

Siri Nørve og Steinar Østerby

Rosenborgsenterets samarbeid med pårørende og tjenestene – En evaluering

Prosjektrapport 334, 2002

Prosjektrapport 334
Siri Nørve og Steinar Østerby
Rosenborgsenterets samarbeid med pårørende og tjenestene
– En evaluering

Emneord: evaluering, demensutredning, Rosenborgsenteret,
samarbeid med førstelinjetjenesten

ISSN 0801-6461
ISBN 82-536-0772-5

100 eks. trykt av
S.E. Thoresen as
Innmat: 100 g Kymultra
Omslag: 200 g Cyclus

© Copyright Norges byggforskningsinstitutt 2002

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Norges byggforskningsinstitutt er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Adr.: Forskningsveien 3 B
Postboks 123 Blindern
0314 OSLO
Tlf.: 22 96 55 55
Faks: 22 69 94 38 og 22 96 55 08

Innhold

Forord.....	4
Sammendag og konklusjoner	5
1 Innledning	13
1.1 Hva er Rosenborgsenteret?.....	13
1.2 Kort om evalueringen	13
1.3 Hvordan ser alderspsykiatrifeltet ut i Oslo kommune	15
2 Rosenborgsenteret og arbeidet mot førstelinjetjenesten og de pårørende.....	18
2.1 Rosenborgsenterets forhistorie	18
2.2 Rosenborgprosjektet og dets metodiske tenkning.....	19
2.3 Rosenborgsenteret i dag - organisering og virksomhet.....	23
2.4 Utredningen som prosess	24
3 Evaluering - problemstillinger og metode.....	28
3.1 Evaluering – mer enn å felle dommer.....	28
3.2 Evalueringens problemstillinger	31
3.3 Hva har vi gjort for å skaffe oss data?	38
4 Hvem er senterets brukere?.....	42
4.1 Hvem henviser?	42
4.2 Samarbeidet med bydelene.....	43
5 Erfaringer – i prosess med Rosenborgsenteret.....	45
5.1 Innledning	45
5.2 De pårørende.....	46
5.3 Tjenestene.....	53
5.4 Hvordan fungerer systemmodellen?.....	61
6 Saksforløp, resultater og tidlig intervensjon	69
6.1 Hva blir gjort i de sakene som er til behandling i Rosenborgsenteret?	69
6.2 Hvordan ser prosessforløpet ut i de sakene som vi har gjennomgått	70
6.2 Hva blir resultatet?	75
6.3 Tidlig intervensjon?.....	77
7 Hvordan samhandle med førstelinjetjenesten og nettverket/systemet rundt pasienten?	82
7.1 Innledning	82
7.2 Case 1 Østfold.....	85
7.3 Case 2 Rogaland.....	86
7.4 Case 3 Hedmark: Sanderud Sykehus, Hamar	89
7.5 Case 4 Aker sektor i Oslo.....	95
7.6 Samarbeid mellom utredningsenhet, pårørende og førstelinjetjeneste	100
7.7 Hvilke samarbeidsmodeller ser vi her konturene av?	101
Litteratur	105
Vedlegg 1.....	107
Vedlegg 2.....	109

Forord

Dette er en evaluering av Rosenborgsenterets *systemarbeid*, det vil si deres arbeid mot pårørende og mot førstelinjetjenesten.

Rosenborgsentret er en utrednings- og behandlingsavdeling for pasienter med demens og demensliknende symptomer ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og som sådan en del av spesialisthelsetjenesten.

Denne evaluering er bestilt av Lovisenberg diakonale sykehus ved Rosenborgsenteret som et ledd i deres utviklingsarbeid. Arbeidet er finansiert av Lovisenberg diakonale sykehus og Helse og Sosialdepartementet.

Arbeidet er gjennomført i perioden 2000-2002. Det hovedsaklige av datainnsamlingen er gjennomført høsten 2001. Arbeidet er gjennomført av Steinar Østerby og Siri Nørve (prosjektleder). Østerby har bearbeidet foreliggende data, deler av intervjuarbeidet og stått for framstillingen i kapittel 7, samt utarbeidet grafer og tegninger. Prosjektleder er ansvarlig for analyser og konklusjoner. Videre må vi få takke Arne Holm har vært NBIs kvalitetsikrer i dette arbeidet og kommet med nyttige innspill, samt Helene Hannestad som tatt korrekturen og hjulpet til med litt av hvert.

Gjennom datainnsamlingen har vi vært i kontakt med mange, både ansatte ved Rosenborgsenteret og ved andre utredningsenheter, pårørende til pasienter ved senteret, ansatte i bydelenes hjemmebaserte tjenester og primærleger i bydelene. Vi vil takke dem alle for at de stilte seg og sin tid til disposisjon og for mange interessante samtaler. Vi håper for vår del at vi har klart å ivareta deres innspill og oppfatninger på en skikkelig måte.

Spesielt vil vi takke Rosenborgsenterets leder, Kari Aursand og avdelingssykepleier Elisabeth Saghaug for god tilrettelegging, åpenhet og adgang til alle møter og all informasjon vi kunne finne på å ønske.

Thorbjørn Hansen
Avdelingssjef

Siri Nørve
Prosjektleder.

Sammendrag og konklusjoner

Dette er en evaluering av Rosenborgsenterets *systemarbeid*, det vi si deres arbeid mot pårørende og mot førstelinjetjenesten. Det betyr at det diagnostiske arbeidet og den medisinske behandlingen av pasientene ikke står i fokus.

Rosenborgsenteret

Rosenborgsenteret er en utrednings- og behandlingsavdeling for pasienter med demens og demensliknende symptomer ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og som sådan en del av spesialisthelsetjenesten. Rosenborgsenteret dekker dette behovet for bydelene i Lovisenberg sektor i Oslo. I og med ordningen med fritt sykehusvalg har Rosenborgsenteret fra 2001 av mottatt pasienter fra hele Oslo. Virksomheten er organisert i geriatrisk poliklinikk, nevropsykologisk seksjon, uteteam, dagobservasjonsenhet, enhet for inntak og konsultasjon og undervisningsenhet.

Utredningen er tverrfaglig og foregår poliklinisk og det er fri henvisningsrett. Utredningen retter seg mot å stille diagnose, vurdere omsorgsnivå, samt gi råd om tilrettelegging rundt pasienten i pasientens boligen mht. boligendringer, hjelpemidler og tjenester. Utredningen har to deler, *ekspertutredningsdelen* (medisinsk og psykologisk) og *systemutredningsdelen*. Systemutredningsdelen kartlegger hverdagsliv og pasientens funksjonsnivå og avveier på denne bakgrunn behovet for omsorg og tiltak til relasjon diagnose (ekspertutredningsdelen). Anbefalingene oversendes bestiller (pårørende, primærhelsetjenesten, sykehus) og det er bydelens primærhelsetjeneste som fatter beslutninger og iverksetter tiltak.

Et systemteoretisk grep

Rosenborgsenteret tar som utgangspunkt at en (begynnende) dement person er avhengig av sine omgivelser, og det er derfor meningsfullt å gi hjelp til både pasienten og til dem som omgir han eller henne. Når en person i et familiesystem endrer atferd, vil dette få ringvirkninger i hele systemet. I et system med en dement person, er det ikke den demente som kan endre seg, endringsmuligheten ligger derfor i resten av systemet. Rosenborgsenteret ser enhver pasient som en del av en sosial kontekst og arbeider med relasjonene. Det kan være at endringene av relasjoner og forståelse kan gi endrings- eller løsningsmuligheter en tidligere ikke så.

Denne konteksten utgjøres av familie, venner, naboer og også andre som pasienten har kontakt med. Det kan være førstelinjetjenesten, eldresenteret eller andre. Arbeidet rundt den demente kan innebære å gi hjelp til ulike aktører, til både pårørende og førstelinjetjenesten, men også bidra til endring av relasjoner og endret forståelse av relasjoner.

Systemarbeidet har en viktig arena, *systemmøtet* der Rosenborgsenteret møter de pårørende og de nære hjelperne samlet. Dett er den viktigste arenaen for i arbeidet med relasjonene. Der høres partenes bekymringer og forståelser av situasjonen, her framlegges diagnose og anbefalt omsorgsnivå og i dette møtet kan det finne sted en prosess der mulige løsninger drøftes.

Systemarbeidet – et grep med flere formål

Systemarbeidet har flere formål:

- Systemarbeidet er en del av en pasientutredning som tar sikte på å sette diagnose, anbefalt omsorgsnivå og foreslå midlertidige løsninger fram mot anbefalt løsning.
- Gjennom systemarbeidet ivaretar en pasientens pårørende.
- Systemarbeidet er også en samhandling med førstelinjetjenesten der Rosenborgsenteret mottar informasjon i pasientsaken som en del av utredningsarbeidet og gjennom samhandlingen søker også å overføre kompetanse om demens og gode praksisformer til primærhelsetjenestens utøvere. Dette kommer i tillegg til den undervisning og veiledning som Rosenborgsenteret forøvrig driver.
- Gjennom systemarbeidet/systemmøtet overføres forståelse av den enkelte sak, som i tillegg til anbefalingen om omsorgsnivå, er et innspill til bydelenes beslutninger.

Evaluering og problemstillinger

Rosenborgsenteret er en enhet i stadig endring og utvikling. Rosenborgsenteret ønsket derfor selv en evaluering som innspill til eget utviklingsarbeid. *Hvordan virker systemarbeidet?* Ivaretar det de pårørende? Skjer det faktisk en bearbeiding av relasjoner i møtene? Hva kan vi si om systemmøtene i relasjon til å avklare og drøfte tilbudet til pasientene? Hvor egnet er dette systemarbeidet i relasjon til førstelinjetjenestens problemstillinger slik det oppleves av førstelinjetjenesten? Finner den ønskede overføring av kompetanse til førstelinjetjenesten gjennom systemmøtene sted?

Rosenborgsenteret hadde da evalueringen ble bestilt vært i arbeid i 10 år. Det kan være at det i denne perioden har skjedd endringer både internt og i omgivelsene som har ført til at systemarbeidet fungerer på en annen måte nå enn ved oppstarten.

Veiledning overfor primærhelsetjenesten

Vi har fått en Spesialisthelsetjenestelov som gir denne tjenesten ansvaret for å gi råd og veiledning til kommunene. Denne veiledningsplikten gjelder både i forhold til enkeltpasienter som kommunene har ansvaret for og generelt i forhold til kommunehelsetjenestens lovpålagte oppgaver. Det er videre opp til spesialisthelsetjenesten selv å avgjøre hvordan veiledningen kan systematiseres (Sosial- og helsedepartementet 1999:150). Dette aktualiserer behovet for dokumentasjon og utvikling av metoder for samarbeid og veiledning, og Rosenborgsenterets behov for å se på seg selv.

Bestiller -utførermodell

Videre har det skjedd en endring i organiseringen og forvaltningen av primærhelsetjenesten, spesielt i Oslo. Den tradisjonelle modellen for tildeling av tjenester og institusjonsplasser har bygget på at den/de som kjenner feltet og pasienten, utreder og innstiller overfor den besluttende enheten. Den som kjente pasienten, møtte i Rosenborgsenteret og deltok i utredningen/innstillingen mht hvilket tilbud som var riktig for denne pasienten.

Bydelene i Oslo har nå innført en bestiller-utførermodell. Denne modellen søker å etablere et organisatorisk skille mellom forvaltning (lovhjemlet ansvar) og tjenesteproduksjon. Bestilleren er en kommunal forvaltningsenhet som har ansvaret for produktets eller tjenestens kvalitet og tilgjengelighet Utfører – kommunal eller privat - produserer på oppdrag av bestilleren etter angitte spesifikasjoner på vegne av kommunen/bydelen (Moland og Bogen 2001). Denne modellen lager et skille mellom den som utfører tjenesten og kjenner saken i praksis og den/de som utreder saken formelt og legger den fram til vedtak. De som møter i

Rosenborgsenterets møter er oftest utførere og sitter dermed nokså langt fra vedtaksmyndigheten.

Disse forvaltingsmodellene er nye og under utvikling mht å finne sin praktiske form. Hvordan bestiller-utførermodellen blir utarbeidet som praksis kan ha betydning for hvordan systemmøtet fungerer og hva en kan legge inn eller ta sikte på i et systemmøte. Som vi har pekt på, kobler systemarbeidet og systemmøtet flere ulike hensyn i ett grep: Her kobles arbeidet mot og ivaretagelsen av de pårørende med kompetanseoverføring til førstelinjetjenesten og innspill til bydelenes beslutninger. Det er derfor ikke sikkert at systemarbeidet kan utformes på samme måte som tidligere og samtidig påvirke både beslutninger og praksisfeltet.

Evaluering og metode

Formålet med denne evalueringen er å bidra til å belyse Rosenborgsenterets metode gjennom å innhente og bearbeide erfaringer som et ledd i en utviklingsprosess. Et viktig utgangspunkt for slik læring er at det kan være vanskelig for en organisasjon å arbeide fortløpende selvkritisk og reflektivt. Organisasjonen må ha kapasitet til å *se seg selv i lys av andre og se sentrale aspekter ved seg selv og sine omgivelser*. Derfor trengs det ofte en utveksling av informasjon og perspektiver mellom en organisasjon og dens omgivelser. I en slik evaluering vil det være viktig å samle ulik informasjon som kan belyse forholdet mellom tiltak/organisasjon og omgivelsene og analysere (forstå og forklare) det innsamlede materialet.

Vi har derfor intervjuet ulike aktører som samhandler med Rosenborgsenteret. Vi har intervjuet pårørende til pasienter ved senteret, ansatte i de tre bydelenes bestiller og utførerseksjoner, samt noen leger. Videre har vi kartlagt forløpet i et utvalg av pasientsaker. Vi har her gjennom informert samtykke fått tilgang til et utvalg av journaler som vi har systematisert mht hva som er blitt gjort i den enkelte sak. Rosenborgsenteret har også for evalueringen utarbeidet en oversikt over hva som er gjort i samtlige av de sakene som senteret både startet opp og avsluttet i 2001.

