientens ønske kan oppfylles så langt som mulig.

Dette kom til uttrykk gjennom sykepleiernes forståelse av tillitt. Det ble oppfattet som viktig at pasientene hadde tillit til sykepleierne. Med tillit så kunne dialogen være åpen og baseres på respekt for pasientens ønsker.

Sykepleierne brukte tid og ressurser på å informere og motivere pasienter om ulike behandlingsalternativer. Det kom også frem at hvis pasienten ikke valgte det alternativet som sykepleieren anbefalte, så ble det respektert, men sykepleieren fortsatte å motivere og informere om den andre løsningen. Dette ble blant annet beskrevet rundt innleggelse på sykehjem, der pasienten ikke ville forlate sitt hjem, men fortsatt bo hjemme. I de tilfellene fortsatte sykepleierne å jobbe med pasienten med et mål å få den innlagt på sikt.

En av informantene var veldig tydelig på å respektere pasientenes grenser, og var bevist på å ikke overskride den; «*Men heile tia, æ trænge mæ aldri på, eh hh æ har litt vanskelig før å trænge mæ på, å æ jobbe ikje sån*».

Det kom frem at dette var et vanskelig tema, der det på ene siden var naturlig å hjelpe pasienten, og når han nektet, så ble det en motsetning mellom faglige anbefalinger fra sykepleieren, og pasientens ønsker; «*Selv om det e brukern til syvende og sist som bestemme sjøl*».

Omsorgsmakt

Alle sykepleierne som ble intervjuet beskrev dette med hvem som bidrar i bestemmelsesprosessen ved innleggelse til sykehjem. Det kom frem at det i liten grad var pasienten selv som fremmet ønske om å flytte til sykehjem. Pasienten selv ønsket ofte å bo hjemme hele livsløpet. Det ble opplyst at det var to andre grupper som i størst grad påvirket innleggelsestidspunktet til sykehjem, pårørende og helsevesenet selv.

Sykepleierne var bevist på at de utøvde omsorg. Flere var også innom både begrepet helsehjelp og det å gi omsorg. De var bevist på at som sykepleiere hadde de stor respekt og

tillitt fra pasienten, og opplevde at pasienten spurte dem om råd og veiledning. Ikke uvanlig ba pasienten sykepleierne om å bestemme, da han viste best som fagperson hva som var et fornuftig valg; «*Det e veldig sjelden at ikkje vi e enig før de stola på dæ som helsepersonell, de gjør det. Æ føle jo at æ har en veldig tillit hos pasientan*».

Sykepleierne erfarte dermed at de hadde et stort ansvar for helse og omsorgshjelpen, og de oppfattet at de fikk ta avgjørelser. Begrepet makt ble i liten grad brukt i svarene, og begrepet omsorgsmakt ble ikke brukt.

Men også pasienten hadde del i omsorgsmakten, og kan påvirke avgjørelsene.; «*Dæm bare nækte uansett. Å da bruke æ å ha dæm pårørende med på møtan når æ ser at det hær går ikke. Nå har vi prøvd sån å sån, og dæm nækte uansett. Så får det bli en diskusjon rundt bordet*». Her prøver sykepleieren først å ta det opp med pasienten, og når han nekter, så brukes forsøkes motstanden hos pasienten å omgås ved å dra inn pårørende i møter om situasjonen.

Makt

Pasientene nekter å dra til sykehjem, og vil bo videre i sitt eget hjem, og pårørende og sykepleierne i hjemmetjenesten bruker sin makt for å prøve å få dem innlagt. Denne makten er synbar ved gjentatt masing på pasienten om å flytte til sykehjem, ved å bruke legen som myndighetspåvirker ovenfor pasienten, samt å skremme pasienten med alt som kan gå galt, og det å ikke stille opp med tilstrekkelige tjenester i hjemmet. Pårørende blir involvert i møter hvis pasienten takker nei til tilbud om sykehjemsinnleggelse.

Pårørende ble nevnt av alle informantene, som en kilde til å kunne påvirke pasientene. Det ble erfart på pårørende både kunne utøve makt for å få mer ressurser til den hjemmeboende pasienten, og til å få den innlagt på sykehjem. Eksempel på maktbruk var gjentatt masing på pasienter og hjemmetjenester, det var bruk av lege, kontakt med politisk ledelse og gjentatte klager til ledelse på situasjonen. Det fremkom i liten grad av intervjuene formelle klager som ble behandlet opp mot for eksempel fylkesmannen.

Flere av sykepleierne var bevist på at de hadde makt, både i møte med pasienter og pårørende, men også at de hadde makt til å kunne påvirke innleggelse på sykehjem. De var bevist på at deres dokumentasjon og måte å legge frem saken på, ville påvirke om pasienten ble prioritert til sykehjem eller om den kunne bo hjemme enda en periode.

Tvang

Flere av informantene var innom temaet tvang, men beskrev at det var «noe annet». Flere beskrev også at de måtte avslutte planlagte behandlinger når pasienten nekter, og at det i de tilfellene ikke ble utøvd tvang.

Sykepleierne opplevde at pårørende på eget initiativ utøvde et meget stort press på pasientene, press for å få dem innlagt på sykehjem. Den ene beskrev det så lang at barna krenket sine foreldre for å få dem innlagt; «*Man kan jo oppleve at foreldran blir krænka av ungan sine*». I andre tilfeller så var det pleierne selv som inviterte pårørende inn i møter når pasienten ikke samtykket til innleggelse.

Ett mer direkte eksempel på tvang var at sykepleieren tilslutt bare fysisk tok pasienten i sin bil, kjørte vedkommende til sykehjem, og vedkommende ble da innlagt.

Det kom ikke frem at det var noen aktive tvangsvedtak som det ble arbeidet etter i hjemmetjenesten.

Ved kondenseringen for dette lange kapittelet som inneholde autonomi, egenomsorg og omsorgsmakt så ble det slik;

Flere pasienter bidrar selv til å ivareta sin helse. Noen ganger etter oppfordring og veiledning fra hjemmetjenesten. Mange pasienter klarer seg godt i eget hjem, og hjemmetjenesten respekterer deres ønsker og har et godt samarbeid med dem.. I noen tilfeller nekter pasienten å dra til sykehjem, og vil bo videre i sitt eget hjem, og pårørende og sykepleierne i hjemmetjenesten bruker sin påvirkningsmakt for å prøve og få dem innlagt. Denne makten er synbar ved for eksempel gjentatt masing på pasienten om å flytte til sykehjem, og ved å bruke legen som myndighetspåvirker ovenfor pasienten. I noen tilfeller blir pasienten boende hjemme, i andre tilfeller blir pasienten innlagt. Mange pasienter hadde liten grad av egenomsorg blant gruppen som ble innlagt i sykehjem.

5 Diskusjon

De fire temaene i oppgaven blir her diskutert. De fire ulike temaene er;

helsesvikt, hjemmesituasjonen, ressurser, og autonomi.

De drøftes her opp mot problemstillingen og noen av forskningsspørsmålene mine.

Problemstillingen min er;

«Hvordan vurderer sykepleiere i hjemmebasert omsorg grunnlaget for den gamle pasientens flytting fra eget hjem til sykehjem?».

Hvert av temaene er hver for seg og samlet med på å gi en innsikt i hvordan sykepleierne vurderer dette grunnlaget for innleggelse til sykehjem, og hvordan de har erfart ulike situasjoner og hendelser i sin jobb i hjemmetjenesten. Etter diskusjonen oppsummerer jeg dette i det siste kapittelet.

5.1 Helsesvikt

Den gamle pasienten er utsatt for helsesvikt, og kjennetegnes ikke bare av sin alder, men av kompleksiteten til helseproblemene (Wyller, 2015, s. 19). I intervjuene kom det frem en rekke ulike typer problemområder eller utfordringer som sykepleierne hadde opplevd, og jeg velger først å drøfte generelt om funksjonssvikt, deretter fokuseres det på de to områdene som var mest fremtredende i forhold til helsesvikten, nemlig ernæringstilstanden og en del sykdommer slik som demens-sykdommer, KOLS og ulike akutte sykdommer. Kreftsykdommer ble også nevnt, men blir ikke drøftet inngående her da det i flere tilfeller gis tilbud i eget hjem i et livslangt løp, og det tilbys i mindre grad sykehjemsopphold i de kommunene som ble undersøkt. Ved institusjonsinnleggelse for denne pasientgruppen var det ofte kortere tidsperspektiv, og ikke langtidsopphold.

I intervjuene kom det frem at det var i hovedsak den gamle pasienten som ble innlagt på sykehjem. Den gamle pasienten her er oppfattet som i alder mer en 70 år, i de fleste tilfellene var det nevnt alder opp mot 100 år (Daatland & Solem, 2011, s. 27). Det var unntak der det var for eksempel kreftpasienter som var yngre, men de ble som regel ivaretatt livslangt i eget hjem. Når den gamle pasienten ble vurdert slik at den måtte innlegges på sykehjem, var det grunnet en samlet vurdering med mange sammensatte utfordringer og sykdommer. Dette

stemmer med Wyller (2015, s. 20), og den gamle pasienten er nå også den geriatrike pasienten når sykehjemsplass blir vurdert.

Funksjonssvikt

Det kom frem mange beskrivelser av ulike funksjonstap. Det vises godt at det var sjelden kun ett problem, men at det var summen av flere problemer samtidig som bidro til at summen av svikt gjorde det vanskelig å bo hjemme, slik som dette sitatet fra en av informantene beskriver;

«Det e ofte kongnetiv svikt, dæm, vanskelig før å lage sæ mat , dæm, hælssa begynne å skrante, ja, dæm, når det ofte e kongnetiv svikt så , så, kjenne dæm ikkje på sultfølelsen heller , å da e det ikkje så nøye. Åsså e det på, så går det på at dæm har hælssa begynne å skrante, beinan dæm går dårlig, dæm klare ikkje å gå heller, vanskelig før å gå, , vondt i rygg, vondt i hofa».

Dette stemmer også med Wyller (2015) som beskriver at det er kompleksiteten som er ett av problemene med den geriatrike pasienten. Summen av de ulike sykdommer og plager gir en for stor belastning på pasienten, og til slutt så vurderer sykepleieren og ofte også de pårørende at dette går ikke lenger bra i eget hjem.

Det kom frem at det var både kroniske og akutte (Engtrø et al., 2015) funksjonssvikt som gav grunnlaget for institusjonaliseringen. Plutselig forverring av kjent sykdom slik som KOLS, eller for eksempel akutt hjerneslag gav begge i mange tilfeller behov for institusjonalisering, enten direkte fra eget hjem til sykehjem, eller via KAD/ sykehus (Kommunale akutte døgnplasser)(Den Norske Legeforening, 2014).

Sykepleierne beskrev at pasientene hadde ulik grad av funksjonssvikt, slik som dårlig til beins, klarte ikke gå trapper, klarte ikke å gå på wc osv. Dette var nevnt av alle informantene som en av grunnen til at det var vanskelig å bo hjemme. Her prøvde sykepleierne å iverksette tiltak slik som å søke om hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen, eller henviser dem videre til ergoterapeut for tilpasning av bolig. Det ble også koblet inn fysioterapeut for å kunne opprettholde, eventuelt forbedre det fysiske funksjonsnivået.

Ernæring

Her er ett av sitatene som beskriver utfordringer med ernæringsarbeidet;

«Han hær som bodde hjemme som egentlig sku vært på sykehjem han gjorde jo ikke så vældi mye for å ta vare på sæ sjøl, å du ser jo at han hadde vældi dårli ærnæringsstatus, ekstremt tynn, å på grunn av det blitt dårligere til beins å alt det hær sant».

Alle informantene hadde opplevd utfordringer med ernæringsarbeidet hos hjemmeboende. Det ble ikke spurt direkte i intervjuene om sykepleierne kjente til ernæringstrappen, men det fremkom ikke i intervjumaterialet at denne anbefalte modellen (Helsedirektoratet, 2012, s. 98) ble brukt systematisk i oppfølgingen av alle pasientene i ernæringsarbeidet. Men det ble nevnt at flere pasienter ble veid. Det ble ikke spurt direkte om det ble kartlagt med ernæringscreening rutinemessig, men sykepleierne hadde en vurdering av hvilke pasienter som var underernært.

Sykepleierne prøvde å iverksette tiltak, slik som å sette frem mat, oppfordre til større matinntak, smøre ferdig maten til neste måltid, tilby ferdigmat/ matombringning, men det syntes som at den ernæringsmessige situasjonen ikke nødvendigvis ble bedret. Det ble nevnt utfordringer med tidspress, og at sykepleierne måtte videre til neste pasient. Nergård (2015) beskriver i sin masteroppgave fra 2015 lignende funn i forhold til ernæringsarbeid i hjemmetjenesten.

Det kom ikke frem at det var ernæringsplaner på alle pasientene som ble ansett som underernærte, unntaket var kreftpasienter som ble ernæringsoppfulgt fra spesialistnivå, palliativ enhet. Anbefaling er å lage ernæringsplaner for de som er utsatt for underernæring, og gi dem en tett oppfølging som blant annet medfører veiging og ny vurdering etter en faglig vurdering (Wyller, 2015).

Informantene beskrev pasientene som for eksempel ekstremt tynn. Med anbefalingen om kartlegging, kunne ernæringskartleggings skjema blitt benyttet, slik som MNA skjema (Vedlegg nr 5) Da ville sykepleierne kunne beskrevet pasienten etter evidensbaserte scoringer, i dette skjemaet kommer pasienten ut med en av tre mulige tilstandsbeskrivelser, normal ernæringsstatus, risiko for underernæring eller underernært. Ved en slik screening vil det ikke være tvil om hvilke pasienter som er underernært, og som det er behov for å følge tett opp med tiltak. I dette skjemaet er det også viktig å bemerke at BMI (Body Mass Index, vekt/høyde x høyde) alene ikke gir svaret på om pasienten er underernært. Dette er viktig da

en pasient som kan synes å ha normal ernæringsstatus i forhold til BMI kartlegging alene, kan være underernært når de øvrige faktorene tas med. Det kan også være motsatte tilfeller der BMI er lav, men denne screeningen vil kunne gi normal ernæringsstatus. Verdt å huske at BMI for eldre anbefales høyere enn for normalbefolkningen for beste overlevelse (Wyller, 2015, s. 78).

Sykdommer

Flere av de pasientene som hadde blitt innlagt på sykehjem siste årene hadde kognitiv svikt. Det var ikke bestandig at legen hadde utredet og diagnostisert sykdommen som en demenssykdom, men sykepleierne oppfattet at pasienten hadde symptomer som tilsvarte demenssykdom.

Siden de færreste var diagnostisert, så var det heller ikke gitt en beskrivelse av hvilket stadier sykdommen var kommet i når innleggelse fant sted (Cummings, 2013). Her hadde det vært interessant å kartlegge hvor langt kommet sykdommen var når sykepleierne vurderte at det var nødvendig med sykehjem. Av svarene så kan det vurderes at de fleste er rundt stadium nr. 5 ved innleggelsen, varierende om de har mye privat omsorg eller ikke i eget hjem. Ett av sitatene som bidrar til denne tolkningen fremkom slik;

«Å åsså i forbindelse med demens hvis dæm begynne å gå ute, eller står i fare før å skade sæ hjemme. Så må dæm inn på sykehjem!».

I dette stadiet så er pasientene vanligvis fysisk relativt frisk, men familien og personene rundt opplever klart at pasienten har fått en demenssykdom. Pasienten selv har ikke innsikt i dette. Pasienten klarer å «skjerpe seg» en kort periode på noen minutter, kanskje en halvtime, noe som kan medføre at ved for eksempel en legetime så oppdages ikke sykdommen av helsepersonellet (Cummings, 2013).

Her er det viktig at sykepleierne tilpasser omsorgen til den enkelte. En anbefalt personsentrert måte å arbeide på er VIPS-modellen (Brooker, 2013). Ved å analysere mine funn sett opp mot hjelpespørsmål under hvert enkelt punkt i VIPS-modellen slik som Osen (2017) viser til i sin masteroppgave, så finner jeg flere interessante funn;

V) Det ser ut som organisasjonen bærer preg av at pasienten blir behandlet som unike enkeltindivider. Det er fokus på å tilrettelegge hjemmene i forhold til pasientens sykdommer. Arbeidsgiver synes å ha fokus på kompetanseheving, men det er svakheter ved organiseringen, og mangel på kompetanse deler av uken. Ledelsen synes å støtte sine ansatte i

møtet med pasienten.

I) Pasientenes individuelle behov blir forsøkt ivare tatt, og de bor i egne hjem med personlige klær og eiendeler. Det er meget begrenset med aktivitetstilbud til den enkelte, ikke alle pasienter har individuelle omsorgsplaner, og i noen tilfeller så sykeliggjøres pasienten unødig. Sykepleierne kjenner den enkelte pasients historie, og behandler hver enkelt individuelt.

P) Sykepleierne synes å ha stor evne til å sette seg inn i pasientens perspektiv, og de viser forståelse for den enkelte pasient. De har fokus på utredning og behandling av sykdommer som oppstår slik som for eksempel smerter og infeksjoner. Ved overgang til sykehjem blir ikke bestandig pasientens individuelle ønsker vektlagt.

S) Pasientene er ofte alene, hjemmesykepleien kommer innom. Deler av døgnet uten mulighet for aktivt tilsyn. Lokalmiljøet bidrar aktivt inn, venner og familie og nærbutikken. Liten tilgang på andre sosiale tiltak som dagsenter, støttegrupper eller andre organiserte tilbud. Sykepleierne behandler dem respektfullt, ingen funn av bruk av kallenavn eller andre negative funn.

Jeg ser her at hjemmetjenesten vurderer pasientene individuelt, men at organiseringen, og en del manglende eller lite utbygde tjenester må justeres for at alle deler av VIPS-modellen skal kunne bli brukt fullt ut i den personsentrerte omsorgen i hjemmetjenestene.

Blomstermodellen til Kitwood (1999, s. 90) prøver sykepleierne, kanskje ubevisst, å oppfylle ved å trøste den enkelte i sin sykdom, ved å møte dem som medmennesker, og ved å motivere dem til selv å delta i sin livsprosess. Men det fremkommer i intervjuene utfordringer med flere områder, pasientene har mistet mye av sin identitet, ofte er ektefelle, barn, jobb og kanskje den normale boligen tapt, og pasienten bor alene på en omsorgsbolig i ett nytt og fremmed landskap, uten kjente personer rundt seg. Det synes som nettopp manglende inkludering i samfunnet, ved de tapsopplevelsene som beskrevet, og manglende nye tiltak for å kompensere på dette, for eksempel tradisjonelt dagsenter, besøksvenner, nye digitale dagsenter eller andre løsninger, bidrar til at pasientene ikke opplever den kjærligheten som Kitwood beskriver som målet med denne modellen.

KOLS-pasienter ble nevnt av flere informanter. Der var det ikke bare sykdommen i seg selv, men multiple utfordringer, slik som nettopp den geriatriske pasienten opplever som var en problemstilling (Wyller, 2015).

Pasienten som ble omtalt av informantene hadde kombinerte utfordringer, både med psykiske utfordringer som depresjon og angst, og også tungpustethet (dyspné) som gav dem store

utfordringer i å håndtere dagliglivets utfordringer. Dette medførte at pleie- og omsorgsbehovet til denne pasientgruppen ble samlet sett stort, noe som kunne medføre institusjonalisering.

Wyller anbefaler rehabilitering av pasientene, og han mener at det kan både gi bedre overlevelse og funksjonsnivå, selv om sykdommen ikke er kurativ eller kan bedres. Røykestopp er også et tiltak han nevner for å hindre forverring, selv hos røykere over mange år. Informantene gav ingen opplysninger om at denne gruppen var spesielt utsatt for rehabilitering, det ble ikke nevnt hjemmerehabilitering eller rehabilitering på institutt eller institusjon som ett alternativ til sykehjemsinnleggelse.

Det var ikke et spesielt tema i intervjuguiden for å kartlegge polyfarmasi, eller dette med for eksempel samstemming av legemiddelkort mellom fastlege og hjemmetjeneste. Men det fremkom at det var et samarbeid mellom hjemmetjenesten og sykehus, og et samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegen. En av utfordringene var at ikke alle sykdommer, slik som demenssykdommer i tidlige faser, ikke ble utredet og diagnostisert, og pasientene fikk dermed kanskje ikke adekvat behandling for sine samlede sykdommer.

5.2 Hjemmesituasjonen

Boligen

Ett av hovedfunnene her var at boligene var dårlig tilpasset pasienten. Det er et mål at nye boliger bygges med bedre standard, og det er flere tilskuddordninger for utbedring av dagens boliger gjennom husbanken og folketrygdens ordninger (Meld. St. 29, 2012-2013, s. 100).