Vi har også sett på hva som har vært senterets anbefalinger i relasjon til hva bydelen har besluttet og iverksatt i den enkelte sak. Her er journalopplysningene komplementert med opplysninger fra intervjuene.

Videre har vi kartlagt andre utredningsenheters organisering og hvordan forholdet til primærhelsetjenesten og de pårørende er ivaretatt der. Dette er gjort som et ledd i å belyse hvordan ulike enheter ivaretar sin veiledning av førstelinjetjenesten. Vi har også benyttet foreliggende materiale fra Rosenborgsenteret som viser utviklingen og fordelingen av henvisninger.

Gjennom å belyse ulike erfaringer og oppfatninger knyttet til konkrete saker, vil vi også belyse prosessen og hvordan den forstås og evalueres av de pårørende og de ansatte i de hjemmebaserte tjenestene. Hva de ulike parter erfarer og er fornøyd og misfornøyd med, er naturligvis ikke det eneste kriteriet på en metodes "godhet". Vi trekker her fram både det som fungerer bra og det som kan være problematisk og ser på hva som er innholdet eller substansen i disse erfaringene.

Hvem er brukerne/bestillerne?

Vi finner at det har vært en stor utvikling i antallet henvisninger, fra 193 i 1999 til 296 i 2001. Bemanningen har vært den samme i perioden. Økningen kan i stor grad tilskrives at andre bydeler nå velger å bruke Rosenborgsenteret. En fjerdedel (77) av alle henvisninger i 2001 kom fra andre bydeler. Dette fordi det fra 2001 ble åpnet for fri konkurranse/fritt sykehusvalg mellom sykehusene, og Lovisenberg sykehus besluttet å åpne sitt tilbud for alle Oslos bydeler.

Rosenborgsenteret har åpen henvisningsrett, noe som skiller Rosenborgsenteret fra andre utredningsenheter. Den åpne henvisningsretten skal sikre god tilgang for pasienter og bekymrede pårørende. Når vi ser på hvem som henviser, finner vi at i 2001 kommer 39 % av henvisningen fra lege og 28 % fra ulike avdelinger ved Lovisenberg sykehus. Relativt få kommer fra pårørende (9%) og tjenestene (14%). Dette kunne tyde på at den åpne henvisningsretten ikke var så viktig. Men av intervjuer med pårørende og leger framkommer det at i mange tilfeller kommer de pårørende og ber legen henvide til Rosenborgsenteret. Det innebærer at tallene ikke direkte viser hvem som er initiativtaker i saken. De pårørende er en større etterspørter etter utredning enn hva henvisningstallene direkte viser.

Videre finner vi av intervjuene med bydelenes tjenester at alle bydelene selv mener at de er store brukere av senteret. Ser vi på henvisninger fordelt på bydeler, finner vi at den største andelen henvisninger (30%) kommer fra bydel St. Hanshaugen – Ullevål. Men ser vi henvisningene i relasjon til antallet eldre i de samme bydelene, finner vi at bydel Gamle Oslo (som er en liten bydel) sender relativt flest til undersøkelse. Av de sammensatte sakene vi har gjennomgått og som er typiske for saksmengden, ser vi at bydel Gamle Oslo har få saker med systemarbeid.

Dette indikerer at bydelene har ulik bruk av Rosenborgsenteret, både i antall saker og mht. *hvilke saker* de sender over og i hvilket stadium en sak er, før den bringes inn for Rosenborgsenteret. Dette inntrykket bestyrkes av intervjuene vi har gjennomført i bydelene. Dette innebærer at relasjonen mellom førstelinjetjenesten og Rosenborgsenteret som spesialisthelsetjeneste, er forskjellig fra bydel til bydel.

Erfaringer knyttet til systemmodellen

De pårørende

Tilbakemeldingen fra de pårørende er entydig og svært positiv. Når de pårørende kommer i systemmøtet, har de ofte strevd med problemstillingene sine ganske lenge. Pasienten har vært eller er til utredning. Flere har vært i kontakt med de ansatte ved Rosenborgsenteret, ved at de har fulgt pasienten til undersøkelser, gjennom telefonsamtaler, og eventuelt ved at de vært til stede ved Rosenborgsenterets hjemmebesøk. Det som går igjen i de pårørendes kommentarer er at de sammenlikner møtet med Rosenborgsenteret med sine egne møter med helsevesenet. De pårørende er både overrasket og imponert over den måten de blir møtt på, at de blir hørt og tatt på alvor. De pårørende følte seg forstått og ivaretatt.

De pårørende har en relasjon til de hjemmebaserte tjenestene/sykehjem både før og etter møtet med Rosenborgsenteret. Det er i denne relasjonen de har flest erfaringer, noe som også intervjuene med de pårørende bar preg av. Disse erfaringene var mer blandede, særlig i tre sammenhenger. Det handlet om uenighet mellom bestiller/utfører og pårørende om hvilke tilbud deres pasient burde få, om kommunikasjon og saksbehandling ved innlegging på kortidsplass i sykehjem og tillitsvikt til tjenesten når de pårørende fant at det som var avtalt i hjemmet ikke var blitt utført.

Tjenestene

De som har møtt i Rosenborgsenteret fra bydelene, oppfatter systemmøtet som i hovedsak positivt. *De gir i hovedsak støtte til det syn at Rosenborgsenteret ivaretar sin intensjon: At møtet søker å avklare de ulike parters forventinger.* Mange peker også på det gode klimaet i møtet, at møtet gir en god ramme for drøftelser. De oppfatter møtet som en god anledning til å informere nye pårørende om hva tjenesten kan bidra med, bli mer kjent med dem, og legge grunnen for et godt samarbeid.

Det var en utbredt oppfatning at det rundt en utredning skapes en omforent oppfatning av saken, slik at de ikke blir overrasket over konklusjonen. De er sjelden uenige i konklusjonen, men konklusjonene kan være problematiske for bydelene ut fra ressursituasjonen. En informant peker på at det kan være en tung beslutning å gå for den nest beste løsningen.

Da vi intervjuet de utførende i de hjemmebaserte tjenestene, kom det opp noen problemer og konflikter knyttet til å ivareta sin rolle i møtet. Problemet handler om to forskjellige situasjoner, der meningsulikheter kan være en vanskelighet:

- Det ene handler om hva som er det beste for pasienten
- Det andre handler om avveining av det beste i relasjon til ressursrammen og fordelingslikhet.

Det kom fram at utfører i en del tilfeller tiller pasientens ønsker om å bo hjemme større vekt enn de pårørende og Rosenborgsenteret gjorde. I noen tilfeller kunne utfører også mene at en gitt pasient ikke skulle prioriteres mht sykehjem, fordi det var andre pasienter som trengte plassen bedre. I det siste tilfellet var utfører opptatt av en rettferdig fordeling og kunne tenke som en "advokat" for andre av sine pasienter.

Noen av de intervjuede syntes at det var vanskelig å fremme sine synspunkter i systemmøtet, både fordi de ikke ville gå de pårørende i mot – systemmøtet ble oppfattet som de pårørendes møte – og fordi Rosenborgsenteret var sterke og sikre, og det gjorde dem usikre.

Systemmøtet fungerer i hovedsak godt og ivaretar sine mål. Slik møtene i dag gjennomføres ivaretar de svært godt de pårørende, men en kan vurdere om det i enkeltsaker er behov for å gi noe bedre støtte til tjenesteutøveren.

Hva bestemmer utfallet i en sak ?

Vi har gjennomgått 24 sammensatte saker. Vi finner at de fleste sakene har et konsentrert forløp. De fleste omfattende sakene er avsluttet innen fem måneder etter henvisningen. Ser vi på selve saksforløpene, ser vi at vi sjelden finner et "normalforløp". Vi ser at inntaksmøtet velger ulike strategier i ulike saker, både mht. hvor en starter og når og i hvilken grad systemet rundt pasienten trekkes inn. I mange saker ser vi at det er sammenfall mellom Rosenborgsenterets anbefaling og utfallet i saken. Det er to typer forklaringer på at utfallet av saken ligger så nær anbefalingen:

- Når en demenssak har kommet langt (som mange av disse sakene har) er det ikke så mange alternativer, og i mange av sakene vil sykehjem tvinge seg fram. Det er bare et spørsmål om tid.
- Vi finner i gjennomgangen av tjenestenes prosesserfaringer at tjenestene begynner å jobbe i den retning som utredningen tar før rapporten foreligger. Og som en formulerte det: *Det vokser fram en felles forståelse gjennom prosessen.* Det er dette som forklarer sammenfallet mellom anbefaling og utfall.

I de sakene der det er avvik mellom forelått løsning og iverksatt løsning, handler det ikke om ulike oppfatninger mellom senter og bydel, men om andre prioriteringer hos de pårørende.

Ser vi utredningen som en prosess (en prosess som tar ca. 4 - 5 måneder) er de ulike aktører i dialog. Vi finner sammenfall mellom anbefaling og iverksatte tiltak og slutter at det gjennom prosessen har vokst fram en felles forståelse og en avklaring av situasjonen.

Systemarbeidet – forvaltingsmodellen

Vi har pekt på at systemarbeidet skal tilfredsstillende mange og ulike mål i relasjon til førstelinjetjenesten:

- justere problemsforståelsen
- overføre kunnskaper og metoder
- påvirke beslutningen

Vi pekte innledningsvis på endringene i forvaltingsmodell og reiste spørsmålet om ny modell endret forutsetningene for systemmøtet. Er det slik at alle gode formål fortsatt lar seg forene i systemmøtet?

For å oppfylle intensjonene med systemmøtet, må den eller de møte som :

- kjenner pasienten (har informasjon og bekymringer) og har kontakt med de pårørende
- skal utføre praksisen (kan delta i overveier og hva som er mulig å få til)
- deltar i utredningen og beslutningsprosessen

I en ny modell er innholdet knyttet til de to første kulepunktene hos utfører, det siste hos bestiller. *Innebærer dette at både utfører og bestiller bør møte i systemmøtet?*

Vi må her presisere at ingen representanter fra bydelene, enten de kommer fra bestiller- eller utførerensheten, kan love eller beslutte noe i systemmøtet. Vedtak gjøres i egne møter og er ikke noe som en saksbehandler i bestillersesjonen alene står ansvarlig for.

Dette innebærer at vi må se nærmere på hvordan utredningen som leder fram til beslutning er organisert og hvordan og i hvilke grad utfører (den som evt. møter i systemmøtet) påvirker beslutningene. Vi finner at de ulike aktører/informanter har noe ulik oppfatning om hvordan modellen fungerer og at dette avspeiler at modellen for to av bydelenes vedkommende er ny og kanskje ikke har funnet sin form. Vi finner at i to av bydelene er praksisen slik at utfører fortsatt har stor innvirkning på beslutningen ved at bestiller stoler/må stole på utførers faglige vurderinger. Dette er særlig tilfellet når bestiller selv ikke har helsefaglig kompetanse og vanskelig kan utøve faglig skjønn ved beslutningen.

Selv om Oslos bydeler formelt har samme forvaltingsmodell er det ikke gitt at den praktiseres på samme måte, og det er praktiseringen som har betydning for Rosenborgsenterets metodikk. I én bydel har bestiller valgt å møte sammen med utførere. Hvordan dette fungerer, avhenger av hvordan dette påvirker dynamikken i møtet, noe vi ikke har observert. I de to øvrige bydelene vi har empiri fra møter ikke bestiller, og vi kan heller ikke se at dette skulle være nødvendig ut fra hvordan de har organisert sin utredning fram mot beslutning: *Dersom den utfører som utreder/oversender informasjon til bestiller også er den samme som møter i systemmøtet, skulle systemmøtets intensjon fortsatt være ivaretatt.*

Slik vi har forstått disse bydelenes praksis, er det ikke nødvendigvis den som kjenner pasienten best som bidrar sterkest til utredningen. For Rosenborgsenteret blir det derfor ønskelig at både den som kjenner pasienten best og har mye av sin praksis i hjemmet og den

som deltar i utredningen, møter. Dette vil ikke være noen ny praksis for enkelte av de enheter vi har intervjuet, i det både primærkontakt og enhetsleder der tidligere møtte i systemmøtet.

Veiledning og relasjonene til førstelinjetjenesten

Gjennom våre intervjuer fant vi at mange kunne ha arbeidet i utførertjenesten i mange år, uten noen gang å møte i et systemmøte. Det peker også på at systemmøtet som arena for kompetanseoverføring kan gi en litt for smal kontaktflate til tjenestene. Hva er så alternativene?

Vi har her sett hvordan andre spesialistenheter arbeider. Alle enheter kan ikke jamføres fordi de har ulik organisasjon og ulike ressurser. Men dersom vi i denne sammenheng ser bort fra dette grunnlaget og bare ser på metoder og modeller, finner vi to hovedmodeller:

- Kommunegruppemodellen med geriatrikontakter i kommunene
- Veiledning fra utredningsenheten knyttet til praksisfeltet og pasientutredningen

Veiledning knyttet til praksisfeltet er den mest omfattende og den mest brukte tilnærmingen i vårt materiale. Vi kan se grepene som et forsøk på å danne ulike typer av arenaer hvor kunnskapsoverføring kan finne sted:

Vi har *hjemmebesøkene*, enten som ledd i en ambulant utredning eller som forvern før innlegging i institusjon, eller tilsvarende besøk hos pasienten i lokal institusjon.

Videre har vi tilbudene om *veiledning og hospitering* til kommunehelsepersonell i forbindelse med utredning av pasienter i institusjon. Her er det den utredende sengeposten som blir veiledningsarenaen.

Og vi har *møter underveis* i en utredning og *utskrivingsamtaler*. Formålet her er gjerne å avtale et praktisk opplegg for pasienten før utskrivning, eller ved utskrivning å overbringe informasjon fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Her er det institusjonen som blir arenaen.