Informantene beskrev at boligen, inkludert området rundt slik som å hente ved i vedskjulet og hente post i postkassen ved vegen som faktorer som kan påvirke innleggelsestidspunktet. De gjennomførte flere tiltak for å kompensere på dette, slik som komfyrvakt, ordne dørterskler, skaffe hjelpemiddelsenger og så videre. Til tross for dette, så kom det til et punkt der tiltakene som hadde blitt iverksatt ikke var tilstrekkelig.

«Men samtidig så får man prøve å legge tilrette at han ska få bo hjemme lengst, at dæm ønske det at dæm liksom trives å har det bæst. Før et hjem e no et hjem. Jahh, men det e det dær, jahhh, æ tænke liksom på det dær yttre, men det e jo andre ting å. Hvis dæm begynne å bli heilt tiltakslaus, ehh, kun går på do hvis vi e dær, at dæm ikke

klare å røyse sæ, fare før brann, sant, det e jo de tingan. Kommer man seg ut, det skal man å kunne».

Sitatet ovenfor fra en av informantene beskriver godt dette med hvor viktig hjemmet er for pasienten, men også at sykepleieren ser begrensinger og risiko ved å fortsette og bo i dette hjemmet videre.

Pasientene selv ville fortsette å bo hjemme. Dette er forståelig når en ser på hva boligen i de små kommunen har betydd for pasienten gjennom kanskje hele dens liv. Her har pasienten minner og identitet, her har pasienten bodd med sin ektefelle, kanskje drevet småbruket, hjulpet til i nabolaget og har sterke bånd til sitt hjem og sin bygd.

Det kom ikke godt frem i resultatene, men det kan antas at det ikke nødvendigvis er mye kapital å hente ved å selge sitt hus, for eventuelt å kjøpe en leilighet eller ett nytt tilpasset hus i for eksempel kommunesentrum, eller i en by. Dette begrunnes med at husene som eventuelt må selges på den gamle gården forventes å ha en betydelig lavere markedsverdi, sammenlignet med kostnadene ved å kjøpe ett nytt hus i sentrum av en by, eller i kommunesenteret. Dette kan være en del av forklaringen på at de eldre i denne undersøkelsen lever i egen bolig helt frem til institusjonalisering, fremfor å bytte bosted tidligere i livsløpet.

Familie og pårørende forhold

Det fremkom stor grad av privat omsorg fra pårørende og venner. Pårørende og andre private hjelpere kunne være ektefelle, men også naboen eller en bekjent som av og til kom innom.

Ett sitat som beskriver hvordan sykepleieren vurderer familie og pårørendeforhold, viser hvor viktig den private omsorgen er for at den gamle kan bo i eget hjem lengre;

«Åsså at dæm ikje har pårørende nært som kan stille opp. Pårørende har åsså en del å si, før at dem ska, vest dæm ønske å bo i hjemmet lengst mulig. At dæm bor så nært at dæm kan steppe inn. Stikke inn og se, med hensyn på mat, gje mat, og ellers om dæm har nokka behov før hjelp, før vi i hjemmesykepleien vi, vi klare ikje å fange opp, så av og tel så e vi,, vi avhengig av pårørende, som skal ehh kunne se og hjelpe oss. Ja».

Her ser vi at mangel på pårørende kan bidra til tidligere institusjonalisering av den gamle hjemmeboende pasienten. Det var også eksempel på motsatt, at pårørende bidrog til at pasienten kunne bo hjemme lengre, «*Der, mi erfaring det er at det at pårørende må steppe inn en del, før at dem kan bo lenge mest mulig*». Privat hjelp fra familie, venner, bekjente og

pårørende hadde stor betydning for hvor lenge den gamle pasienten kunne klare seg i eget hjem.

Den private omsorgen i Norge er tilnærmet like stor som den offentlige helse og omsorgshjelpen (Meld. St. 29, 2012-2013) og med en slik størrelsesorden så har den stor betydning for hvor lenge pasientene kan bo i eget hjem. Sykepleierne beskrev at de aktivt jobbet sammen med pårørende, og lette etter ressurser og muligheter for at pasienten skal kunne bo hjemme lengst mulig. Ikke bare hos den nærmeste familien lette de, men også hos naboer og bekjente for å hjelpe med daglige utfordringer som hente posten eller handle på butikken. Det ble oppfattet at nære pårørende som ektefelle og barn, også bidro inn i helse og omsorgshjelp av mer privat art, slik som hjelp til å legge seg, eller personlig hygiene. Også dette med følge til fastlege og sykehus ble nevnt utført av pårørende.

Geografi

De små kommunene som ble undersøkt hadde lange geografiske avstander, og små kommunesentrum. Kommunene var stort sett bygd opp av småbebyggelser langs vegnettet, med en hvis opphopning i noen bygder, men de fleste bodde spredt geografisk. Sykepleierne hadde erfaring med pasientoppfølgingen av pasienter som bodde langt unna hjemmetjenestens base; «Å han bodde litt langt unna, det va veldig vanskelig å følge han opp».

Dette viser at det var vanskelig å følge opp pasienter når det ble lange kjøreavstander. Dette tolkes videre dit at hvis det er kortere avstand fra pasient til hjemmetjenestens base så er det lettere å følge den opp, og pasienten kan da få mer eller bedre tjenester, og kan dermed bo hjemme lengre. Vi ser dermed at avstanden fra pasient til hjemmetjenestebase er en faktor for når pasienten må flyttes til et høyere omsorgsnivå. Det kom ikke informasjon om avstander til sykehus var en faktor i forhold til innleggelse på sykehjem.

Geografien kunne også henge sammen med boligstandard, da den gamle kunne bo i den opprinnelige boligen på gården som kanskje var bygd rundt 2. verdenskrig, med byggestil der ofte wc og kanskje bad og soverom var på loftet, og vaskekjelleren var tilgjengelig kun utenifra. Dette kom frem ved at sykepleierne beskrev standarden på boligen som en utfordring.

5.3 Ressurser

Tilgang på institusjonsplasser

Det kom frem at det ikke sto ledige institusjonsplasser klar til å ta imot pasienter på kort varsel, og i de her kommunen var det sykehjems som var beskrevet. Dette kommer frem i blant annet dette sitatet fra en av informantene;

«Før d første e det jo ofte plassn, å det at det ikke e plass, fysisk, ehh, å da må man jo øke hjelpa hjemme, øke hjemmetjenesten, før vi har jo, det e klart det, det jo plass som sagt, d e ganske pressa, på sykehjem plass, åh da e d jo ofte, d e ikke bare å legge dæm inn, kan du si, da må man søke, ehh, først åsså må det vurderes å sånn, mene, så det e jo med plass, , ledige plasser, det e jo kanskje en utfordring, ehh, åsså kan d jo være, jah, d e vel kanskje den største utfordringa....».

Det har vært en utvikling der kommuner bygger sykehjemsplasser som i større og større grad nærmer seg boliger, og at omsorgsboliger i flere tilfeller titrerer mot institusjonsplasser (Meld. St. 29, 2012-2013). I min undersøkelse var fokuset på pasienter som bodde i egne hjem, og i utgangspunktet ikke i tilrettelagte boliger slik som omsorgsboliger.

Omsorgsboliger med eller uten bemanning er ofte beskrevet som egne trinn i kommunens omsorgstrapp, høyere rangert enn egen bolig. Informantene beskrev den gamle som bodde i eget hjem, og overgangen fra eget hjem til omsorgsbolig ble i enkelttilfeller opplevd som et unødvendig trinn, som kun utsatte institusjonaliseringen en kort periode, slik som denne sykepleieren informerte om i sitt svar;

«Men æ har inntrykk av at man skal være nokså , ehh behovet skal være nokså stort før du komme på sykehjem , ehh vi har jo d e jo ofte så, iverfall hær i kommunen at dæm blir fløtta først tel omsorgsbolig, åsså tel sykehjem, d blir e n mellom stasjon kan du si førdi som kanskje, kanskje de e før dårli tel å bo hjemme men litt før frisk tel å bo på sykehjemmet».

Dermed synes det som sykepleieren oppfattet dette trinnet i omsorgstrappen som lite hensiktsmessig. Det kom ikke godt frem hva sykepleieren menet med før dårlig til å bo hjemme, men for frisk til å bo på sykehjem, men det var tydelig en forståelse av «hvor dårlig» pasientene burde være før sykehjem ble aktuelt i kommunen som ble undersøkt.

På den andre siden kan dette oppfattes slik at hvis omsorgsboligene hadde blitt brukt, kanskje tidligere i forløpet, og eventuelt forsterket og brukt lenger i sykdomsutviklingen, så kunne presset på sykehjemsplasser blitt redusert.

Tilgangen på andre tjenester

Sykepleierne hadde erfart at det var behov for flere tjenester enn det som ble tilbydd. Særlig natt-tjeneste ble nevnt av flere informanter. Det ble oppfattet at det som hovedregel var bakvakt for hjemmeboende, ikke våkne tilstedeværende nattevakter. Dette ble nevnt som en av årsakene til institusjonalisering, når behovet for tilsyn på natt oppstod. En av sykepleierne beskrev det slik;

«Det er frustrerende når det er sån, når dem ikke får den hjelpa dem egentlig træng».

Sykepleierne oppfattet at det er viktig å bygge ut hjemmetjenesten slik at pasienter kan bo hjemme lengre. Økt satsing, blant annet med å skaffe døgnkontinuerlige tjenester slik som nattevakter vil kunne bidra i den retningen. Eksempel med seksdobling av tjenestetilbudet over natten (Døhl, 2011) fra fem til tretti timer i døgnet viser at det er potensiale for å bygge ut hjemmetjenesten betydelig før det er like ressurskrevende å gi helse- og omsorgstjenester i eget hjem i forhold til på et sykehjem.

Bemanning

Det er ulike helsepersonell som sammen bidrar til å gi helse- og omsorgstjenester til den hjemmeboende eldre pasienten. En av sykepleierne som ble intervjuet beskrev det blant annet slik;

«Vi har jo ergoterapeut i kommun. Som hjelpemidla, vi kobla inn ho. Vi har jo lege i forhold til medisina og oppfølging på sykdomsbildet. Vi har fysioterapeut som i enkelte tilfella kan komme hjem til pasienten. Og det er også et kjempefint teltak. Åsså har vi jo psykiatrisk spl som vi kobla inn hves det sku være nødvendig. Ser på resursa i nærområdet. Vi handla jo før pasientan en gang før uka, dvs pasientan eller vi ringe inn lista åsså henta vi inn vara å bringa heim til de som bor i nærheten av butikken, der bringa butikken hjem til de. En gang i uka. Prøva å bruke det som går ant, kartlegge ressursen i nærområdet rundt pasienten».