Vi finner at Rosenborgsenteret synes å gjøre mye av det samme som andre utredningsenheter overfor førstelinjetjenesten:

Rosenborgsenteret tilbyr hospitering til personalet i sykehjem, dagsenter og hjemmetjenesten og driver veiledning ute, rettet mot ulike tjenester og aktører. Rosenborgsenteret har også, som andre enheter, møter med førstelinjetjenesten underveis eller mot slutten av en utredning - systemmøtet.

Men møtene med førstelinjetjenesten (og pårørende), handler ikke om det samme i Rosenborgsenteret og i de øvrige utredningsenhetene. Gjennomgående oppfatter vi at disse møtene i andre utredningsenheter innebærer at partene setter seg ned sammen for å drøfte og finne løsninger eller at møtet er en overføring fra andrelinjetjenesten til førstelinjetjenesten. Vel blir mulige løsninger drøftet på Rosenborgs systemmøte, men vekten ligger mer på hvordan de ulike parter forstår situasjonen, og på deres problemer og bekymringer. Systemmøtet i Rosenborgsenteret er ikke i samme grad et saksorientert diskusjonsmøte mellom parter, men en prosess som skal lede fram mot forståelse og bearbeiding av relasjoner. Her gir Rosenborgsenterets systemteoretiske grep og kommunikative teknikker møtet et annet innhold. At de samme parter møter, er bare en ytre formlikhet. Det er derfor viktig i videre arbeid å se på *innholdet i møtene og metodene*. Metoder, utredningsprosesser osv kan se like ut eller omtales ved de samme begreper (f.eks nettverksmøter og komparentsamtaler) uten at de har det samme innholdet.

Flere utredningsenheter foretar hjemmebesøk, noe Rosenborgsenteret også gjør. Men Rosenborgsenteret går ut alene, evt sammen med pårørende. Andre enheter går ut sammen

med førstelinjetjenesten og får med det en arena med muligheter for utvekslinger og overføring av kunnskap. *Dette hjemmebesøket kan evt Rosenborgsenteret utvikle videre for å styrke sin kontakt mot førstelinjetjenesten.*

1 Innledning

1.1 Hva er Rosenborgsenteret?

Rosenborgsenteret er en utrednings- og behandlingsavdeling for pasienter med demens og demensliknende symptomer ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. Senteret består av geriatrisk poliklinikk, nevropsykologisk seksjon, uteteam og dagobservasjonsenhet.

Utredningen er tverrfaglig og foregår poliklinisk. Den retter seg mot å stille diagnose, vurdere omsorgsnivå, samt gi råd om tilrettelegging rundt pasienten i pasientens boligen mht. boligendringer, hjelpemidler og tjenester. Utredningen har to deler, *ekspertutredningsdelen* (medisinsk og psykologisk) og *systemutredningsdelen*. I systemutredningsdelen går senteret inn og kartlegger funksjon og hjelpebehov hos pasienten. Dette skjer gjennom en kartlegging av og i systemet/nettverket rundt pasienten. I nettverket er medregnet både familie, venner og naboer, samt offentlige tjenesteutøvere og aktører i private institusjoner, som eldresentre o.l.

Systemutredningsdelen

Metodikkene bak Rosenborgsenteret tar utgangspunkt i bla systemteoretiske tilnærminger. Fokus ligger på pasienten og problemet, og på relasjonene mellom pasienten og de som omgir pasienten, pårørende og hjelpere. Relasjonene mellom pasienten og hjelperne kan være både funksjonelle og dysfunksjonelle. Det kan ligge uheldige føringer i systemet rundt pasienten som bidrar til en definisjon av "problemet" som gjør problemet unødig vanskelig å løse. Et viktig poeng er at det er ikke den demente som kan helbredes eller endres, det er det systemet som omgir pasienten som må endre seg for å ta opp den ubalanse som demensen innebærer. Tanken er at ved å jobbe med relasjonene rundt pasienten kan en oppnå endret forståelse og muligheter til å redusere problemet. Gjennom arbeid med systemet sikter senteret mot å styrke kontakten mellom pårørende og hjelpere, samt å bearbeide relasjonene rundt pasienten for å høyne pasientens livskvalitet, noe som kan føre til at pasienten kan bo lenger hjemme.

Gjennom systemarbeidet kan det også overføres faglig innsikt og metodisk kompetanse fra andrelinjetjenesten til førstelinjetjenesten. Denne systemtilnærmingen i arbeidet rundt pasienten er en metode som er ment å kunne overføres til arbeidet i de hjemmebaserte tjenestene selv.

Denne evalueringen er en evaluering av systemutredningsdelen av Rosenborgsenterets utredning, en evaluering av arbeidet mot førstelinjetjenesten og de pårørende.

I en utredning kan det inngå en rekke undersøkelser, både poliklinisk, i sykehus, i dagobservasjonsenhet og ved hjemmebesøk. Til dette arbeidet er det knyttet en rekke undersøkelsesmetoder, tester og hjelpemidler. Dette faglige opplegget er det tidligere redegjort for i Høyesteren 1998. Vi vil derfor ikke gå nærmere inn på hva som gjøres av medisinske og nevropsykologiske undersøkelser, observasjonsmetoder, hjelpemidler utviklet for observasjon i dagobservasjonsenheten og standardiserte undersøkelser for bruk ved hjemmebesøk.

1.2 Kort om evalueringen

For å få et innblikk i hvordan systemutredningsdelen foregår og hvordan den forstås av de som er ment å bli hjulpet, har vi intervjuet brukere, både pårørende og hjelpere. Vi har her

intervjuet ansatte i de hjemmebaserte tjenestene, både de som utfører tjenestene og de som utreder og beslutter mht. tildeling av tjenestene. Videre har vi intervjuet pårørende, og vi har deltatt i ulike møtetyper i Rosenborgsenteret som observatører. Vi har også gjennomgått et utvalg av journaler for å se på hvordan typiske saksforløp foregår og forholdet mellom senterets anbefaling og det utfallet som saken fikk.

Når vi skal se på Rosenborgsenterets påvirkning og utfall i enkeltsaker, må vi også ta i betraktning at det finnes andre føringer som vil påvirke så vel bydelens problemsforståelse og vurderinger, som utfallet i enkeltsaker. Ansatte i de hjemmebaserte tjenestene er ikke bare deler av et uformelt nettverk rundt den enkelte pasienten. De er også medlemmer av formelle organisasjoner med mål, ressurser og handlingsregulerende regler. Organiseringen av tjenestene, den formelle organisasjonen, har de siste årene vært under endring og organisasjonens ”logikk” er ikke den samme i dag som under utarbeidelsen og utprøvingen av Rosenborgsenterets metode. Vi må derfor se på hvordan pleie-rehabilitering og omsorgsavdelingene er organisert og prosessuelle regler som har betydning for deres saksbehandling og tildeling av tilbud til eldre. Dette skal vi komme tilbake til når vi formulerer evalueringens problemstillinger og metodisk tenkning i kap 3.

For å få en bakgrunn for å vurdere de ulike brukergruppers problemforståelse og erfaringer knyttet til Rosenborgsenteret og dets metode, vil vi først gi en beskrivelse av den tenkning som har styrt praksisutviklingen, hvordan arbeidet er organisert og strukturert og den historien som ligger bak senteret, slik vi i dag kjenner det.

Deretter vil vi se på hvem som er Rosenborgsenterets brukere ved å gi en oversikt over henvisningsmønsteret og hvordan dette har utviklet seg over tid. Dette er konteksten for de erfaringer som ansatte i de ulike bydelers tjenester høster i samarbeidet med Rosenborgsenteret. Som vi vil se, er alle de tre bydelene brukere av Rosenborgsenteret, men bruken av senteret synes å være forskjellig.

Videre vil vi legge fram erfaringer fra de pårørende og fra tjenestene med bruken av Rosenborgsenteret og se disse erfaringene i lys av den konteksten hver av gruppene er plassert i. Spesielt vil vi se på erfaringene knyttet til systemmøtene, eller som en ansatt formulerte det: ”Det er systemmøtene som er samarbeidet”. Disse samarbeidserfaringene er knyttet til utredningsprosessen og disse prosesserfaringene vil være med å belyse utfallet eller resultatet i enkeltsaker.

Videre vil vi presentere en oversikt over saker behandlet i 2001 og hvilke undersøkelser/tiltak som har vært inne i den enkelte sak. Dette for å vise hvor mange saker som er enkle kontra sammensatte. Denne oversikten tjener også som en bakgrunn eller kontekstualisering av det utvalget av saker som vi har registrert og kategorisert for å se på hvordan Rosenborgsenteret påvirker utfallet i enkeltsaker og hvordan forholdet mellom anbefaling og utfall kan forstås og forklares.

Vi vil se på spørsmålet om overføring av kompetanse til førstelinjetjenesten, noe som er lite målbart. Her beskriver vi hvordan Rosenborgsenteret jobber og tenker metodisk. Vi vil sette dette inn i en sammenheng ved også å trekke inn hvordan andre utredningsenheter innen demensfeltet arbeider mot pårørende og mot førstelinjetjenesten.

1.3 Hvordan ser alderspsykiatrifeltet ut i Oslo kommune¹

For å plassere Rosenborgsenteret, vil vi her gi en oversikt over tilbud og organisering av alderspsykiatrien i annenlinjetjenesten i Oslo. Denne organisasjonen og arbeidsdelingen er et resultat av de mange stegvise endringer som samlet gir dagens struktur og tilbud til eldre. Vi har i vedlegg 1 laget en figur som viser denne organisasjonen. Et hovedskille går mellom medisinske seksjoner som legger hovedvekten på somatiske (kroppslige) sykdommer, og psykiatriske seksjoner som har hovedfokus på psykiske sykdommer. Geriatri er vanligvis organisert inn i de medisinske seksjonene, mens alderspsykiatri sorterer under psykiatrien. Demens står i en mellomstilling, og håndteres i alderspsykiatriske så vel som geriatriiske avdelinger.

Begrepet alderspsykiatri brukes gjerne om psykiatriske lidelser som oppstår i alderdommen, eller som forverres eller kompliseres i forhold til den tidligere sykdommen (Nordberg 2000:9). Fagfeltet ligger i grenslandet mellom geriatri, som behandler sykdommer hos eldre mennesker, og psykiatri, som arbeider med psykiske lidelser generelt. De første alderspsykiatriske avdelingene i Norge hadde sterkest røtter i psykiatrien, men også de geriatriiske miljøene har vist stor interesse for dette feltet (ibid.). Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor diagnostisering og behandling av blant annet demens synes å være organisert på ulike måter i ulike sykehussektorer. Som hovedregel er det likevel slik at dersom pasienten ikke har psykiatriske lidelser ut over demens, vil vedkommende vanligvis bli tatt hånd om i de geriatriiske avdelingene. Dersom det derimot foreligger tilleggdiagnoser som depresjon, eller betydelige adferdsforstyrrelser, vil det oftere bli ansett som en sak for alderspsykiatrien. Som vi skal se nedenfor, har alle sykehussektorene tilgang til alderspsykiatriske sengeavdelinger og poliklinikker. Innenfor de medisinske seksjonene er Hukommelsesklinikken i Ullevål sektor spesielt fokusert mot demenssaker, slik Rosenborgsenteret er det i Lovisenberg sektor. I de øvrige to sykehussektorene vil rene demenssaker kunne behandles ved avdeling for geriatri og rehabilitering ved Aker sykehus, og ved geriatriisk poliklinikk ved Diakonhjemmet.

Ullevål sektor

I Ullevål sektor er den alderspsykiatriske virksomheten delt mellom Ullevål sykehus og Vardåsen. Den alderspsykiatriske avdelingen ligger på Vardåsen og består av sengeposter og poliklinikk. Ved Ullevål sykehus er Geriatriisk avdeling og to andre sykehusavdelinger samlet i Klinikk for geriatri og rehabilitering. Psykogeriatrisk poliklinikk er en del av geriatriisk avdeling. Den består av Hukommelsesklinikken som foretar utredning og diagnostisering ved mistanke om mental svikt, både hos eldre og yngre pasienter, og en dagutredningsenhet. Denne kan gjøre vurderinger av funksjonsnivå og omsorgsbehov ved observasjon over to dager, uten innleggelse i sykehus. I tillegg har poliklinikken et team som drar på hjemmebesøk. Da vil pårørende og eventuelle etablerte hjemmetjenester som oftest være til stede, og veiledning for disse står sentralt i tilbudet.

¹ Denne fremstillingen bygger på internettbasert informasjon fra den kommunale stiftelsen Geria:

<http://www.geria.org/Alderspsykiatri/alderspsykiatri.htm> <http://www.geria.org/index.htm>

<http://www.ulleva.no/>

<http://www.aker.uio.no/>

<http://diakonsyk.no/>

<http://www.lds.no/>

og intervju med Rosenborgsenteret

Disse enhetene i geriatrik avdeling samarbeider dessuten med avdeling for nevropsykologi og rehabilitering, som har ansvar for hjerneorganiske skader. Denne avdelingen inngår også i Klinik for geriatri og rehabilitering.

I tillegg til dette har Ullevål sektor et alderspsykiatrisk senter under psykiatrisk divisjon. Dette ligger på Grønland. Senteret består av en poliklinikk, et uteteam og to dagavdelinger. Poliklinikken skal supplere distriktpsykiatriske sentra med polikliniske tjenester, og har som målsetning å gi rask hjelp til primærhelsetjenesten i bydelene i Ullevål sektor. Uteteamet besøker nye pasienter før opptak ved avdelingen, følger opp enkelte pasienter etter utskrivning, og deltar for øvrig i poliklinisk virksomhet og veiledningsarbeid. Dagavdelingene gir tilbud til pasienter med funksjonelle psykiske lidelser, med sikte på å støtte og styrke evnen til egenomsorg for at pasienten skal klare å bo i eget hjem.