Her ser vi både nærbutikken, hjemmesykepleien, fastlegen, og øvrige helsepersonell som psykiatriske sykepleiere og fysioterapeut. Også ergoterapeut ble nevnt senere i intervjuet. Dette er alle sammen ulike ressurser som spiller på lag for pasienten.

Sykepleierne opplevde at de hadde mange kollegaer, og gode samarbeidsrutiner på sine arbeidsplasser. De planla samarbeidsmøter og tok kontakt med samarbeidene helsepersonell på dagtid, ukedager. Også sykehus ble kontaktet.

Bemanningen og kompetansen er i hovedsak samlet ukedager på dagtid. Flere av sykepleierne opplevde at det ble problemer på kvelder og helger når samarbeidene helsepersonell ikke var tilstede. Det ble nevnt både ledere, fastleger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, samt sykepleier kollegaer å kunne rådføre seg med.

Nattevakter manglet i sin helhet, slik at det ikke var aktiv hjemmetjeneste store deler av døgnet. Flere av informantene mente at ved aktiv tjeneste på natten, så kunne flere av pasienten bo hjemme lengre, og at denne manglende tjenesten var med på å fremskynde innleggelse til sykehjem.

Jeg ser her en klassisk organisering, der storparten av kompetansen er samlet ukedager, primært på dagtid. Her er fastlegen, psykiatrisk sykepleier, ergoterapeuten og lederne. På natt er det kun bakvakt, og i helgene og på kveldene er det mindre kompetanse tilgjengelig.

Det fremkom i mine intervjuer også behov for generelt mer bemanning på natt og i helgene, ikke bare kompetanseheving av allerede tilgjengelige personer i bakvakt eller på ordinær vakt. Ved utlysning av stillinger var det utfordring med å skaffe nok søkere, og særlig i perioder med ferie og høytider så ble store deler av den ordinære bemanningen erstattet av ansatte uten den formelle helsefagutdanningen som bemanningsplanene tilså, slik som sykepleier eller helsefagarbeider. Sykepleierne erfarte at denne kompetanseutfordringen var medvirkende til tidspunktet for når pasienten ble innlagt på institusjon.

Det ble beskrevet behov i Helse-Norge 2040 (Eggen, Røtnes & Steen, 2018) behov for mer kompetanse pr i dag, både helsefagarbeidere og sykepleiere med videreutdanning. Med et fremtidsperspektiv på bemanning og tilgang på kompetanse så beskriver rapporten en tilnærmet dobling av behovet for helsepersonell frem mot 2040. Når det allerede i dag er store utfordringen med å skaffe tilstrekkelig kompetanse, vil det uansett hvilket av de ulike framtidsscenario som er beskrevet i Helse-Norge 2040 som inntreffer, være enorme utfordringer for kommuner å skaffe tilgjengelig arbeidskraft.

Jeg ser her en stor utfordring, allerede nå i dag er det behov for mer kompetanse i hjemmetjenesten, men det er lite tilgjengelige ressurser å skaffe ved utlysning av stillinger. Det er store behov på kveld og natt, og særlig helger er sterkt svekket i forhold til ukedager når det er mange flere og ulike helsepersonell tilgjengelig. Dette ble forsterket ved utskrivingspolitikken fra sykehusene i nærområdet, slik som denne sykepleieren hadde erfart;

«Det æ ofte oppleve dette i hælgen det e, ting skjer ofte i helgen på kvellan, de gangan æ jobbe, så e det når som kanskje jahh, man kommer på jobb en fredags ettermiddag, kanskje har vi en ny bruker, kanskje har vi en bruker som e blitt dårligere. Man ser her e det en funksjonssvikt på gang å man ser det at den hær han kan ikke være hjemme i helga, med den bemanning vi har».

5.4 Autonomi

I mine funn kom det frem at det er tre viktige parter som har myndighet til å påvirke tidspunktet for eventuell overgang fra hjemmebaserte tjenester og til sykehjem;

1. Pasienten (Pasienten eller brukeren selv).
2. Pårørende (Ektefelle, samboere, barn eller andre pårørende).
3. Pleiere (Helsepersonell som lege, sykepleiere med flere, både i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten).

I dette kapittelet diskuteres forhold rundt hvem som er med å bestemme innleggelsestidspunktet, og hvem av de tre partene som i størst grad er med å påvirke tidspunktet for innleggelsen.

Mestring

Hvor godt mestrer pasientene sin hverdag? Mestring kan plasseres i et felt mellom pasienten og omgivelsene (Daatland & Solem, 2011, s. 99), og her er pasientene i vante omgivelser, sitt eget hjem som de sannsynligvis har levd og bodd i årtier. Det var varierende i hvordan den gamle mestret sin hverdag i eget hjem. Her en god beskrivelse av nettopp denne bredden i pasient gruppens evne til å mestre sin hverdag; *«Vældig variabel. Når e kjempeflenk å tenke over, det kan være små detalja korsk de best kan klare sæ sjøl . Ligg i forkant».*

Her har sykepleieren erfart at noen av de gamle pasientene mestrer situasjonen veldig godt, andre mestret den kanskje dårligere. Det kan dermed se ut som sykepleierne erfarte at pasienten mestret hverdagen sin så lenge de bodde i hjemmet.

Ved overflytting til omsorgsbolig så var det tilfeller der dette ikke fungerte så godt som sykepleierne hadde trudd på forhand; *«Ho ble jo flytta over tel omsorgsbolig, eller det ble søkt om en omsorgsbolig tel ho , så ho kom jo inn på omsorgsbolig, men ting ble jo enda verre da».* Her erfarte sykepleieren at det kom en forverring etter at pasienten ble flyttet, men

det var en forventning at pasienten skulle få det bedre ved å endre omsorgsnivå til omsorgsbolig.

Selvstendighet

Det ble erfart at pasientene var selvstendige, og de hadde egne meninger og ønsker. Sykepleierne erfarte at pasientene ønsket som regel selv å bo hjemme.. Ønsket fra pasientene om å bo hjemme lengst mulig kom godt frem i dette sitatet; *«Det e sykepleieran som tar, ehh nei, det va kanskje dumt sagt. Som regel så e det hjemmesykepleien, men av og tel pårørende. Pasienten sjøl, nei de vil bo hjemme lengst mulig»*. Her ser det ut som at det klart er helsevesenet selv, i dette tilfellet sykepleierne som tar initiativ og påvirker pasienten til å bytte omsorgsnivå. Deretter er det pårørende som påvirker, mens pasienten selv ønsker å bo hjemme. Dette er i stor kontrast til de målsettinger med at pasienter skal få mulighet til å bo hjemme lengst mulig, som vi finner i de fleste omsorgstrapper og helse og omsorgsplaner i det meste av kommune Norge (Prop. 99 L, 2015-2016). Nå skal det understrekes at helse- og omsorgsplaner for de kommunen som ble undersøkt, ikke er tatt med i denne oppgaven av hensyn til personvernet.

Pasientene beskrev at de var redd for at de ved innleggelse på sykehjem ikke lengre kunne være like selvstendig og uavhengig som når de bor hjemme. De var redd for at de ble mer ufri, og at de blir hemmet i sin selvstendighet og uavhengighet når de kommer på sykehjem; *«Da har ho sine rutina, sine arbeidsmål, å kan gå ut når ho vil, ho trur ikje ho kan gå ut når ho e hær, men ho føle sæ friar hjemme, enn når ho e hær»*. Denne oppgaven har ikke fokus på hvordan situasjonen for pasienten er i sykehjem, men erfaringene til sykepleierne i hjemmetjenesten. Her kommer det frem en redsel om tap av selvstendighet og frihet ved institusjonalisering. Her fremkommer utryggheten om hvordan det er å være pasient i sykehjem, en institusjon. Institusjoner, slik som sykehjem, er ofte en totalinstitusjon der pasienten får alle sine tjenester i sykehjemmet. Muligheten for å være utenfor institusjonens fire vegger er ofte svært begrenset (Goffman, 1967). Det er flere tiltak som kan iverksettes for å dempe eller fjerne de negative egenskapene med slike institusjoner. Livsgledesykehjem (Livsgledehjem, 2008) er ett slikt verktøy som kan brukes for gi mer frihet utenfor institusjonene, og dette konseptet gir en mer personsentrert omsorg (Brooker, 2013) der pasientenes unike behov blir kartlagt og forsøkt dekket i større grad enn tradisjonelle totalinstitusjoner. Det kom ikke frem i mine intervjuer hvordan kommunenes sykehjem jobbet med denne problemstillingen.

Respekt

Når pasienten vil bo hjemme, og i noen tilfeller mener sykepleieren og pårørende at pasienten må institusjonaliseres, hvordan respekterer de pasientens ønsker? Det var mange gode sitater der pasientens autonomi ble respektert av helsepersonell, og her er ett som viser at pasientens ønsker blir fulgt, og det hindrer helsevesenet i å institusjonalisere pasienten; *«Så med det æ snakka om i sta, at dæm ikke vil, at person, brukern sjøl nekter, selv om behove e dær, så nækte dæm. Å det det har stoppa oss mange ganga fra å få en bruker inn som har et, vi vet han har ett behov før sykehjemsplass, men han vil ikke»*. Her ser vi at den profesjonelle sykepleieren har vurdert at det er behov for sykehjem, det blir tilbudt sykehjemsplass, og pasienten motsetter seg helsehjelpen. Her stopper da prosessen opp, og pasienten får fortsette å bo i eget hjem, og helsevesenet respekterer at pasienten velger andre løsninger en sykepleierens.

Dette er et godt eksempel der sykepleieren har vurdert at pasienten, gitt situasjonen pasienten befinner seg i med sine sykdommer, sitt hjem, sine ressurser og sine pårørende, trenger å flytte til sykehjem etter en totalvurdering fra helsepersonellet, men pasienten nekter. Her respekterer sykepleieren ønsket til pasienten, til tross for at det ser ut som det er faglig uansvarlig og fortsatt bo i dette hjemmet.

Løsningen som kom lenger frem i intervjuet, var å organisere tjenestene bedre rundt pasienten (Kitwood, 1999) og sykepleierne prøver å legge til rette med dialog og nærhet til pasienten, og dette er den organisasjonsformen som Kitwood anbefaler.

Omsorgsmakt

Helsevesenet med sine profesjoner har mye makt. (Juritzen & Heggen, 2006) som den kan, bevist eller ubevist bruke i møte med pasientene. Dette er en av informantene veldig oppmerksom på, noe som kommer frem her; *«Dæm ser jo veldi opp tel, tel sykepleieran, Det e du som e sykepleier, du veit jo, du har sekkert svar på det her å, ja, Så dæm ser jo opp, ja opp å opp tel en sykepleier»*.

Høyt verdsatt er denne sykepleieren sett fra pasientens sted. Pasienten ser opp til den profesjonelle sykepleieren som har kompetanse og oversikt, og vet best hva som er den beste behandlingen for pasienten. Ved overgang fra velferdsstat til konkurransestat så svekkes profesjonenes makt (Beedholm & Frederiksen, 2015). I denne oppgaven synes det ikke som at

profesjonenes makt er svekket. Pasienten ser opp til den profesjonelle sykepleieren og ber den profesjonelle ta avgjørelse siden den vet best. Dermed synes det som at pleieren i dette eksempelet er den som sitter med omsorgsmakten og myndighetsavgjørelse i forhold til hvilke tjenester som blir drøftet og iverksatt.

Juritzen (Juritzen, 2013) beskriver omsorgsmakt ikke bare som noe negativt, men også som noe positivt, han beskriver makt som en produktiv, kreativ og skapende kraft. Det at pleieren her tydelig har omsorgsmakt trenger dermed ikke være negativt, men kan være positivt. For å få det positivt er det en forutsetning at handlingen er til det beste for pasienten. Han beskriver at pleiere bruker «list og lempe» og andre typer teknikker for å komme rundt motstand hos pasientene, som ikke oppfattes som omsorgsmakt av pleieren selv. Juritzen derimot er kritisk til den oppfatningen, og mener at makten ikke kan legges igjen utenfor døren, slik at pleieren faktisk bruker sin omsorgsmakt for å gi den pleie og omsorg som pleieren mener er den riktige.

Denne ene informantene var bevist på sin omsorgsmakt, men ikke alle informantene beskrev dette fenomenet med samme forståelse. En annen informant beskrev at sykepleierne i større grad tok avgjørelser, ikke nødvendigvis i samsvar med pasientenes ønsker; «*Ja nån gang så må du ta avgjørelsa dær og da, hjemme hos pasienten*».

Juritzen beskriver at enkelte pleiere oppfatter først maktbruk når de beskriver bruken av tvang. Her oppfattes det av pleierne noe som «*vekker ubehag og fremstår som uønsket*» (Juritzen, 2013). En utfordring i hjemmetjenestene her er at sykepleierne dermed kan gå rundt ubevist å bruke mye (omsorgs)makt, fordekt under beskrivelse pleie og omsorg, uten at de selv er klar over at det er det de faktisk gjør.

Makt

Denne overgangen til når de fleste pleierne oppfatter at de faktisk bruker makt, kom frem hos en av informantene; «*Vi har jo egentlig stor makt, eh, å bestemme, kær som skal hit, og kær som ikke skal hit. Jahh, kanskje feilt ord. Dumt ord*». Dette sitatet beskriver at pleieren er bevist at de er gitt stor makt. Pleieren er gitt makt form av sin profesjon og stilling, og er en av de som dermed har makt til å bestemme hvem som skal innlegges på sykehjem, og hvem som fortsatt skal bo hjemme. Juritzen (2013) beskriver at denne makten er tilstede hele tiden, uansett hvor bevist pleieren er den eller ikke. Dette gir et potensiale for at pleiere som har

makt, risikerer ubevist å bruke sin makt for å få gjennom sine egne mål for pasientene, uten at dette nødvendigvis faller sammen med pasientenes mål.

Pårørende til pasienten har også makt til å påvirke både helsevesenet og pasienten selv. Dette hadde sykepleierne erfart, og en av beskrivelsene var slik; «*Før de (Her: Pårørende) kan også legge press på hjemmesykepleien. De vil ha de inn på sykehjemmet så fort som mulig før de er utrygg i sin situasjon med tanke på at mor eller far er hjemme aleina.*» Det kom frem at dette «presset» kunne være bestående av for eksempel trusler om å kontakte media, kontakte andre (Andre: Tolket av meg her som for eksempel fylkesmannen, hyppige telefoner til ledere, ordførere og rådmannen i kommunen) og generelt lage uro og kunne sette også pasienten opp mot hjemmetjenesten.

Tvang

Maktbruken som ble oppdaget i intervjuene titrerer mot tvangsbegrepet. Det kom frem beskrivelser der pleierne gjennomførte tiltak som kan oppfattes som tvangsbruk etter kapittel 4A i (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) «*Å demensen tok om seg, sån at tel slutt så kom det en dag kor vi bare måtte ta pasienten med å kjøre ho på sykehjemmet. Men da hadde de plass ved sykehjemmet, tel ho. Æ veit ikje kor mykje i detalj æ ska gå, men....*». Pleierne beskrev i liten grad direkte bruk av tvang. Det kom ikke frem at det var aktiv bruk av tvang, hverken med eller uten vedtak etter helse og omsorgslovene kapittel 4A eller pasient og brukerrettighetsloven i hjemmetjenesten. I dette eksempelet ovenfor er det sykepleierne som har gjort en vurdering av pasienten, at behovet er tilstede for sykehjemsplass, og det er sykepleieren som legger pasienten inn. I dette intervjuet kom det frem at pasienten selv ikke ville, pasienten ville bo hjemme. Her i dette tilfellet er det dermed helsevesenet, ved sine sykepleiere i hjemmetjenesten som er den største pådriveren for å institusjonalisere pasienten, i dette tilfellet mot pasientens ønsker.

6 Oppsummering

Jeg hadde tema overgangen fra hjemmebasert helse og omsorgstjeneste til innleggelse på langtidsopphold institusjon for den gamle pasienten, og problemstillingen hvordan vurderer sykepleiere i hjemmebasert omsorg grunnlaget for den gamle pasientens flytting fra eget hjem til sykehjem.

Sykepleierne jeg intervjuet hadde lang erfaring fra hjemmetjenesten. De kom med vurderinger, og i denne oppgaven ble de sortert på temaer. Alle temaene bidrar i en eller annen grad til grunnlaget for vurderingen av flyttingen fra den gamle pasientens hjem til i dette tilfellet sykehjem. I denne oppsummeringen har jeg valgt å skrive litt under hvert av temaene, da jeg har prøvd å ha denne strukturen gjennom hele oppgaven.

Helsesvikt

Jeg fant at helsesituasjonen hadde stor betydning for når pasientene måtte innlegges på sykehjem. Sykepleierne vurderte at helsen til den gamle pasienten var av avgjørende betydning for om pasienten kunne fortsette å bo hjemme, eller om det var behov for ett høyere omsorgsnivå.

Helsesvikten bestod både av akutte situasjoner som inntraff, slik som hjerneslag og infeksjoner, og mer subakutte og kroniske lidelser som underernæring, KOLS og kognitiv svikt. Generell alderssvækkelse ble også funnet, og dette med at pasienten ikke lengre klarte å komme seg på sitt wc, eller ikke lengre klarte å gå ut og hente sin avis om morgenen uten bistand, ble tatt med i vurderingen om når pasienten måtte innlegges på sykehjem.

Nettopp dette at det ikke bare er en enkelt sykdom som er hovedproblemet, er ett av kjennetegnene til den geriatriske pasienten, og det kom tydelig frem i intervjuene (Wyller, 2015).

Medikamentlister som ikke ble samstemt mellom tjenesteenheter og behandlingsnivåer var en problemstilling som sykepleierne hadde erfart. Også dette med at ikke alle sykdommer ble utredet og diagnostisert tidlig nok, slik at pasientene ikke fikk optimal behandling for sine mange samtidige sykdommer. Dette gjaldt særlig demenssykdommer som fastlegen ikke var god på å fange opp og utrede/ behandle.

Hjemmesituasjon

Alle informantene beskrev at hjemmesituasjonen hadde betydning for innleggingstidspunktet fra eget hjem til sykehjem. Sykepleierne vurderte den enkelte pasients hjemmesituasjon i forhold til både selve boligen, familie og pårørendesituasjonen og den geografiske plasseringen av boligen i forhold til for eksempel hjemmetjenestens kontorer, butikker og også pårørende eller i enkelte tilfeller frivillige.

Både geografiske avstander, og utforming av boligene er funnet som viktige faktorer i sykepleiernes vurderinger for når pasienten må innlegges i sykehjem.

Det kom frem at det var av stor betydning om pasienten hadde pårørende som bidro i hjemmet. Pasienter med pårørende kunne bo hjemme lengre, og i noen tilfeller i et livslangt løp. Også nettverk rundt pasienten, inkludert lokalbutikker og naboer bidro inn som en faktor på hvor lenge den gamle kunne leve utenfor sykehjem.

Ressurser

Det ble ikke undersøkt hvor mange timer hjemmebasert omsorg pasienten hadde før overgang til sykehjem, men med informasjon om at det ikke var aktiv nattjeneste, samt at det var begrenset med ressurser på kveld og helger, så ble det oppfattet at det var lite ressurser knyttet til den enkelte pasient i hjemmetjenesten. Dette var klart en viktig faktor for at pasienter måtte legges inn på sykehjem.

Det kom frem ønsker om styrking av tjenestene fra sykepleierne, og det fremkom at det var betydelig større ressurstilgang i «vanlig kontortid» i ukedager, og når kveld, natt og helger kom så var det betydelig lavere tilgang på helsepersonell. Dette ble nevnt flere ganger, og denne «gamle» måten å organisere helse og omsorgstjenestene (Kitwood, 1999) på, det vil si at det var kontortiden som er bemannet opp, det ble i liten grad lagt til ny ressurser ved nye behov, standardløsninger ble valgt, og ved større behov utover det så måtte «døgntjenesten», i dette tilfellet sykehjemmet overta. Dette er et overraskende funn etter samhandlingsreformen som kom i 2012 (Meld. St. 47, 2008-2009), altså nå seks år siden, at kommunene ikke i større grad har bygd ut bedre døgntjenester også i hjemmebasert omsorg. Selve reformen ble varslet i 2009. Det fremkommer også i andre planverk at dagens krav er å organisere tjenestene med pasienten i fokus, og at organiseringen må være på en slik måte at pasientene kan bo hjemme lengst mulig (Demensplan, 2020). Jeg fant at sykepleierne ønsket

en organisering som gav bedre tilgang på ressurser, særlig i helger, kvelder utenfor «kontortid». Sykepleierne vurderte dermed at dagens organisering av hjemmetjenestene var bidragende til innleggelsestidspunktet.

Autonomi

Her var det en bredde i sykepleiernes erfaringer og forståelse av hvor stor grad pasienten mestret sin egen hverdag, og i hvor stor grad helsevesenet måtte inn og bidra for å hjelpe pasienten.