Psykiatrisk divisjon har videre en alderspsykiatrisk døgnavdeling på Vardåsen i Asker med fem enheter. Den ene av disse er rettet mot pasienter med demens som hovedproblemstilling og psykiatriske tilleggsproblemer, mens de øvrige tar imot pasienter med andre typer psykiatriske problemstillinger som hovedproblem. Avdelingen har også et psykiatrisk sykehjem i Eidsvoll.

Aker sektor

I Aker sektor er virksomheten fysisk delt mellom Gaustad og Aker sykehus, samt Grefsenlia.

Medisinsk klinikk er lokalisert på Aker sykehus og omfatter blant annet avdeling for rehabilitering og geriatri. Avdelingen har en akuttgeriatrik sengepost som tar i mot ved behov for sykehusinnleggelse, og starter tidlig rehabilitering. Videre har avdelingen medisinsk rehabiliteringspost, daghospital, geriatrik poliklinikk og områdegeriatrik team, og dessuten kirurgisk/ortopedisk rehabiliteringspost.

Den alderspsykiatriske avdelingen ved Aker sykehus hører inn under klinikk for psykiatri, og er beliggende på Gaustad. Avdelingen har to avsnitt med døgnpleie og en poliklinikk. Det ene døgnavsnittet står for utredning og behandling av funksjonelle psykiatriske lidelser, mens det andre er rettet mot utredning og behandling av komplisert aldersdemens. Målet for demensutredningsavsnittets virksomhet er å avklare diagnoser og å finne fram til tiltak, miljømessige, medikamentelle eller andre, som kan lindre lidelsen og ivareta pasientens livskvalitet på et lavere omsorgsnivå etter utskrivning. Poliklinikken skal supplere de distriktpsykiatriske sentra i bydelene som et særlig tilbud tilpasset eldre. Den legger særlig vekt på samarbeid med 1. linjetjenesten og pasientenes pårørende, og påtar seg utredning og behandling, samtidig som den gir veiledning og undervisning i enkeltsaker. Demensutredningsavsnittet og poliklinikken samarbeider om veiledning og kompetanseoverføring til bydelene i arbeidet med å utvikle behandlings- og omsorgstilbud der.

Grefsenlia alderspsykiatriske bo- og behandlingssenter sorterer under alderspsykiatrisk avdeling, men eies av Oslo og Aker krets av Norske kvinners Sanitetsforening. Det har en egen avdeling for aldersdemente med psykiatriske tilleggsproblemer.

Diakonhjemmet sektor

Diakonhjemmet sykehus har en alderspsykiatrisk avdeling på Søndre Borgen i Asker. Denne betjener både Diakonhjemmet sektor og Lovisenberg sektor. Avdelingen har tre sengeposter, hvorav én for demente med psykiatriske tilleggsproblemer. Avdelingen omfatter videre en alderspsykiatrisk dagavdeling som er beliggende på Diakonhjemmet sykehus. Her finnes også

en alderspsykiatrisk poliklinikk, som siden mai 2001 har overtatt den polikliniske virksomheten fra Oslo Hospital. Poliklinikken dekker hele Diakonshjemmet sektor og hele Lovisenberg sektor.

Lovisenberg sektor

Lovisenberg sektor betjenes av den alderspsykiatriske poliklinikken under Diakonshjemmet sektor og alderspsykiatrisk poliklinikk ved Diakonshjemmet.

I tillegg har Lovisenberg sykehus Rosenborgsenteret som et utrednings- og behandlingstilbud for demente.

Lovisenberg sykehus

Lovisenberg sykehus er organisert som åtte avdelinger under en stab, derav tre serviceavdelinger (service, drift og administrasjon). De fem øvrige avdelinger/klinikker er: Psykiatrisk klinikk, medisinsk klinikk, kirurgisk avdeling, Hospice og Rosenborgsenteret. Under medisinsk klinikk ligger i alt fire sengeposter, i tillegg til Daghospitalet (post 8) og Geriatrisk poliklinikk. Alderspsykiatrisk avdeling på Søndre Borgen ligger under alderspsykiatrisk avdeling ved Diakonshjemmet sykehus, men er felles for Diakonshjemmet og Lovisenberg sykehus.

2 Rosenborgsenteret og arbeidet mot førstelinjetjenesten og de pårørende

2.1 Rosenborgsenterets forhistorie²

Arbeidet med og utredningen av aldersdemens har en relativ kort historie, og vi har 1990-tallet sett en utvikling i kompetanse, ressurser til og organisering av dette arbeidet.

Med bakgrunn i innstillingen ”Psykisk helsevern og psykiatrisk helsetjeneste i Oslo – en utviklingsplan 1985-2000”, ble det i Oslo i 1984 nedsatt en arbeidsgruppe. Denne arbeidsgruppen så det som en viktig oppgave at det ble sørget for at de eldre fikk rask, grundig og god diagnostisk service, og samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten rundt de aldersdemente ble godt.

I 1985 ble det i Oslo opprettet et gereoteam med tre personer ved Dikemark sykehus. Temaet gjorde vurderinger av pasienter ved hjemmebesøk som et ledd i samarbeidet med og hjelp til førstelinjetjenesten.

I løpet av 1980-tallet ble det ved Menighetssøsterhjemmets sykehus (senere Lovisenberg Diakonale Sykehus³) utviklet et program for oppsøkende geriatri for en del av sykehussektoren. Dette miljøet utviklet videre det som kom til å bli Rosenborgprosjektet og finansiert av Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram for aldersdemens (1990 - 1996). Innenfor dette programmet var utvikling av metoder for utredning og diagnostikk av demenssykdommer et prioritert område (Sosial- og helsedepartementet 1996:6).

Det ble i 1988 utarbeidet en prosjektbeskrivelse ”Utrednings- og behandlingsavdeling for pasienter med demenstilstand” (Engedal 1988, her etter Høyersten 1998), og sykehusets utredningsavdeling laget i 1989 ”Forslag til 3-årig prosjekt på feltet aldersdemens”. Den overordnede målsettingen ved prosjektet var å gi flest mulig demente pasienter best mulig hjelp, for enten å utsette institusjonsinnleggelsen og/eller gi råd om institusjonsinnleggelse på lavest mulig omsorgsnivå (Høyersten 1998:15).

Det heter i forslaget: ”Den overordnede målsettingen for tiltaket, som er lokalisert til Menighetssøsterhjemmet i Lovisenberg sektor i Oslo, er å utrede pasienter med demens og demensliknende tilstander. Hensikten er å stille tidlig diagnose og best mulig tilrettelegge behandling både i forhold til pasienten og pårørende. Dette innebærer en kartlegging av omsorgsbehovet og utvikling av samarbeidsformer mellom sykehusavdelinger, det offentlige hjelpeapparat og pårørende. Utviklingen av en rådgivningstjeneste er innbygget i planen, samt intensjonen å øke kunnskapsnivået blant helsepersonell.” (Høyersten 1998:13).

² Avsnitt 2.1 bygger på Jan Høyersten (1998) Rosenborgprosjektet. Utredning og behandling av hjemmeboende aldersdemente i somatisk lokalsykehus”. Erfaringer fra et 3-årig prosjekt ved Menighetssøsterhjemmets sykehus høsten 1990 – våren 1993. Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram om aldersdemens. Rapport nr.19. INFO-banken 1998.

³ Menighetssøsterhjemmets og Lovisenberg sykehus ble begge nedlagt 31. desember 1992, og det nye sykehuset Lovisenberg Diakonale Sykehus opprettet 1. januar 1993, eid av Diakonissehuset (tidligere eier av Lovisenberg sykehus) og Menighetssøsterhjemmet med 50 % hver. Denne fusjonen berørte også Rosenborgprosjektet som ble beskåret fra seks til fire stillinger. Dette skjedde åtte måneder før prosjektet var avsluttet (Høyersten 1998).

I bakgrunnen for søknaden pekes det på utbredelsen av demens og demensliknende tilstander, og at for denne pasientgruppen blir ofte innlegging i institusjon sett som eneste løsning. ”Tilstanden er ofte underdiagnostisert, og det er vanlig at det offentlige helse- og omsorgsapparatet først kommer i kontakt med de demente pasientene og pårørende først når det har oppstått en ”sosial omsorgskrise”. De gamle pasientene blir da altfor ofte innlagt i en akuttmedisinsk avdeling i påvente av institusjonsplass.” (ibid:14). Det var for prosjektet ønskelig å arbeide med pasienter i en tidlig fase, der det er usikkert om demens er under utvikling (ibid:20). Vi kan på denne bakgrunn si at det har vært et mål å drive tidlig intervensjon.

For Rosenborgprosjektet var de viktigste oppgavene å:

- Utføre *medisinske diagnostiske undersøkelser* av pasienter ved mental svikt for å påvise potensielt reversible tilstander
- *Kartlegge pasientens omsorgsbehov* ved å utarbeide optimale hjelpetiltak i samarbeid med den lokale helse- og sosialtjenesten
- *Opprette rådgivings- og tilsynstjeneste* for avdelinger i somatiske sykehus, og rådgiving til helseinstitusjoner som har demente pasienter med betydelig atferdsavvik (Høyersten 1998)

2.2 Rosenborgprosjektet og dets metodiske tenkning

Systemteori og familierapi

Rosenborgsenteret har utviklet en metodikk som bygger på ulike psykologiske og samfunnsvitenskapelige teorier, og der tankene om god praksis har hentet mye av sin næring fra familierapeutiske tilnærminger.

Utgangspunktet ligger i *systemteori*. Systemterminologien har vokst fram i et tverrfaglig samspill mellom fysiologi, kybernetikk, informasjonsteori og spillteori. Individet/pasienten og dennes omgivelser ses som et sosialt system, og endringer i en del av systemet vil ha ringvirkninger i hele resten av systemet. Sterkt forenklet representerer systemteori-perspektivet et syn om at alt ”henger sammen”. Systemer er avgrensbare sammenhenger mellom elementer, i vekselvirkning med indre og ytre miljø (Brinkmann 1991)⁴. I flere systemteoretiske tilnærminger ligger også en tanke om at systemet søker å være i *likevekt*.

Systemteoretiske tilnærminger har ligget bak utviklingen av ulike familierapiformer, og i løpet av 1960-tallet ble det gjort forsøk på å overføre familiesystemtenkning også til arbeidet rundt eldre. Herr og Weakland oppsummerer i sin bok *Counseling Elders and their Families* (Herr og Weakland 1979) den grunnleggende enigheten innen ”familierapibevegelsen ” og at pekte på at denne kunnskapen kunne være et faglig ståsted for videre utarbeidelse av metoder rettet mot å forstå og hjelpe eldre.

Forfatterne tar utgangspunkt i at kommunikasjon og interaksjon påvirker hvordan vi fungerer. I varige og stabile relasjoner vedlikeholdes og utvikles relasjonene ved at vi gjensidig

4 I systemteori snakker en både om åpne og lukkede systemer, der en i lukkede systemer, f.eks. i kybernetiske modeller tenker seg at hver del i systemet er svært mottakelig for forandring fra andre deler av systemet. Tenker vi om systemteori som modeller for åpne systemer, trer omgivelsenes betydning tydeligere fram: Delen i systemet er bare svakt knyttet til andre elementer og hver av systemets elementer er fri til å gjøre selvstendige handlinger.

bekrefter hverandre. I denne interaksjonen må vi ta i betraktning både menneskers handlinger, tanker og følelser. Slik kommunikativ bekreftelse forekommer i enhver sosial organisasjon, men er spesielt viktig i familier, fordi familien som gruppe eller system både varer og er viktig, både praktisk og emosjonelt.

I et slikt system er det problematisk når det skjer atferdsendringer som er alvorlig forstyrrende for en person eller for andres opplevelse av han/henne. I slike systemer kan det da skje at endringen fremkaller atferd hos ett eller flere medlemmer som vedlikeholder problemet i stedet for å løse det.

Endring og påvirkning skjer i samhandlingsprosesser. Gjennom samhandling og kommunikative prosesser er/kan vi settes i stand til å reflektere over oss selv og våre omgivelser. Hver av oss er aktive og skapende, som tolker og preger våre omgivelser. Nye forståelser og handlinger skapes aktivt i denne prosessen. Gjennom å påvirke systemet rundt den begynnende demente, vil en få til (små) endringer i forståelser og relasjoner som fører til at en ser nye løsninger på problemer en står overfor eller at definerte problemer ikke lenger forstås som så problematiske.

For å løse problemet må en gå inn i systemet og endre medlemmenes oppfatning av atferden og atferdsendringen. Oppgaven for terapeuten eller den som går inn i systemet er å få deltakerne til å endre atferd eller forståelsen av atferd, og som medlemmene i systemet ikke selv er i stand til å se eller gjøre noe med.

Implikasjonene av disse ideene er at hjelperen konsentrerer seg om her-og-nå-situasjonen, som kan observeres og influeres. Fokus for denne tilnærmingen ligger ikke på de konkrete problemene eller vanskene i situasjonen: *Det viktige er hvordan problemene håndteres*. Med fokus på problemene vil vi ofte fastholde dem. Ser vi i stedet på hvordan problemene kan håndteres, kan vi åpne for endring. Ved å legge vekt på hvordan forhold i systemet, mellom medlemmene, opprettholdes gjennom gjensidig påvirkning i kommunikasjonene, får rådgiveren en mulighet til å påvirke (tildels store) problemer med enkelt grep (Herr og Weakland 1979:52).

Rosenborgsenteret tar som utgangspunkt at en (begynnende) dement person er avhengig av sine omgivelser, og det er derfor meningsfullt å gi hjelp til både pasienten og til dem som omgir han eller henne. Når en person i et familiesystem endrer atferd, vil dette få ringvirkninger i hele systemet. *Men i et system med en dement person, er det ikke den demente som kan endre seg, endringsmuligheten ligger derfor i resten av systemet* (Aursand 1998).