Det kom frem at det var helsevesenet selv, i stor grad ansatte i hjemmetjenestene eller fastlegen som bidrog til at pasientene ble institusjonalisert. Pasienten selv ønsket i de aller fleste tilfellene å bo i sitt eget hjem så lenge som mulig. Pårørende var også en faktor som kom inn, men hvis jeg skulle rangert hvem av de tre aktørene som bidrog mest til institusjonalisering så vinner helsevesenet, og på siste plass kommer pasienten. Dette er litt spesielt, særlig med tanke på at pasientenes ønske er å bo hjemme lengst mulig, og offentlige styringsdokumenter (Prop. 99 L, 2015-2016) er at pasientene skal bo hjemme lengst mulig, mens det offentlige helsevesenet er den faktisk største pådriveren til innleggelser, etter mine funn.

I forlengelsen av hvem som har makt og myndighet, kom det frem at sykepleierne har stor omsorgsmakt, og har samtidig stor respekt fra den gamle pasienten. Dermed har sykepleierne, faktisk hele helsevesenet, bevist eller ubevist stor makt til å påvirke når pasienten skal innlegges på sykehjem. Sagt på en annen måte, hvis den omsorgsmakten var blitt brukt motsatt, ville det kanskje bidratt til færre sykehjemsinnleggelser, og større grad av oppfyllelse av de fleste hjemmeboende pasienters ønske; Jeg vil bo og leve i mitt eget hjem. Jeg fant at sykepleierne vurderte at de hadde meget stor grad av påvirkning av når omsorgsnivået måtte endres fra hjemmebasert omsorg til sykehjem.

Sluttord

Jeg fikk stillet litt av min nysgjerrighet på hvordan sykepleiere i hjemmebasert omsorg vurderer grunnlaget for overflytting fra eget hjem til sykehjem for den eldre pasienten. Dette skjæringspunktet finner jeg viktig, særlig i planleggingen av fremtidens omsorg, der ett av spørsmålene er hvem som skal bo på institusjoner, og hvem som skal bo hjemme i fremtiden.

Sykepleierne jobbet godt og samvittighetsfullt med pasientgruppen, og er avhengig av rammene rundt for å gi gode tjenester. Dette gjelder både rammer innen egen kommunehelse slik som tilgangen på tilstrekkelig kompetanse innen godt utdannende helsearbeidere som sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere, gjerne med etter og videreutdanning, sykehjemsplasser, legetjenester, rehabilitering og habiliteringstjenester og enklere tiltak som matombringing og trygghetslarmer. De er også avhengige av et godt fungerende samarbeid med spesialistnåvået for utredninger, behandlinger og veiledning av kommunehelsetjenesten. Særlig viktig her var god samhandling ved inn- og utskriving. Dette viser at den totale organiseringen av hele helse og omsorgstjenesten, sammen med frivillig hjelp er avgjørende for når pasienten må innlegges på sykehjem. Sykepleierne oppfattet at de hadde for få ressurser til å gi den beste helse- og omsorgstjenesten i pasientens egne hjem, særlig i deler av uken, som bidragende til sykehjemsinnleggelse.

Jeg hadde noen forskningsspørsmål, og der har jeg fått noen av sykepleierens vurderinger og hvis jeg skulle jobbet videre, var spennende og aktuelle temaer dette med utredning og oppfølging i hjemmetjenesten i forhold til ernæringsarbeid, polyfarmasi og hverdagsrehabilitering/ motivasjon til egeninnsats. Også dette med hvem som i størst grad påvirker selve innleggelsestidspunktet av de tre hovedaktørene, pasienten, pårørende eller helsevesenet er aktuelle temaer som kunne bli fulgt opp i ett eventuelt videre arbeid. Dette er et viktig tema fordi det er forventet stort press på helse og omsorgstjenester fremover (Eggen, Røtnes & Steen, 2018). Organiseringen ville vært særlig spennende å forske videre på, er det bedre måter å organisere vår samlede helse og omsorgstjeneste på slik at pasienten blir løftet opp og satt i hovedfokus, og at tilgangen på nødvendige ressurser er like god i helger som i ukedager i kontortiden?

Sykepleierne gav meg noen nyanser om den gamle pasienten i hjemmebasert omsorg. Jeg ser at hvis det hadde vært flere informanter så ville det kunne komme frem flere nyanser og erfaringer. Også dette med at jeg i liten grad kom med tilleggsspørsmål under intervjuene, gav

nok et snevrere materiale enn ved mer aktiv oppfølging. Min forforståelse har også med sikkerhet preget utformingen av tema, problemstilling og min utforming av intervjuguiden. Også i analysen og videre diskusjon så har nok min sykehjemserfaring preget min oppgave, selv om jeg har prøvd å være den bevist.

Helt til sist så nevner jeg at Regjeringen melder en ny reform nå to dager før min innlevering av oppgaven, som har fokus på eldre (Meld. St. 15, 2017-2018). Hvis denne reformen hadde kommet tidligere i oppgaveløpet, så ville den blitt tatt med i dette arbeidet. Men jeg velger å nevne den da den forventes å bli viktig i årene fremover.

Referanseliste

- Beedholm, K. & Frederiksen, K. (2015). Professioner og verdier i bevægelse: Når målet er det aktive patientskab. *Michael*, 12 (2), 153-66.
- Bjørneboe, G.-E. (2018). *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/BMI> [Lest 1.4.2018].
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg : veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Forl. Aldring og helse.
- Cummings, T. (2013). *Untangling Alzheimer's: The Guide for Families and Professionals (A Conversation in Caregiving)*. The Dementia Association LLC.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Demensplan. (2015). *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Demensplan. (2020). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Den Norske Legeforening. (2014). *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*.
- Døhl, Ø. (2011). Flere sykehjemsplasser løser ikke eldrekrisen. *Mandag Morgen*, Nr. 14, 11. april 2011, 6-9.
- Eggen, F. W., Rønnes, R. & Steen, J. (2018). *Helse-Norge 2040 - Hvordan vil framtiden bli?* Helsedirektoratet: Samfunnsøkonomisk analyse AS.
- Eilertsen, G. (2000). Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* (3), 136-159.
- Engtrø, E. et al. (2015). 1 utg. I: Kittang, B. R. (red.). *METODEBOK FOR SYKEHJEMSLEGER* Bergen Kommune: Etat for alders- og sykehjem Avdeling for sykehjemsmedisin. Tilgjengelig fra: <http://sykehjemshandboka.no/generell-del/funksjonssvikt> [Lest 02.02.2018].
- Folkehelseinstituttet og KS. *Gode pasientforløp*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/> [Lest 31.03.2018].
- Forskrift om IPLOS-registeret. (2006). *Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204?q=iplos> [Lest 30.03.2018].
- Fugelli, P. (2016). Snillheten i Norge er truet. Her er fire fiender. *Aftenposten*. Tilgjengelig fra: https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/1qO7l/Snillheten-i-Norge-er-truet-Her-er-fire-fiender--Per-Fugelli?spid_rel=2
- Furunes, E. W. & Trovåg, E. O. (2018). Mange må gå doble og triple skift i isolerte samfunn: – Situasjonen er alvorleg. *NRK Finnmark*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/finnmark/mange-ma-ga-doble-og-triple-skift-i-isolerte-samfunn--situasjonen-er-alvorleg-1.13987121>
- Føllesdal, D. & Walløe, L. (2002). *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. 7. utg., 2. oppl. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Oslo: Pax.
- Gjevjon, E. R. & Romøren, T. I. (2010). *Vedtak om sykehjemsplass : hvor høye er tersklene?*, b. 2010 nr. 10. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik, Senter for omsorgsforskning, Øst.
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske : den totale institution socialt set*. Asylums. København: Paludan.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> [Lest 30.03.2018].
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken : Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2015). *IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personel1%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf> [Lest 14.04.2018].
- Helsedirektoratet. (2017). *Ernæring i helse- og omsorgstjenesten. Status, utfordringer og eksempler på gode tiltak kunnskapsgrunnlag for Ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hov, J. (2015). *"De får han aldri" : om erfaringane til pårørende og pleiepersonalet og det som står på spel i møtet mellom heimeverda og sjukeheimsverda*. [Ph.d] Bodø: Universitetet i Nordland.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Juritzen, T. I. & Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt ; relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36 (3), 61-80.
- Juritzen, T. I. (2013). *Omsorgsmakt : Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem*. [Ph.d] Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Kettilsen, T. (2016). *Samhandlingsutfordringer i utskrivelsesprosessen*. [Masteroppgave] Oslo: Lovisenberg diakonale høgskole.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række*. Dementia reconsidered : the person comes first. Frederikshavn: Dafolo.
- Kunnskapsdepartementet. *Norsk senter for forskningsdata (NSD)*. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no> [Lest 21.05.2017].
- Kunnskapsdepartementet. *Norsk senter for forskningsdata AS* Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no> [Lest 6.5.2017].
- Lillemoen, L. (1997). "Sykepleieren som moralsk aktør" : hvilke etiske dilemmaer beskriver sykepleiere at de står overfor i relasjon til den aldersdemente pasient? : hvordan vurderer og handler de for at praksis skal være moralsk? *Vård i nord*, 3/99. publ. no. 53 vol. 19 no. 3 11-17.
- Lin, S. W. et al. (2015). New indices for home nursing care resource disparities in rural and urban areas, based on geocoding and geographic distance barriers: a cross-sectional study. *Int J Health Geogr*, 14, 28. 10.1186/s12942-015-0021-9
- Livsgledehjem. (2008). *En nasjonal sertifiseringsordning for sykehjem og boliger med heldøgns omsorg*. Tilgjengelig fra: <https://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/> [Lest 1.4.2018].
- Loeser, W. D. & Dickstein, E. S. (1979). Avoiding diagnostic errors in admitting patients to a nursing home. *J Am Geriatr Soc*, 27 (12), 558-9. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/512285>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. 15. (2017-2018). *Leve hele livet, En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rettbehandling–på rett sted–til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nergård, I. (2015). *Ernæringsarbeid i hjemmetjenesten. Hvordan jobber helsepersonell i hjemmetjenesten med ernæringsarbeid knyttet til eldre pasienter?* [Masteroppgave] Tromsø: UiT Norges arktiske universitet.
- Nilson, B. (2007). Gadamer's hermeneutikk. *Sykepleien Forskning*, 1(4), 266-288. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/gadamer-hermeneutikk>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. 2. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Osen, E. C. K. (2017). *Personsentrert omsorg for personer med demens i Norge i 2016*. [Masteroppgave] Bergen: Universitetet i Bergen.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [Lest 30.03.2018].
- Prop. 99 L. (2015-2016). *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester– kriterier og ventelister)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Qian, S., Yu, P. & Hailey, D. (2015). Nursing staff work patterns in a residential aged care home: a time-motion study. *Aust Health Rev.* 10.1071/AH15126
- Rønning, R., Schanke, T. & Johansen, V. (2009). *Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen*: Lillehammer: Østlandsforskning.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *KOSTRA faktaark* [Database offentlig]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/a/kostra/stt/velg.cgi?f=K1393572392P16832> [Lest 11.03.2018].
- Sørensen, N. Ø. (2015). Pårørendeskole–Marte Meo Metode som magt teknologi. *Michael*, 12/2/2015 (2/15), 195-210.
- Winther, F. Ø. (2017a). Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/autonomi> [Lest 19.11.2017].
- Winther, F. Ø. (2017b). Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/geriatri> [Lest 28.01.2018].
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici : En medisinsk lærebok*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg nr 1 Meldeskjema til NSD (Norsk senter for forskningsdata)