Rosenborgsenteret ser enhver pasient som en del av en sosial kontekst. Denne konteksten utgjøres av familie, venner, naboer og også andre som pasienten har kontakt med. Disse andre kalles også for "de betydningsfulle andre"⁵. Det kan være førstelinjetjenesten, eldresenteret eller andre. En (begynnende) dement person er avhengig av sine omgivelser, og det er derfor

⁵ Mead [1932](1969) skilte mellom personers primær- og sekundærrelasjoner. Primærrelasjonene kalte han "the significant others" (de betydningsfulle andre) og omhandler stabile, betydningsfulle samhandlingsforhold, der relasjonen var preget av intimitet og følelsesmessig innlevelse. I Rosenborgsenterets begrepsbruk er nettverket rundt den demente regnet som de "betydningsfulle andre", uavhengig av om vi snakker om primær- eller sekundærrelasjoner.

meningsfullt å gi hjelp til både pasienten og til de som omgir han eller henne. Arbeidet med den demente kan slik sett både være å gi hjelp til ulike aktører i systemet rundt pasienten, men også bidra til endring av relasjoner og endret forståelse av relasjoner .

Det ligger til grunn at metoden har mange brukere og det eksisterer mange problemforståelser. Pasienten har eller tilskrives visse problemer, men det er samtidig slik at alle i nettverket selv vil oppleve noe som problematisk, og det kan være forskjellig for de ulike personene som omgir pasienten. De problemene som den datteren som går daglig hos sin mor opplever, vil ofte være forskjellig fra hva en fjernere bosatt søster eller bror opplever og forskjellig fra hva hjemmehjelpen opplever som problematisk. Men de inngår alle i pasientens nettverk og alle problemforståelsene tas på alvor. Alle har sin relasjon til pasienten og alle er like meningsberettiget.

Systemdelen

I senterets beskrivelse av metodikk, kalles denne delen av utredningen for familiearbeid, fordi dette arbeidet har vært knyttet opp til den familieterapeutiske tradisjonen. Betegnelsen kan lett føre til den misforståelsen at det er spesielt familien rundt den demente en beskjeftiger seg med. *Vi vil derfor her bruke betegnelsen systemarbeid om arbeidet mot pårørende og førstelinjetjenesten.*

I den psykologisk/medisinske tradisjonen har det tradisjonelt ligget en føring der fagene på selvstendig grunnlag bestemmer hva som både er problemet og løsningen. Denne tradisjonen forlater Rosenborgsenteret i systemarbeidet: Rosenborgsenteret er ikke spesialister på hva som er andres problemer: Det må de selv definere. Den som eier problemet, er også ekspert på problemet. Metodisk går medarbeiderne derfor inn og kartlegger hva som oppleves som problematisk for de ulike parter. Dette kan være praktiske problemer, men også ulike oppfatninger og konflikter mellom aktørene.

Ved å gi gode og ”tykke” beskrivelser av pasienten, kan det være mulig å finne ut hvor i interaksjonen mellom pasient og omgivelse det finnes problemer som kan reduseres (Høyersten 1998:21). Disse opplysningene innhentes i samtaler med de ulike aktører, observasjoner ved hjemme-besøk, i møter i senterets regi og i systemmøtene (møtene med ”de betydningsfulle andre”).

Våre problembeskrivelser og oppfatninger uttrykkes gjennom språket, og de forestillinger vi har om oss selv og andre er formet av den måten vi snakker om det på, med andre. Måten vi snakker om personer og situasjoner, former vår oppfatning av dem. Relasjoner kan derfor bearbeides ved å *stille spørsmål ved måten vi språkliggjør et forhold*. Senteret har derfor utviklet kommunikative strategier for å bearbeide relasjoner mellom aktører i en pasients nettverk. Spørreren tar utgangspunkt i den andres bekymring og holder fokuset på den annen. Utrederens oppgave er å stille spørsmål slik at alle presenterer sitt problem. Utrederer er en *prosessleder* og en medutforsker og skal stille spørsmål slik at de åpner for refleksjon. Gjennom refleksjonene kan alle parter vinne ny innsikt som igjen vil kunne gi endringer i atferd eller i hva en problematiserer.

Forsiktig involvering

I denne metodikken er det viktig at prosesslederen avholder seg fra direkte involvering i problemsituasjonen ved å argumente for en problemforståelse, gi konkrete råd eller ved å engasjere seg emosjonelt (Aursand 1998). Familiearbeideren skal ikke ta stilling til ulike problemformuleringer. Familiearbeideren skal heller ikke i den språklige responsen dvele ved

egne følelser: "Så forferdelig sliten du må være". En involvering der utforskeren tar stilling, bringer ikke prosessen videre. Prosslederen bør heller utforske den annens dilemma ved å stille nye spørsmål for der igjennom å oppnå endret forståelse og muligheter til å redusere problemet. Målet er at alle parter bidrar i en reflekterende prosess.

Fra frustrert til undersøkende

I den metodiske tenkningen skiller Rosenborgsenteret mellom tre typer ulike betydningsfulle andre, og her prøver en å bearbeide en av typene. Den første er de perifere personene som ikke følelsmessig er involvert. Disse gir opplysninger. Den andre kategorien er de som formidler mye bekymring, problemer og frustrasjon og forventer å få en løsning i møtet med fagfolkene. Den tredje kategorien, er de pårørende som har et problem og har et ønske om å gjøre noe med det og *derfor er åpne for å undersøke det som er problematisk på nytt*. Det er da et poeng å få de frustrerte til å se på problemet en gang til, å få dem til å utforske sin oppfattelse av virkeligheten (Munz og Høyersten 1993). Poenget er å bevege de som er i kategori to til å tenke og handle som kategori tre. De kommunikative prosessene, i samtaler i ulike fora, ønsker å bevege deltagerne fra å være bekymret, på jakt etter en rask løsning til å undersøke problemet på nytt.

Løsningsfokusert tilnærming

Senteret legger videre til grunn at den som kjenner problemene også er de(n) nærmeste til å kjenne løsningen. Både i individuelle samtaler og i møter med familie og hjelpere, kartlegger en problemer og forsøk på og erfaring med tidligere løsninger. Det viser seg ofte at en gjentar "løsninger" som ikke fungerer. Dette er tiltak som er gjort i beste mening. Her er det viktig å tillate seg å slutte med det som ikke virker og se på nye løsninger. Det er viktig at de som er eksperter på problemene, klarer å komme fram med *hva de selv tror er lettest å forandre på*. En tilnærming her er å granske, ikke det som gikk dårlig, men de erfaringene der en har lykkes eller vært i nærheten av å lykkes med noe. Ved å dvele ved de gode løsningene, øker en sjansen for at de kan videreutvikles og brukes om igjen i nye situasjoner (Aursand 1998). Dette er en tilnærming brukt innen familieterapi og som nå også brukes innen organisasjonsutvikling, jfr. Langslet 2000.

P-R-S modellen

For å sortere denne informasjonen utredningen innhenter og mottar, har de utarbeidet en modell, P-R-S modellen. Modellen er også et hjelpemiddel for å se hvor problemet i saken ligger. De skiller her mellom hva som er knyttet til Personen - P, til Situasjonen - S og til Relasjonen - R. Alle opplysninger som har med personene å gjøre, sorteres under person. Dette kan være observasjoner av fysisk og psykisk tilstand, kognisjon, emosjon og atferd. I tillegg kommer observasjoner/undersøkelser av praktiske ferdigheter.

Mange av problemene hos de som er pasientens nærmeste, handler om atferden til pasienten eller den pårørende eller hjelperens bekymring over denne atferden. Dette er et problem som i hovedsak kan knyttes til Personen, men også til Relasjonen, fordi en bekymring ofte gjør noe med relasjonen mellom personer (Mutz og Høyersten 1993). Et relasjonsproblem er et kommunikasjonsproblem som ligger mellom to eller flere personer. Når to eller flere personer tolker og vektlegger forskjellig i kommunikasjonen med hverandre, får vi et relasjonsproblem. Situasjonsproblemer er knyttet til det som har med pasientens bolig, sikkerhet i boligen og det fysiske miljøet.

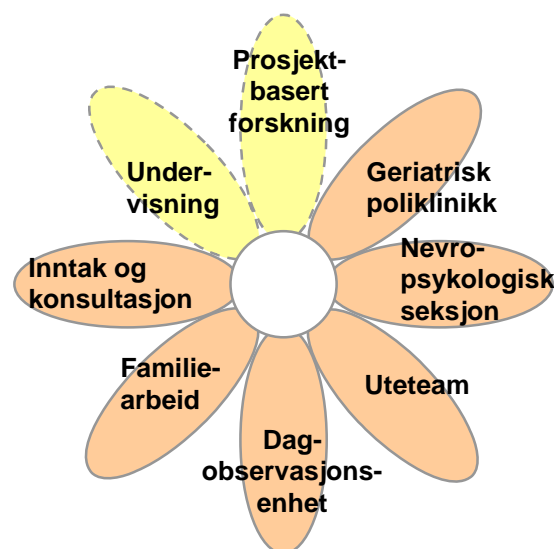
P-R-S modellen er slik et hjelpemiddel i analysen av situasjonen.

2.3 Rosenborgsenteret i dag - organisering og virksomhet

Rosenborgsenteret har i dag 13, 5 årsverk og ett prosjektbasert forskningsårsverk. Rosenborgsenteret har arbeidet mot pasienter og førstelinjetjenesten i tre bydeler og fra januar 2001 tok senteret i mot pasienter fra alle bydeler i Oslo. Rosenborgsenteret har åpen henvisningsrett for å sikre en lav terskel for å få hjelp. De fleste henvendelser kommer fra leger eller sykehusavdelinger, se tabell 2. Ved henvendelse vil senteret ta kontakt med pasientens lege for å få medisinske og sosiale opplysninger. Dersom det ikke foreligger tilstrekkelige medisinsk utredning, kan legen velge å organisere dette selv eller å overlate videre medisinsk utredning til Rosenborgsenteret.

Vi kan se senteret som sammensatt av åtte funksjoner.

Fig 1 Rosenborgsenterets funksjoner



Vi har her framstilt de ulike funksjonene med mørk og lys skravur. Funksjonene med mørk skravur er dem som inngår ved demensutredningen.

Til Geriatrisk poliklinikk kommer mange henvendelser knyttet til tidlig demens, til dels fra personer som selv er bekymret. Senteret arbeider med et østrogenprosjekt som involverer Geriatrisk poliklinikk. I deler av de tidlige utredningene er ofte bare Geriatrisk poliklinikk og Nevropsykologisk seksjon involvert, se fig 3. Til Nevropsykologisk seksjonen kommer også henvendelser knyttet til demens med depresjon/psykiatriske tilleggstilstander.

Systemutredningsdelen er knyttet til "kronbladene" Inntak og konsultasjon, Familiearbeid, Dagobservasjonsenhet og Uteteam.

En sak kommer først til inntaket der det vurderes hva som videre skal gjøres og hvilke informasjon som mangler/trengs. Vi kan her skille mellom ulike forløp. I de fleste tilfellene vil en i inntaket legge en plan for videre utredning. Men det kan være at utredningen som førstelinjetjenesten selv har gjort, (f.eks i de hjemmebaserte tjenestene) er kommet langt og at enheten selv bare har behov for hjelp til å tolke og videreutvikle sine egen data. Rosenborgsenteret gjør da dette som en konsultasjon. Dette er en relativt ny virksomhet. En sak kan også avvises eller sendes tilbake til bestiller for klargjøring av bestillingen, evt. for å få oversendt flere data før Rosenborgsenteret gjør noen vurdering.

Uteteamet går på hjemmebesøk ved utredninger der dette sees som ønskelig. Hjemmebesøket vil ofte skje i oppstarten av en sak.

I mange utredninger vil pasient være til *dagobservasjon* fire - seks ganger i løpet av to til tre uker. Her observeres de i hverdagslige situasjoner.

Familiararbeidet innbefatter alt samarbeid og samtaler med pårørende og det omtalte systemmøtet inngår som en viktig del av dette familiararbeidet. Men pårørende kan også ta kontakt separat for samtaler og rådgiving. Hjemmebesøkene fra uteteamet vil ofte være en del av familiararbeidet. Det kan også settes inn familiararbeid overfor pasienter som kommer til Geriatrisk poliklinikk og som ikke har noe relasjon til de hjemmebaserte tjenestene.

Undervisning og veiledning er knyttet til "kronbladene" Undervisning og til hele systemutredningsdelen. Vi har tidligere omtalt tenkingen bak systemmøtet og overføring av kompetanse til førstelinjetjenesten gjennom dette. Men det er også slik at det foregår hospitering fra sykehjem, dagsenter og hjemmebaserte tjenester i Dagobservasjonsenheten, i omfanget 50-100 personer i året. Veiledning og undervisning er utformet på ulike måter. Den spenner fra å legge opp og gjennomføre fagmoduler i den kommunale opplæringssetaten rettet mot primærhelsetjenesten til veiledning i sykehjem knyttet til vanskelig pasienter.

2.4 Utredningen som prosess

Utredningen er lagt opp som en prosess, der ulike møter og undersøkelser inngår og der strategien for prosessen legges for hvert enkelt case. I denne utredningsprosessen er det lagt inn ulike kontakter til pasienten, førstelinjetjenesten og til de pårørende. Selve organisasjons- og møtестrukturen er det som strukturerer og samordner det medisinsk/psykologiske arbeidet og familie- eller systemarbeidet.

Et av arbeidets resultater blir en tverrfaglig rapport som oversendes pasientens primærlege, hjemmebaserte tjenester eller andre aktører som har de samme regler mht. taushetsplikt som Rosenborgsenteret. Et annet resultat av prosessen er de endringer i problems forståelse og åpning for nye løsninger som finner sted underveis, *resultatene som ligger igjen i prosessen.*

Inntaksmøtet

Rosenborgsenteret opererer med åpen henvisning av pasienter. Henvisningene går til inntaksmøtet. Her vurderes "bestillingen" og hva den som henviser ber om, og det legges fram hva en allerede vet. Primærlegen tilskrives hvis henvisningen kommer fra andre. I brevet presenteres den problemstillingen som senteret tror de står overfor, og legen blir bedt om å gi medisinske opplysninger. Dersom det må innhentes ytterligere opplysninger, blir legen spurt om han/hun selv vil stå for dette eller om Rosenborgsenteret skal gjøre det.