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	Les mer om hva personopplysninger er. NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Hvis ja, hvilke	Spørsmål om helse, sivilstatus osv	

Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjekttittel		
Prosjekttittel	Sykepleierens erfaring og vurdering av grunnlaget for flytting av omsorgsnivå fra hjemmebasert helse og omsorgstjenester til sykehjem (Masteroppgave)	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	UiT Norges arktiske universitet	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Toril Agnete	<p>Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig.</p> <p>Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.</p> <p>Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, for eksempel. underavdeling, institutt etc.</p> <p>NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.</p>
Etternavn	Larsen	
Stilling	1. lektor	
Telefon	77 66 06 93	
Mobil		
E-post	toril.agnete.larsen@uit.no	
Alternativ e-post	toril.agnete.larsen@uit.no	

Arbeidssted	UiT-Norges Arktiske Universitet	
Adresse (arb.)	Helsefak, IHO Postboks 6050 Langnes	
Postnr./sted (arb.sted)	9037 Tromsø	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Per Eivind	
Etternavn	Horn	
Telefon	90726289	
Mobil		
E-post	per.eivind@horn.as	

Alternativ e-post	per.eivind@horn.as	
Privatadresse	Boks 90	
Postnr./sted (privatadr.)	9439 Evenskjer	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> ● Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet 	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Hensikten er å innhente kunnskap fra sykepleiere i en kommune om pasientene i hjemmetjenesten rundt</p> <p>tidspunktet for innleggelse i institusjon inntreffer, hvilke erfaringer og kunnskaper sykepleierne har fra slike hendelser. Kunnskapen kan brukes for å lage en bedre forståelse for når behovet for endring av omsorgsnivå inntreffer hos hjemmeboende eldre. Hensikten er å få kunnskap om tidspunktet for innleggelse til sykehjem, og skal brukes til forståelse. Det er sykepleierens oppfatning og vurdering av situasjonen som det ønskes forsket på.</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere ■ Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre 	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg .

Beskriv utvalg/deltakere	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervju av sykepleiere i hjemmetjenesten. 2. Det er ønskelig å intervju sykepleiere som deltar i vurderingen av innleggelse mot institusjon. 3. Det er ønskelig at sykepleiere har minst tre årserfaring. 	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Leder deler ut informasjonsskriv til tre til fem ansatte som oppfyller kriteriene. Samtykke/ svar på å delta i undersøkelsen sendes direkte til studenten.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom for eksempel. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som for eksempel. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Kontakt via leder av hjemmetjenesten som deler ut informasjonsskriv.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegagskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.

Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	5	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .

personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?		
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte for eksempel gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (for eksempel elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (for eksempel Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentarboksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgsgruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15 Les mer om forskningsmetoder.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		

<p>Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Skriftlig ■ Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke 	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
<p>Samtykker utvalget til deltakelse?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle 	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>
<p>10. Informasjonssikkerhet</p>		

<p>Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten ■ Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi ■ Lydopptak ■ Notater/papir ■ Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode 	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server</p>
---	--	--

Annen registreringsmetode beskriv		på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	brukernavn og passord på pc i privat hjem	Er for eksempel. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, for eksempel. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler . Slike oppdrag må kontraksreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For eksempel. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm. Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.
Hvis ja, beskriv?		Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer .
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger	<input checked="" type="radio"/> Nei	For eksempel. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der

med andre institusjoner eller land?	<input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra for eksempel. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det for eksempel. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart Planlagt dato for prosjektslutt	01.08.2017 31.12.2018	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter. Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	<p>NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.</p> <p>Les mer om anonymisering av data.</p>
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Privat finansiering	Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger	Nei	Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 3. <ul style="list-style-type: none"> ● intervjuguide.docx ● informasjon_til_deltakende_sykepleiere.docx ● soeknad_til_kommune.docx 	

Vedlegg nr 2 Svar fra NSD (Norsk senter for forskningsdata), oppstartstillatelse



Toril Agnete Larsen

9037 TROMSØ

Vår dato: 01.09.2017

Vår ref: 55513 / 3 / K H

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.08.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55513	Sykepleierens erfaring og vurdering av grunnlaget for flytting av omsorgsnivå fra hjemmebasert helse og omsorgstjenester til sykehjem
Behandlingsansvarlig	UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Toril Agnete Larsen
Student	Per Eivind Horn

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet med vedlegg
- krav til informert samtykke

- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjon må minst omfatte:

- at UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (for eksempel. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53 / kjersti.haugstvedt@nsd.no

Vedlegg nr 3, Søknad til aktuell kommune deltakelse i forskning

Til (KOMMUNENAVN) kommune

V / Etatesjef/kommunalsjef/enhetsleder/ helse og omsorg

Søknad om deltakelse i forskningsprosjekt, informasjon og forespørsel om deltakelse.

Det er planlagt gjennomført mastergradsoppgave i aldring og eldreomsorg med;
“Sykepleierens erfaring og vurdering av grunnlaget for flytting av omsorgsnivå fra hjemmebasert helse og omsorgstjenester til sykehjem “

Bakgrunn og hensikt

Hensikten er å innhente kunnskap fra sykepleiere distriktskommuner om pasientene i hjemmetjenesten rundt tidspunktet for innleggelse i institusjon inntreffer, hvilke erfaringer og kunnskaper sykepleierne har fra slike hendelser. Kunnskapen kan brukes for å lage en bedre forståelse for når behovet for endring av omsorgsnivå inntreffer hos hjemmeboende eldre. Hensikten er å få kunnskap om tidspunktet for innleggelse til sykehjem, og skal brukes til forståelse. Det er sykepleierens oppfatning og vurdering av situasjonen som det ønskes forsket på.

Hva skjer med informasjonen om kommunen

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskerne vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, planlagt avsluttet senest 31.12.2018. Forskningsresultatene vil bli publisert i en masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig for kommunen å delta i forskningen, og det er frivillig for den enkelte sykepleier. Kommunen og de ansatte vil bli anonymisert i masteroppgaven.

Utvalgsriterier for informantene;

1. Intervju av sykepleiere i hjemmetjenesten.
2. Det er ønskelig å intervju sykepleiere som deltar i vurderingen av innleggelse mot institusjon.

3. Det er ønskelig at sykepleiere har minst tre års erfaring

Det er ønskelig at leder velger ut fire sykepleiere som faller inn under utvalgsriteriene, og gir dem informasjonsskrivet som følger vedlagt denne søknaden

Informasjon om utfallet av studien

Kommunen vil få tilsendt en kopi av oppgaven når den er godkjent bestått.

Svar på søknaden

Det ønskes snarlig svar på om kommunen ønsker å delta i forskningen. Svaret kan sendes pr e-post direkte til studenten.

Med vennlig hilsen

Masterstudent Per Eivind Horn, telefon: 90726289, e-post: per.eivind@horn.as

Kontaktinformasjon til veileder ved Norges arktiske universitet (UiT)

Torill Agnete Larsen, 1. lektor, telefon: 77 66 06 93, e-post: toril.agnete.larsen@uit.no

Vedlegg nr 4, Intervjuguide til sykepleieransatt i hjemmetjenesten

Informasjon ved starten av intervjuet til informanten

Før intervjuet vil jeg informere informanten;

1. Fortelle om masterstudiet, om meg som student, og informere om problemstillingen slik den foreligger på intervjutidspunktet, *Hvordan erfarer og vurderer sykepleiere i hjemmebasert omsorg pasientens situasjon ved overføringen fra eget hjem til sykehjem?*

2. Fortelle om hvordan informanten er valgt ut, jamfør de tre utvalgsriteriene, a) Intervju av sykepleiere i hjemmetjenesten, b) Det er ønskelig å intervju sykepleiere som deltar i vurderingen av innleggelse mot institusjon og c) Det er ønskelig at sykepleiere har minst tre års erfaring.

Samt informere om samtykke, at opplysningene og kommune blir anonymisert i oppgaven, at intervjuet tas opp og transkriberes osv. Få underskrift på deltakersamtykke.

3. Mulighet for å trekke seg fra intervjuet i løpet av hele oppgaveperioden, og hvordan informanten kan kontakte meg som student eller veileder ved spørsmål eller andre ting i løpet av oppgaveperioden som strekker seg etter planen ut 2018.

Innledende spørsmål/ oppvarmingsspørsmål (skape tillit og relasjon slik at intervjuet kan gjennomføres best mulig)

- a) Fortell litt om din bakgrunn yrkeserfaring, antall år i hjemmetjenesten:
- b) Fortell litt om eventuelt andre yrkeserfaringer innen helse og omsorg hvis det er relevant
- c) - Antall år med erfaring som sykepleier

1. Hovedkategori; Vurdering av pasienten ved overflyttingstidspunktet

- a) Fortell om en situasjon der du vurderte/tenke at her må pasienten til et annet omsorgsnivå?
- b) Hva oppfatter du i hjemmesituasjonen til pasientene som bidrar mest til at det er behov for overflytting fra hjem til institusjon?
- c) Hvordan vil du beskrive helsesituasjonen til pasientene ved overflytting til sykehjem?
- d) Hva opplever du som problematisk når pasienten må innlegges på institusjon?
- e) Er det andre vurderinger av pasientenes situasjon som du mener påvirker tidspunktet for innleggelse ved sykehjem?