Deretter legges det en strategi for utredning av det enkelte caset. Her tar en det første skrittet og vurderer om det mest tjenlige er f.eks. først å ta et hjemmebesøk eller en samtale med pårørende før en tar det neste skrittet. Eventuelt kan en legge opp hele undersøkelsen i dette møtet. Det kan variere hvordan prosessen for de enkelte casene startes. Imidlertid skal det alltid oppnevnes en primærkontakt for pasienten. Denne får koordineringsansvar for saken i den videre utredningen.

De som møter i inntaksmøtet er avdelingssykepleier, faglig leder av observasjonsenheten, koordinator for et spesifikt østrogenprosjekt, samt lege og psykolog. Avdelingssykepleieren leder møtet.

Møtet holdes hver uke og tar bare opp nye saker. Det er derfor forskjellig hvor mange saker det er på hvert møte.

Teammøtet

Dette er et møte for primærkontaktene i de ulike sakene, der sakene diskuteres og følges opp før de ev. tas opp i behandlingsmøtet. Dette er et faglig møte og forum for drøftinger for hvordan en skal tenke i den enkelte saken, f.eks. hvordan en ut fra foreliggende beskrivelser skal forstå situasjonen. Hva er problemet, hva sliter de ulike aktørene med og hva trenger de hjelp til? Hvordan hjelpe og støtte hjemmetjenesten og/eller familien i en vanskelig situasjon?

Behandlingsmøtet

Til det ukentlige behandlingsmøtet foreligger det en oversikt over alle saker som er under utredning i ulike stadier. I en alminnelig uke kan oversikten omfatte ca. 40 saker. Den store gruppen av saker til hvert møte er pasientsaker som er under utredning. På møtet vil det skje en faglig drøfting av noen av dem, og den som utreder kan f.eks. ta opp funn som han/hun ikke helt forstår. Det vil normalt ikke være behov for å ta opp alle saker på hvert møte.

Hensikten med å ta opp en sak er å følge opp det som gjøres, spesielt dersom det kan være behov for flere undersøkelser enn opprinnelig planlagt. Her vil f.eks. primærkontakten i en sak legge fram funn fra hjemmebesøk eller informasjon fra samtaler med pårørende eller andre.

En annen gruppe saker er de som er ferdig utredet. Ut fra de ulike undersøkelser som er gjort, av lege, psykolog, i dagobservasjonsenhet og gjennom hjemmebesøk og klinisk intervju, diskuteres diagnose, prognose, behandling og omsorgsnivå. Det er i dette møtet undersøkelsen konkluderes. Ut fra de foreliggende undersøkelser, diskusjoner og konklusjon, skrives den tverrfaglige utredningsrapporten. Denne sendes i kopi til primærlege og hjemmesykepleien.

På behandlingsmøtet møter alle. Det kan variere hvem som leder møtet.

Systemmøtet – en samarbeids- og påvirkningsarena

Ser vi på beskrivelsen som er gjort av prinsipper mht. arbeid mot nettverket, gjelder det i prinsippet alle møter og all kommunikasjon med pårørende og med tjenestene. Men i møteserien eller prosessen er det dannet en særskilt *arena* for å arbeide mot nettverket eller mot systemet, systemmøtet.

I dette møtet møter alle rundt pasienten som er relevant i det enkelte caset. Normalt betyr det pårørende og representanter for de hjemmebaserte tjenestene. Hvem som møter for de hjemmebaserte tjenestene vil variere. Normalt vil primærkontakten møte, ev. sammen med sone/distriktsleder, og i noen tilfeller vil representanter fra PRO-avdelingens bestillerenhet⁶ møte. I noen saker vil også andre med tilknytning til pasientene eller sakene være til stede, f.eks. representant for et eldresenter som kjenner pasienten, fra et dagsenter som pasienten vurderes for. I svært få tilfeller er pasientens primærlege til stede.

Pårørende kan være både nære og fjerne pårørende, det er de som har befatning med saken. Det kan være barn, ektefelle/samboer, nevøer og nieser eller barn av nære venner. Ut fra hva

⁶ I alle bydelene er arbeidet knyttet til institusjoner og tjenester for eldre organisert i en bestiller-utførermodell. Hvordan dette skillet er tenkt og begrunnet, samt hvordan det fungerer, vil fremkomme senere i evalueringen. Vi vil i denne utredningen kalle bestillerenheten for "bestillerenhet", uansett hva dette organisasjonsleddet kalles i den enkelte bydel.

vi erfarer i de casene vi har gjennomgått, er det slik at nære pårørende normalt ikke har noen daglig og *direkte* kontakt, bl.a. fordi de er flyttet ut fra sin oppvekstbydel og vil ofte være bosatt i omegnskommunene. Nettverkene blant de som emosjonelt står pasienten nær, kan ha stor geografisk utstrekning, og kontakten mellom pasient og pårørende kan ofte være basert på telefonkontakt, som f.eks. kontakten til en bestevenninne i et annet land. Flere av de intervjuede i hjemmetjenesten har understreket at mange av de eldre har et svakt sosialt nettverk. I visse områder bor det mange som har levd "moderne", med venne- og jobbrelaterte nettverk, og hjemmetjenesten ser at slike nettverk blir svake på eldre dager. Noen pårørende er derfor ikke "nære", men kan ha et mer saksavgrenset ansvar i relasjon til pasienten. Det er også saker der det ikke finnes eller er oppgitt pårørende og der bare hjemmetjenesten møter.

Vi ser at den gruppen som utgjør nettverket kan være svært forskjellig i sammensetning og med veldig ulik kunnskap om og ståsted i relasjon til pasienten.

Møtene er organisert og gjennomført etter en spesiell strategi. Det møter to medarbeidere fra Rosenborgsenteret og disse har to ulike roller. Den ene er møte- og *prosessleder* og er den som står for gjennomføringen av møtet og er den aktive mht. å styre kommunikasjonen. Den andre har en mer avgrenset fagrolle. Fagrollen er lagt til den som har vært koordinatoren i den enkelte saken. Koordinatoren er den som i løpet av møtet muntlig vil redegjøre for resultatet av utredningen og anbefalingen mht. omsorgsnivå. Normalt vil begge fra Rosenborgsenteret ha god faglig kompetanse innen aldersdemensfeltet, men det vil være koordinatoren for utredningen som i hovedsak svarer på fagspørsmål knyttet til utredningen. Denne fagrollen er ingen tradisjonell ekspertrolle som forkynner hva som er løsningen, men er mer åpen i måten å formulere seg på: "I dette tilfellet tror vi at det på sikt kan være ønskelig med sykehjem, men...."

Rollene i møtet er delte, med en prosessleder og en fagrolle/utreder.

Møteleder starter med å klargjøre rammen rundt møtet, og la de enkelte deltakerne fortelle om sine forventninger til møtet etter tur. Deretter vil møteleder/prosess-leder stille spørsmål til deltakerne om deres bekymringer, først til de pårørende og deretter til tjenesteutøverne.

Videre tilrettelegger møteleder gjennom spørsmål for at ulike observasjoner, synspunkter og erfaringer kommer fram. Trekker vi inn en annen kategorisering av deltakerne, så vil det i systemmøtet være noen til stede som ikke nødvendigvis har bekymringer, men som kan gi opplysninger. Dette er personer som er en del av nettverket, men ikke "nære". Videre har vi de som formidler mye bekymring, problemer og frustrasjon og i utgangspunktet ligger langt fra å se en løsning, og til slutt de som er åpne for å undersøke det som er problematisk på nytt.

Prosessleder lar alle komme til orde gjennom å stille spørsmål, og tar ikke stilling til det substansielle i svaret, om det er riktig eller galt, om hun er uenig eller kjenner til en løsning som hun forsøker å "selge". En går også gjennom hva som har vært prøvd, og dette møtet er arenaen for å avlære ting som ikke fungerer. Mange pårørende gjør ting som er gode og velmente, men ikke fungerer. Møteleder fokuserer da på andre veier å gå og gir "tillatelse til" å slutte med det som ikke virker (Munz og Høyersten, 1993). Dette kan gjelde både tiltak iverksatt av hjelpere og pårørende. Vi kan også si at det blir en faglig diskusjon som imidlertid er styrt mot at deltakerne skal komme opp med hvilke endringer de tror vil være enklest å gjennomføre, gjerne i påvente av en ønsket, men (på kort sikt) urealiserbar endring.

Hva som faktisk skjer på et slikt møte vil variere, avhengig av saken og f.eks. av meningsforskjeller. I noen tilfeller vil møtet formidle litt ”samfunnskunnskap” til de pårørende, som kanskje ikke har helt adekvate forestillinger om hva som er innholdet i den offentlige omsorgen, hvordan den er organisert og hvordan den tildeles.

I noen tilfeller vil et slikt systemmøte holdes tidlig i en prosess og bidra til å bringe partene nærmere hverandre mht. hvordan forstå situasjonen. Systemmøtet kan da ofte være det første i en rekke møter som er nødvendig for å bevege problemsforståelsen mot et perspektiv som kan gi en løsning. Det kan også være et møte som kommer mot slutten av utredningen, når utredningen skal gå inn mot tiltak og saken igjen overføres til bydelen.

Avslutningsvis oppsummeres møtet og de pårørende blir invitert til å ta ny kontakt, dersom de har behov. Hvordan de ulike parter opplever dette møtet, sine roller og nytten av utredningen, skal vi ta opp i neste kapittel.

En ”standardsak”

Vi kan lage en generalisert beskrivelse av en utredningsprosess. Henvisningen går først til *inntaksmøtet*. Her legges det en strategi som normalt starter med *kontakt til de pårørende* og et *hjemmebesøk*. Deretter gjennomføres ulike typer undersøkelser. Pasienten innkalles til legen ev. til dagobservasjon og/eller til nevropsykologiske undersøkelser. Undersøkelsene gjennomføres gjerne samtidig som pasienten er i dagobservasjonsenheten. Underveis i prosessen innkalles nettverket, de pårørende, de hjemmebaserte tjenestene og andre relevante personer til *et systemmøte*. Dersom utredningen er avsluttet eller er kommet langt, vil sakens koordinator i møtet si noe om diagnose og anbefalt omsorgsnivå. Når utredningen er avsluttet, vil resultatene legges fram i behandlingsmøtet, vedtak fattes og tverrfaglig rapport skrives og sendes til primærlege eller sykehuset (avhengig av hvem som har henvist) og til hjemmetjenestene i den bydelen der vedkommende er pasient. Når anbefalingen er gitt, vil saken avsluttes i Rosenborgsenteret.

Vi vil i kap 7 vise eksempler på saker med ulike prosessforløp.

3 Evaluering - problemstillinger og metode

3.1 Evaluering – mer enn å felle dommer

I dagligtalen betyr ordet ”evaluere” å anslå, bedømme, beregne, dømme, måle eller vurdere. Felles for disse begrepene er at de alle inneholder en eller annen form av mål- og verdibetraktning. Disse går ofte ut på å vurdere forbedringer (Sverdrup 2002). Dette er noe vi alle gjør i dagliglivet, men er også etter hvert et område innenfor anvendt forskning. Forskjellen er at innenfor anvendt forskning nytter en vitenskapelige metoder og teorier til å gjøre en *systematisk innsamling av data for å sortere og analysere virkningene* av et forsøk eller tiltak på et gitt område (Almås 1990:13).

Hva som er egnede vitenskapelige design og metoder for ulike evalueringsformål, vil vi komme tilbake til mot slutten av avsnittet.

Mål- og prosessevaluering

Det foregår i dag et stort evalueringsarbeid knyttet til tiltak i offentlig sektor. Ofte er evalueringen bestilt fra departementer eller direktorater for å etterprøve virkningene eller nytten at tiltak, programmer eller forsøk. Det som ligger bak er at de som utformer politikken trenger styringsinformasjon. De trenger å vite hvordan tiltak *virker i relasjon til mål* (se Almås 1990). En slik evaluering tar sikte på å sammenlikne den endelige effekten med de målene som var stilt opp i utgangspunktet. Mange etater har styringssystemer med indikatorer som måler ulike sider ved virksomheten og er utformet i relasjon til pålagt målstyring. Men dette er ofte enkle målinger (eksempel: hvor stor andel av 12-ukersvedtakene ble fattet innen 12 uker? - trygdeetaten) og uttrykker bare en side ved virksomheten. Stundom ønsker derfor overordnet myndighet mer omfattende gjennomgang av en virksomhet, og kan ha et fast organ til å gjennomføre slike målinger og vurderinger. Revisjonsarbeidet i stat og kommune kan være eksempler på slike målevalueringer. Men i andre tilfeller engasjeres frittstående institutter til å gjennomføre evalueringer. Ofte kan slike evalueringer være problematiske å gjennomføre, både fordi målene som skal oppfylles kan være sammensatte og motstridende. Men målene kan også være vage og må operasjonaliseres av forskere for at det skal være mulig å beskrive, måle og vurdere måloppnåelsen. Det kan da skje at forskerens forståelse og operasjonalisering ikke er gjenkjennelige for de som skal iverksette dem, og forskeren selv bidrar gjennom sin operasjonalisering å dreie et tiltak eller program i en bestemt retning.