2. Hovedkategori; Samarbeid mellom ulike tjenestenivåer, helsepersonell, også innad i hjemmetjenesten, samarbeid med pårørende, samarbeid med pasient eventuelt andre

- a) Hvordan opplever du at samarbeidet mellom hjemmetjenesten og sykehjem i kommunen er ved korttids/ rehab opphold?
- b) Hvordan vil du beskrive informasjonsutvekslingen ved overflytting av omsorgsnivå? Hvordan praktiserer dere det i din kommune?
- c) Hva synes du fremmer eller hemmer god samhandling mellom sykehjem og hjemmebasert tjeneste?
- d) Hvordan opplever du pårørendes rolle ved spørsmål om innleggelse til institusjon?
- e) Hvordan opplever du som sykepleier at pasientene tar initiativ til tiltak som kan ivareta helsetilstanden demmes?
- f) Hvordan opplever du samarbeidet intert i hjemmetjenesten rundt behandlingen av pasientene?
- g) Hvis pasienten selv ikke kommer inn på dette med behov for institusjon, men du mener det er behov for å vurdere dette, hvordan tar du dette opp med pasienten?
- h) Hvordan opplever du som sykepleier om det er samsvar med hva pasienten ønsker av omsorgsnivå, i forhold til hva pårørende ønsker?

3. Hovedkategori; Kompetansebehov i hjemmetjenesten

- a) Opplever du at det er tilstrekkelig kompetanse i hjemmetjenesten for å ivareta pasientene best mulig? Hva skulle du eventuelt ønsket mere av?
- b) Hvilke spesielle tiltak for helsehjelp og bistand av eldre med store og sammensatte hjelpebehov bruker du/ hjemmetjenesten å iverksette før det vurderes flytting av omsorgsnivå?
- c) Hvordan opplever du at dine faglige vurderinger blir mottatt av pasienten?
- d) Hvordan opplever du ressursene og kompetansen tilgjengelig rundt den enkelte pasient i hjemmetjenesten i forhold til pasientenes behov?
- e) Tror du tilgangen på ressurser og kompetanse kan ha påvirket når pasientene innlegges i sykehjem fra hjemmetjenesten?

Tips hvis intervjuet går vanskelig

- a) Kan du utdype det...
- b) Kan du forklare mer utfyllende hva du mente med...
- c) Kommer du på flere hendelser som kan....

Avslutning av intervjuet

Nå er intervjuet straks ferdig. Har du andre erfaringer eller opplevelser som du kunne tenke deg å dele rundt denne problemstillingen? Er det noe annet jeg kunne spurt om som du synes er relevant?

Vedlegg nr 5, MNA-skjema fra NESTLE

Mini Nutritional Assessment MNA[®]



Etternavn:		Fornavn:		
Kjenn:	Alder:	Vekt, kg:	Høyde, cm:	Dato:

Besvar undersøkelsen (screeningen) ved å fylle inn de riktige poengstiftene. Bruk tallene fra hvert enkelt spørsmål og summer. Hvis oppnådd sum er 11 eller mindre, fortsett med del II for å få en samlet vurdering av ernæringsstillingen.

Screening, del I		J Hvor mange fullstendige måltider spiser pasienten pr dag?	
A Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste månedene pga nedsatt appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge? 0 = betydelig redusert matinntak 1 = noe redusert matinntak 2 = ingen endring i matinntaket	<input type="checkbox"/>	0 = 1 måltid 1 = 2 måltider 2 = 3 måltider	<input type="checkbox"/>
B Vekttap i løpet av de 3 siste månedene 0 = vekttap over 3 kg 1 = vet ikke 2 = vekttap mellom 1 og 3 kg 3 = ikke vekttap	<input type="checkbox"/>	K Utvalgte markører for proteininntak • Minst en porsjon melkeprodukter (melk, ost, yoghurt) pr dag • To eller flere porsjoner belgfrukter eller egg pr uke • Kjøtt, fisk eller kylling/ kalkun hver dag 0 = hvis 0 eller 1 ja 0.5 = hvis 2 ja 1.0 = hvis 3 ja	ja nei ja nei ja nei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C Mobilitet 0 = seneliggende / sitter i stol 1 = i stand til å gå ut av seng / stol, men går ikke ute 2 = går ute	<input type="checkbox"/>	L Spiser to eller flere porsjoner frukt eller grønnsaker pr dag? 0 = nei 1 = ja	<input type="checkbox"/>
D Har opplevd psykologisk stress eller akutt sykdom i løpet av de 3 siste månedene? 0 = ja 2 = nei	<input type="checkbox"/>	M Hvor mye væske (vann, juice, kaffe, te, melk...) inntas pr dag? 0.0 = mindre enn 3 kopper 0.5 = 3 til 5 kopper 1.0 = mer enn 5 kopper	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiske problemer 0 = alvorlig demens eller depresjon 1 = mild demens 2 = ingen psykologiske lidelser	<input type="checkbox"/>	N Matinntak 0 = ikke i stand til å spise uten hjelp 1 = spiser selv med noe vanskeligheter 2 = spiser selv uten vanskeligheter	<input type="checkbox"/>
F Body Mass Index (BMI) = vekt (kg) / [høyde(m) x høyde(m)] 0 = BMI mindre enn 19 1 = BMI 19 til mindre enn 21 2 = BMI 21 til mindre enn 23 3 = BMI 23 eller større	<input type="checkbox"/>	O Eget syn på ernæringsmessig status 0 = ser på seg selv som underernært 1 = er usikker på ernæringsmessig tilstand 2 = ser ikke på seg selv som underernært	<input type="checkbox"/>
Screeningresultat, del I (sumtotal maks. 14 poeng) 12 - 14 poeng: Normal ernæringsstatus 8 - 11 poeng: Risiko for underernæringsstatus 0 - 7 poeng: Underernært	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	P Hvordan vurderer pasienten sin egen helsestilstand sammenlignet med mennesker på samme alder? 0.0 = ikke like bra 0.5 = vet ikke 1.0 = ikke bra 2.0 = bedre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
For en mer dyptgående vurdering, fortsett med spørsmål G-R		Q Overarmens omkrets (OO) i cm 0.0 = OO mindre enn 21 cm 0.5 = OO 21 til 22 cm 1.0 = OO mer enn 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Screening, del II		R Leggkomkrets (LO) i cm 0 = LO mindre en 31 cm 1 = LO 31cm eller større	<input type="checkbox"/>
G Bor i egen bolig (ikke på alders/sykehjem eller sykehus) 1 = ja 0 = nei	<input type="checkbox"/>	Screening, del II (maks. 16 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Bruker mer enn tre typer reseptbelagte medisiner pr dag 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>	Screening, del I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I Trykksår eller hudsår 0 = ja 1 = nei	<input type="checkbox"/>	Samlet vurdering, del I + del II (maks. 30 poeng)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MNA resultat		24 til 30 poeng	<input type="checkbox"/> Normal ernæringsstatus
		17 til 23.5 poeng	<input type="checkbox"/> Risiko for underernæringsstatus
		Mindre enn 17 poeng	<input type="checkbox"/> Underernært

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Sieve A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M396-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 468-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N87200 12099 10M
Se mer info på: www.mna-elderly.com

Vedlegg nr 6 Informasjon og forespørsel til deltakende sykepleiere

Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“Sykepleierens erfaring og vurdering av grunnlaget for flytting av omsorgsnivå fra hjemmebasert helse og omsorgstjenester til sykehjem “

Bakgrunn og formål

Jeg er student på masterstudie ved UiT – Norges arktiske universitet Aldring og Eldreomsorg. I den forbindelse skal jeg intervju noen sykepleiere og deretter skrive en oppgave. Jeg ønsker å finne ut mer om «hvordan erfarer og vurderer sykepleiere i hjemmebasert omsorg pasientens situasjon ved overføringen fra eget hjem til sykehjem?»

Hensikten er å innhente kunnskap fra sykepleiere i en kommune om pasientene i hjemmetjenesten rundt tidspunktet for innleggelse i institusjon inntreffer, hvilke erfaringer og kunnskaper sykepleierne har fra slike hendelser. Kunnskapen kan brukes for å lage en bedre forståelse for når behovet for endring av omsorgsnivå inntreffer hos hjemmeboende eldre. Hensikten er å få kunnskap om tidspunktet for innleggelse til sykehjem, og skal brukes til forståelse. Det er sykepleierens oppfatning og vurdering av situasjonen som det ønskes forsket på.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det gjennomføres ett intervju med deg som varer 1 til 2 timer. Du er valgt ut av din leder fordi du har erfaring fra hjemmetjenesten, og er sykepleierutdannet. Intervjuet blir gjennomført på din arbeidsplass, og blir tatt opp på lydband. Spørsmålene vil omhandle pasienter og deres situasjon og din oppfatning som sykepleier. Det er kun jeg som student som gjennomfører intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I den endelige publikasjonen vil du som informant og kommune ikke være identifiserbart. Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av 2018, og da vil alle lydopptak, og avskrift fra opptakene bli slettet, og det er kun den anonymiserte masteroppgaven som blir offentliggjort. Det blir ikke oppgitt hvem du som informant er, eller hvilken kommune du jobber i.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg slettet, og ditt bidrag vil ikke komme med i oppgaven.

Svar på om du ønsker å delta/ ikke ønsker å delta i undersøkelsen;

Du bes svare direkte til meg via e-post eller tekstmelding senest innen 10 dager om du ønsker å delta eller ikke for å gi ditt samtykke. Svar sendes til: e-post: per.eivind@horn.as eller telefon: 90726289

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Masterstudent Per Eivind Horn, telefon: 90726289, e-post: per.eivind@horn.as

Kontaktinformasjon til veileder ved Norges arktiske universitet (UiT)

Torill Agnete Larsen, 1. lektor, telefon: 77 66 06 93, e-post: toril.agnete.larsen@uit.no

Postadresse: UiT-Norges Arktiske Universitet, UiT-Norges Arktiske Universitet,
9037 Tromsø

Svarslipp

Samtykke til deltakelse i studien “Sykepleierens erfaring og vurdering av grunnlaget for flytting av omsorgsnivå fra hjemmebasert helse og omsorgstjenester til sykehjem “

Jeg har mottatt informasjon om studien “Sykepleierens erfaring og vurdering av grunnlaget for flytting av omsorgsnivå fra hjemmebasert helse og omsorgstjenester til sykehjem “og er villig til å delta.

Jeg kan trekke meg når som helst i løpet av studien uten å oppgi grunn.

SIGNATUR: _____

DATO: _____ STED: _____

Denne svarslippen kan du ta med på intervjudagen.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen

Masterstudent Per Eivind Horn, telefon: 90726289, e-post: per.eivind@horn.as

Kontaktinformasjon til veileder ved Norges arktiske universitet (UiT)

Torill Agnete Larsen, 1. lektor, telefon: 77 66 06 93, e-post: toril.agnete.larsen@uit.no

Postadresse: UiT-Norges Arktiske Universitet, UiT-Norges Arktiske Universitet,
9037 Tromsø