Prosessevaluering eller iverksettingsstudier

En annen problemstilling knyttet til måloppnåelse, er hvordan en skal forklare oppnåelse eller eventuelle avvik. Vi vet fra 1970-tallets studier av offentlig politikk at målene for offentlige tiltak sjelden ble nådd. Om de ble nådd, var de fordreid. De som gjennomførte tiltak i offentlig politikk oppførte seg ikke slik som den besluttende myndighet hadde tenkt seg. Ut fra disse studiene ble det formulert en erkjennelse av *iverksettingens selvstendige innvirkning på resultatet*. Ut fra denne erkjennelsen ble det lagt større vekt på og interesse for selve iverksettingen (Kjellberg og Reitan 1995). Dette er en viktig erkjennelse å trekke med seg i evaluering. Det er derfor viktig å undersøke iverksettingen. Det kan skje uforutsette og ikke planlagte hendelser som påvirker resultatet. Og det vi selv gjør i gjennomføringen kan påvirker resultatet. Det er derfor viktig å kunne sannsynliggjøre sammenhengen mellom mål, innsatser og resultat. Dette gjør vi gjennom studium av prosesser, av iverksettingen. Studiet

av det iverksatte må sannsynliggjøre at det faktisk er det iverksatte tiltaket som har gitt effekt. Slik kan prosesstudier også vise om trekk ved iverksettingen har hatt betydning og bidra til å forklare effekt eller manglende effekt.

Prosessevaluering - læring og utvikling

Men evalueringsarbeid er også rettet mot metode- og tiltaksutvikling, og har da ofte et annet mål enn å kartlegge effekt. Her er ofte bestillerne prosjekt- eller tjenesteutførende organisasjoner. Evalueringens formål er å bidra til å belyse metoden eller metodeutviklingsprosessen gjennom å innhente og bearbeide erfaringer, og målet er å oppnå forbedringer. En slik prosessevaluering kan knytte evaluering til et læringsperspektiv, til organisatorisk læring (Leeuw, Rist og Sonnichsen 1994).

Et viktig utgangspunkt for slik læring er at det kan være vanskelig for en organisasjon å arbeide fortløpende selvkritisk og reflektivt. Organisasjonen må ha kapasitet til å *se seg selv i lys av andre og se sentrale aspekter ved seg selv og sine omgivelser*. Derfor trengs det ofte en informasjon- og perspektivutveksling mellom en organisasjon og dens omgivelser. I en slik evaluering vil det være viktig å samle ulik informasjon som kan belyse forholdet mellom tiltak/organisasjon og omgivelsene og analysere (forstå og forklare) det innsamlede materialet.

Evaluering i denne tradisjonen innebærer en (kritisk) tilbakeføring til organisasjonen(e) som et bidrag til eget refleksjonsarbeid. Dette skjer bl.a. ved at en evaluering holder opp andre perspektiver og forståingsmåter som bidrag til nye tolkninger av egne erfaringer.

Denne evalueringen er lagt opp som en prosessevaluering for å organisere erfaringer knyttet til Rosenborgsenterets systemtilnærming og gjennomføringen av denne. De erfaringene som fremkommer vil inngå i en drøfting av metodetilnærningen og som et underlag for Rosenborgsenterets eget arbeid med videreutvikling av modellen og metoden.

Evaluering, metoder og framstilling

Vi har tatt utgangspunkt i at evaluering er å anvende vitenskapelige teorier og metoder til å gjøre en *systematisk innsamling av data for å sortere og analysere virkningene* av et forsøk eller tiltak på et gitt område (Almås 1990:13). Slik sett er evaluering en gren av anvendt samfunnsvitenskapelig forskning.

Det fins mange ulike fag og faglige tradisjoner mht. å etablere kunnskap. Ved anvendt forskningsarbeid er det ikke forskeren som definerer problemstillingen, og må følgelig ta utgangspunkt i problemstillingen og lete etter metoder for datainnsamling og analyse ut fra hva som er definert som problemstillingen. Det nytter ikke å stille seg innen en gitt fagtradisjon mht. hva som er "korrekt" vitenskapelig framgangsmåte, dersom framgangsmåtene ikke er egnet til å fange det oppgitte problemet og bruken av en gitt metode vil ha som konsekvens at en kaster "barnet ut med badevannet".

Innen målevalueringstradisjonene har den eksperimentelle modellen stått sterkt, og innen visse fagmiljøer er eksperimentet "metoden". Det naturvitenskapelige eksperimentet tar sikte på å teste en hypotese under kontrollerte betingelser, gjerne gjennom en serie av forsøk. Ved forsøksvirksomhet i samfunnet vil en normalt ikke ha muligheten til å isolere forsøket fra omgivelsene og heller ikke lage oppsett med kontrollgrupper.

Ofte har det liten hensikt å tenke på å isolere forsøket eller tiltaket som skal evalueres, nettopp fordi relasjonene og endringer i relasjonene mellom tiltaket og omgivelsene er deler av en prosess som ev. fører til/hindrer oppfylning av mål. Eksperimentet er derfor lite aktuelt når vi arbeider med problemstillinger som krever en prosessorientert tilnærming.

Relasjonene og omgivelsene er den konteksten som et tiltak utspiller seg i. Det er derfor nettopp viktig å kartlegge konteksten og relasjonene. Når vi skal evaluere Rosenborgsenterets systemarbeid handler det nettopp om måten senteret utvikler og arbeider gjennom relasjonene til førstelinjetjenesten og til de pårørende.

Hva slags data har vi behov for?

I denne evalueringen har vi lagt opp til at Rosenborgsenteret skal få et tilbakespill fra sine omgivelser for å se seg selv i lys av (endringer i) disse. Dette kunne en ha gjort på ulike måter. Det er i dag stor aktivitet mht. å måle brukernes fornøydhetsgrad med ulike tjenester som en del av en institusjons eller en bestillers kvalitetssikring av en tjeneste. Slike målinger gjøres i relasjon til fastlagte dimensjoner og spørsmål utformet av forskeren eller bestilleren. Dette kan være en grei prosedyre, dersom en på forhånd kjenner godt til de kvalitative forholdene og brukeren/pasienten er i stand til å gi en kvalifisert vurdering.

Men i mange tilfeller må en undersøkelse være mer åpen fordi en ikke vet hvilke vurderinger som gjøres av ulike aktører i feltet og hva som er deres vurderingsgrunnlag og ståsted. Når vi skal evaluere Rosenborgsenterets systemarbeid er det ikke bare viktig å vite hva ulike parter mener, men i like stor grad finne hva som er deres grunnlag for vurderinger. Dette vil handle om f.eks. ståsted og erfaringer knyttet til praksis.

Erfaringer – et sammensatt bilde

Når vi skal belyse hvordan systemarbeidet foregår og virker for de impliserte og i hvilken grad, ev. på hvilken måte systemarbeidet fyller de mål som Rosenborgsenteret selv har satt for sitt arbeid, må vi sørge for å *få informasjon fra alle som er berørt*. De pårørende har ett ståsted, men kanskje også ulike posisjoner avhengig av sin relasjon til den pårørende og hvilke egne ønsker og motiver de selv har vært bærere av i en aktuell sak (der de kan kategoriseres som pårørende). De som arbeider i den hjemmebaserte tjenestene har ett ståsted, som igjen må differensieres i relasjon til hvilken bydel de arbeider i, hvilken stilling/utdanning de har og hva slags yrkeserfaring de har. Og også i hvilken grad de faktisk har konkrete erfaringer knyttet til Rosenborgsenterets systemarbeid.

Det informanten forteller oss, er erfaringer som er *relasjonelle*. Informantene står i et visst forhold til Rosenborgsenteret og er mer eller mindre implisert og har erfaringer knyttet til systemarbeidet. I de hjemmebaserte tjenestene vil noen ha opplevd sterke meningsulikheter knyttet til f.eks. Rosenborgsenterets utredning og anbefalinger, andre vil ha opplevd Rosenborgsenteret som en god støtte til eget faglig skjønn knyttet til de samme avgjørelsene. Deres posisjon og erfaring i relasjon til Rosenborgsenteret blir forskjellige. De forteller alle om sine erfaringer som ekte og sanne. Når ulike aktører forteller ulike historier og har ulike erfaringer, avspeiler det at sannheten er sammensatt og at en ikke uten videre kan "kjøpe" ett utsagn eller en versjon som sann. Alle utsagn må kontekstualiseres og avveies. Det er i denne avveiningen forskerne må bruke sitt faglige skjønn, ut fra sin feltkunnskap, teori og metodekunnskap.

Flere datakilder bygger opp om hverandre

Metodelitteraturen understreker også at det er viktig å bruke flere kunnskapskilder for å belyse et fenomen der dette er mulig, metodisk triangulering (Denzin 1970). Det betyr ikke at den enkelte datakilden kan være tvilsom eller at datainnsamlingen kan være dårlig. Hver kilde må i seg selv gi god empiri. Men ved flere typer data kan de gjensidig bygge opp om hverandre, utfylle eller forsterke et bilde. I denne evalueringen har vi lagt opp en flersidig datastrategi: Vi har intervjuet og ført samtaler med *et utvalg av aktører*: med pårørende, ansatte i bydelens hjemmebaserte tjenester og deres ledere, samt utviklere og ansatte ved Rosenborgsenteret. Videre har vi observert aktører i samspill, i Roseborgsenterets systemmøte og ved ett tilfelle på hjemmebesøk hos en pasient. Videre har vi gjennom informert samtykke hatt tilgang til et utvalg av journaler for å systematisere saker på grunnlag av journalopplysninger. Vi har også vært observatører ved Rosenborgsenterets interne møter som ledd i å utvikle evaluators forståelse og innsikt i senterets metode. Det innebærer at vi både i deler av pasientsakene vi har sett på har hatt data fra mer enn en kilde, og ved vurdering av systemmøtene har vi data fra så vel pårørende, ansatte i bydelene, observasjon og gjennom samtaler med ansatte knyttet til gjennomførte observasjoner.

Framstilling og tekster

De ulike intervjuene som er gjennomført blir brukt til å framstille tekster om de temaene som framkommer som viktige for dem som er intervjuet. Det er altså ikke intervjupersonen som snakker direkte til leseren. Tekstene er sammensatt eller konstruert av forskeren ut fra de fortellinger som forskeren prøver å formidle. Tekstene vil være av noe ulik art: Noen forhold forteller mange/alle noe om, men de kan ha forskjellige oppfatninger. Noen temaer eller oppfatninger er det bare noen få som forteller om. Det er da ikke slik at det er bare det som mange forteller noe om som er viktig. Det kan være at et tema bare en er opptatt av, som er viktig å formidle, bl.a. fordi dette har vært viktig for fortelleren eller en vesentlig del i det fortelleren hadde å si. På samme måte er det viktig å få med småting i fortellinger, og som vi finner i mange fortellinger: Det kan bety lite i den enkelte fortellingen, men framstå tydeligere når vi ser at dette er noe som vi finner hos mange. De temaene som er tatt med i rapporten avspeiler både hva de mange og de få har vært opptatt av. Vi foretar her ingen "telling" av hvor mange som har sagt hva. Vi kan uansett ikke generalisere ut fra denne typen av data, dataene viser først og fremst hvilke forståelser og erfaringer som er representert i et lite homogent felt. Men i tilfeller der vi har få utsagn/stemmer, viser vi dette i teksten.

I produksjonen av tekster nytter vi i noen tilfeller direkte utsagn, slik vi har notert dem i intervjusituasjonen. Slike utsagn er ikke "sannere" enn mer indirekte gjengivelser. Vi kan naturligvis også ha notert feil. Slike utsagn er mer en illustrasjon som styrker autensiteten i fortellingen for at leseren lettere kan kjenne seg igjen i erfaringsformidlingen.

3.2 Evalueringens problemstillinger

Rosenborgsenteret som prosjekt er tidligere rapportert (Høyersten 1998). Vi skal i denne evalueringen se nærmere på systemutredningsdelen.

I systemutredningsdelen går senteret inn og kartlegger nettverket rundt brukeren (private og offentlige hjelpere og pårørende). Denne kartleggingen tjener både til å avklare funksjon og hjelpebehov, samt at den starter en prosess rundt pasienten. Denne prosessen vil over tid frambringe en omforent løsning. Denne prosessen er også ment å styrke kontakten mellom pårørende og profesjonelle. Ut fra denne systemutredningen avveies de data som kommer fra

spesialistutredningen mot de data og vurderinger som framkommer gjennom kartleggingen i nettverket rundt den gryende demente.

Går vi tilbake til evalueringsskissen, har vi stilt tre hovedspørsmål:

Den første problemstillingen handler om *hvordan metoden virker?* Vi spør her om to forhold: Hvordan virker metoden i relasjon til å gi et *resultat*? Gir denne framgangsmåten et godt og omforent tilbud til pasienten? Og har vi grunn til å tro at det tilbudet pasienten får i avgjørende grad er påvirket av utredningen og den framgangsmåten som Rosenborgsenteret benytter? Det andre forholdet er *metodens brukbarhet* og egnethet her i relasjon til førstelinjetjenesten og deres problemstillinger. Vi må da også skaffe oss kunnskap om hvordan førstelinjen jobber med disse problemstillingene, deres arbeidsbetingelser og hva de opplever som problematisk og henviser til Rosenborgsenteret.

Den andre problemstillingen handler om *hvordan systemutredningen fungerer som prosess*. Dette spørsmålet er på mange måter knyttet til spørsmålet om hvordan *resultatet av utredningen* vurderes, resultatet er også en konsekvens av prosessen. Dette peker på at vi må ha prosesskunnskap for å kunne sannsynliggjøre i hvilken grad tilbudet til pasienten blir påvirket av utredningen. Systemutredningen som prosess handler om flere forhold. Det handler om selve *opplegget av den enkelte saken*, hvordan gripe en saken an og hvilket prosessforløp legger senteret opp i relasjon til pårørende og førstelinjetjenesten. Prosessen handler også om hva som foregår og *hvordan det fungerer i systemmøtet*, som har en sentral rolle i prosessen i omfattende saker.

Den tredje problemstillingen handler om *samarbeidet med og kompetanseoverføring til førstelinjetjenesten*. Rosenborgsenteret tar et særskilt grep i samarbeidet og overføringen av kompetanse til førstelinjetjenesten gjennom å knytte samarbeidet til pasientsaker og til den løpende utredningen. Kompetanse handler her både om kompetanse knyttet til saksfeltet (demens) og kompetanse knyttet til god praksisutvikling. Den gode praksisutviklingen handler både om å håndtere relasjonene til pasientene og til de pårørende. Kanskje førstelinjetjenesten selv starter å bruke systembaserte metoder?

Atskiller Rosenborgsenteret seg her avgjørende fra andre utredningsenheter som arbeider mot førstelinjetjenesten?

Målet, prosessen og resultatet

En sentral metodisk problemstilling er hvordan en skal forstå og forklare et forhold.

Vi har her spurt om hvordan metoden virker og om virkninger på flere forhold: Gjennom selve utredningsprosessen, gjennom systemarbeidet, har senteret som *mål å endre eller justere problemforståelsen* slik at det er lettere å se løsninger og å finne nye samarbeidsformer eller avtaler mellom hjemmetjenestene og de pårørende. Og gjennom dette systemarbeidet ønsker senteret også å *overføre kunnskaper og metoder* til førstelinjetjenesten. Dette kan være vanskelig å belyse fordi dette er *resultater som legges igjen i prosessen*. Senterets metode går nettopp ut på å ikke belære noen, og det er derfor også vanskeligere for dem som mottar kunnskaper og overføringer eller som dreies i sin problemforståelse, å rapportere at det er hva som skjer. En ev. ny forståelse er blitt deres egen forståelse. Vi kan si at Rosenborgsenterets metode er svært diskret.

Noen mål er tilsynelatende lettere å evaluere i relasjon til: Resultater eller effekter kan måles. Har f.eks. Rosenborgsenterets arbeid med en sak avgjørende/stor innvirkning på utfallet av saken? Tas deres råd til etterretning? Har pasienten fått innvilget de tjenester som Rosenborgsenteret i sin utredning anbefalte? Men det er også vanskelig å slutte at utfallet i en sak bare er knyttet til senterets arbeid som input. Rosenborgsenteret arbeider i et felt som er konstituert av bydelene som organisasjoner. Det er bydelen som beslutter og gjennomfører, og det er bydelen som vurderer alle de sakene som ikke går til Rosenborgsenteret. Og det er de fleste. Og det er bydelene som fordeler knappe goder.

1970-tallets studier av offentlig politikk viste at de som gjennomførte tiltak ikke oppførte seg slik som den besluttende myndighet hadde tenkt seg. Ut fra disse studiene ble det formulert en erkjennelse av iverksettingens selvstendige innvirkning på resultatet. Ut fra denne erkjennelsen ble det lagt større vekt på og interesse for selve iverksettingen (Kjellberg og Reitan 1995). Dette innebærer at for å forstå sluttresultatet, må en også studere prosessen: *Forhold ved prosessen kan bidra til å forklare resultatet.* I dette tilfellet er det bydelene som både utreder og beslutter etter prosedyrer de selv velger, men i et utvalg av saker samhandler de og mottar råd fra Rosenborgsenteret. I vår sammenheng betyr det at vi må se på bydelenes gjennomføring og bydelenes vurderinger knyttet til tildeling av tjenester.

I denne evalueringen er det derfor viktig å studere prosessen, både for å forklare resultatet i den enkelte pasientsaken, men også fordi metodens resultater legges igjen i prosessen.

Felt, systemer og mandater

Hvordan skal vi forstå og forklare utfall i den enkelte saken? Er det tilstrekkelig å se på den enkelte saken som en prosess?

Et sentralt utgangspunkt er at hver sak ikke kan ses som et eksperiment, der det bare er Rosenborgsenterets innsats som påvirker resultatet. Rosenborgsenteret og dets metode/arbeid er en av flere selvstendig virkende krefter i et felt. Dette feltet konstituert i møtet mellom ulike formelle og uformelle organisasjoner og der organisasjonenes medlemmer handler i kraft av sin posisjon. Rosenborgsenteret, bydelenes pleie- og omsorgsavdelinger, legene og de som står pasienten nær tilhører ulike sosiale systemer, uformelle og formelle systemer og har ulike ståsteder i relasjon til pasienten.

Disse aktørene handler ut fra de mandater de har ut fra de systemer de arbeider i (Imber-Black 1988). Like viktig som å skjønne hva Rosenborgsenteret gjør, er det å skjønne de føringene som ligger på aktørene ut fra de systemene de arbeider i. Dersom Rosenborgsenteret ønsker å påvirke relasjoner mellom pasienter, pårørende og hjelpere ved å berøre systemet minst mulig, må vi også se på hvor styringen og påvirkningen i dette feltet er strukturert og gjennomført.

Bydelenes organisering av sine tjenester

Rosenborgsenteret utreder og gir en anbefaling i relasjon til hva som vil være ”riktig omsorgsnivå”. Dette er besluttet eller konkludert på behandlingsmøtet og inngår i den rapporten som tjenestene og legene senere mottar. Men Rosenborgsenteret har selv ikke myndighet til å fatte vedtak om tildeling av kommunale tjenester eller institusjonsplasser. Det er bydelene som har ressurser og myndighet som kan hjelpe til å gjøre gode beslutninger. Derfor blir bydelenes funksjonsmåte og rammevilkår viktig når en skal forstå hva Rosenborgsenteret skal påvirke.

Men bydelene på sin side har andre hensyn å ta enn å treffe beslutninger om "det beste". Bydelene har begrensede ressurser. Det er begrenset hva de har å tilby av tiltak og plasser. For en oversikt over bydelenes tilbud, se vedlegg 2. Et viktig poeng her er at bydelene ikke har stor variasjon i tilbudet.

Mål og ressursrammer

Bydelene må også innrette seg overordnede politiske mål og etter de ressurser som totalt sett er stilt til disposisjon. Dette har ulike konsekvenser. Det innebærer at bydelene har begrenset kapasitet i de hjemmebaserte tjenestene og begrensninger i kjøpet av institusjonsplasser.

Prosessuelle regler

Bydelenes beslutningsatferd blir også påvirket av prosessuelle regler: Nasjonal politikk har søkt å begrense tiden på venteliste for å få sykehjemsplass. Dette er gjort gjennom prosessuelle regler som bestemmer at ingen skal vente mer enn fire uker på sykehjemsplass etter at vedtak er fattet. Dette skaper ikke i seg selv flere sykehjemsplasser, og denne regelen har også fått ikke-intenderte konsekvenser: Bydelene er forsiktige med å fatte vedtak om sykehjemsplass før de vet at de har muligheter til å innfri. Dette har redusert sykehjemskøene, men ikke etterspørselen etter sykehjemsplasser. Mye tyder på at slike prosessuelle regler påvirker beslutningsatferden.

Videre ligger det kommunale føringer mht. når de hjemmebaserte tjenestene skal overta ansvaret og omsorgen for pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus. Fram til årsskiftet 2001/2002 hadde bydelene en frist på sju dager til å motta en pasient, etter årsskiftet er fristen satt til 14 dager. Oversittelse av fristen medfører bøtlegging av bydelene. Dette innebærer at bydelene må (bør) ha en reserve av korttidsplasser, noe som også kan påvirke beslutninger om tildeling av korttidsplasser til hjemmeboende eldre.

Bestiller-utførermodellen

Den tradisjonelle modellen for tildeling av tjenester og institusjonsplasser bygger på at den/de som kjenner feltet og pasienten, utreder og innstiller overfor den besluttende enheten. Slik sett kan de ansatte eller "grasrotbyråkratene" bruke sitt faglige skjønn. Selv om en organisasjon har kriterier og saksbehandlingsregler, vil det alltid være et visst tolkningsrom for grasrotbyråkraten, f.eks ut fra oppfatningen av situasjonen, og til å handle etter prinsipper som han eller hun finner i overensstemmelse med prinsipper om rettferdighet. Et viktig forhold er at grasrotbyråkraten ikke bare kan tildele tjenester ut fra behov hos pasienten, men må avveie behovene mot ressursrammene. Studier av beslutninger knyttet til prioriteringer av søkere til sykehjemsplasser finner at inntaks-gruppene var opptatt av rettferdighet (Dale 1999). Rettferdighet innbefattet også å ta hensynet til ressursfordelingen mellom pasienter. Hver og en ble vurdert i forhold til laveste effektive omsorgsnivå⁷. Likheter ble vurdert i et spenningsfelt mellom hva den enkelte etterspør eller har behov for, og hva som er tilgjengelig av ressurser og tilbud (Dale ibid). Grasrotbyråkraten må avveie hva som er riktig i den enkelte saken (ut fra hvilket hjelpebehov som er til stede), mot hva som er riktig sett i relasjon til fordeling av goder til de mange. På den ene siden skal en ta stilling i hver enkelt sak, men samtidig avveie slik at det ikke oppstår urimelige ulikheter i tilfeller som er "like" (Christensen 2001:233).

I løpet av de siste tre årene har alle de tre bydelene som Rosenborgsenteret arbeider mot, endret sin beslutnings- og iverksettelsesmodell. Bydelene har nå en bestiller-utførermodell. Bestiller-utførermodellen går ut på å etablere et organisatorisk skille mellom forvaltning

⁷ LEON-prinsippet, Laveste Effektive Omsorgsnivå, er det grunnleggende prinsippet for kommunenes tjenesteyting. Kommunene skal velge den enkleste løsningen som kan svare på problemet.

(lovhjemlet ansvar) og tjenesteproduksjonen. Bestilleren har ansvaret for produktet eller tjenestens kvalitet og tilgjengelighet, og utfører produserer på oppdrag etter angitte spesifikasjoner på vegne av kommunen/bydelen (Moland og Bogen 2001).

Det er flere grunner til at bydelene har endret organisasjonsform. Offentlige tjenesteapparater er ofte store og har vært oppfattet som vanskelig styrbare. Det er et av velferdsstatens problemer at statens tradisjonelle styringsmidler ikke strekker til (Eriksen 1993). Det har vært uklart hvilke kvaliteter en har fått igjen for hvilke ressurser.

I denne styringsdiskursen skiller en mellom finansiering, fordeling og produksjon av velferdsoppgavene. Denne diskursen i kommunene har gitt litt ulike svar på hva som er de sentrale kommunale oppgavene. Bak bestiller-utførermodellen ligger den oppfatningen at finansiering og fordeling av velferdsgoder (som kommunale tjenester for eldre) er den sentrale offentlige oppgaven. Produksjonen av oppgaven er ikke nødvendigvis knyttet til det offentlige ansvaret. Her ligger det også en oppfatning om at private organisasjoner er/kan være mer effektive produsenter enn offentlige organisasjoner og at anbudsprivatisering av eldreomsorgen vil bli mer kostnadseffektiv med private aktører i markedet. Konkurransen mellom flere tilbydere har i prinsippet tre fordeler (Johansen og Løyland 2001:13):

- det bidrar til at eierne har bedre muligheter til å vurdere om organisasjonen er effektiv
- det gjør det i større grad mulig å konstruere belønningskriterier som endrer incentivstrukturen slik at den er mer i tråd med eiers ønske
- konkurransen kan styrke bedrifters eller etaters incentiv til å lansere nye produkter eller arbeidsprosesser.

For å få et klart skille mellom *myndighetsoppgavene*, å finansiere og fordele og *produksjonsoppgavene*, har en delt organisasjonen etter disse linjer. Kjerner i den offentlige virksomheten ligger nå ikke lenger i selve produksjonene, men i å beslutte og fordele tjenester.

Men uavhengig av konkurranseutsetting har mange sett det som fordelaktig med en bestiller-utførermodell for å bryte sammenhengen mellom behovsvurdering og ressursallokering. Den bryter de hensyn og avveinger som er koblet hos grasrotbyråkraten i den tradisjonelle modellen. I den tradisjonelle modellen vil det treffes vedtak om typen og omfanget av tjenester i den samme organisasjonen som skal utføre tjenesten. Dersom det er problemer med å utføre alle de vedtatte tjenestene innenfor ressursrammen, vil ressursfordelingsspørsmålene måtte avveies i praksisfeltet. Eller slik som våre informanter forteller oss: Før var det slik at hun som hjemmesykepleier kunne mene at denne pasienten trengte besøk tre ganger pr. dag. Tilbake i kontoret kunne de komme til at det var det ikke ressurser til, og så fikk det bli med to ganger daglig. I en bestiller-utførermodell skal vedtak treffes på grunnlag av foreliggende data og rapporter i bestillerenheten og i henhold til kriterier avledet av de lover som hjemler tjenesten, uten hensyn til ressursituasjonen.

Dette skal gi bedre vedtak. St. meld. nr. 28 (1999-2000) pekte på at saksbehandlingen mht. omsorgstjenester i mange kommuner var mangelfull, og understreket at kommunene måtte arbeide for større forståelse for reglene i forvaltnings- og helsetjenesteloven ut fra hensynet til rettssikkerhet. Det nevnes som et problem at tildeling av tjenester ofte er lite spesifisert, og at mottaker ikke får god nok informasjon om hvilke tilbud kommunene plikter å gi. Spesielt nevnes saksbehandlingen i omsorgstjenestene (St. meld. nr. 28:24-25).

Ved en bestiller-utførermodell skal hver sak blir sett i seg selv. Bestillerenheten som gjør vedtak, behøver ikke skjule til ressursrammene for utførereneheten og de faglige aspektene vil veie tyngre (Moland og Bogen 2001:67). Den som treffer vedtak eller saksbehandler har heller ikke noe personlig forhold til den enkelte pasienten eller dennes pårørende, og pasienten skal slik ikke være prisgitt vurderingene til den som utfører tjenester i hjemmet. På den annen side kan det skje at de som treffer vedtak må gå på akkord med faglige verdier, at de ikke har råd til å gi en tilstrekkelig ”diagnose” (tjenestevedtak), fordi de ser at utførerorganisasjonen ikke har ressurser (Moland og Bogen 2001:67). Dette handler om den faktiske praktiseringen. Det kan innebære at nåløyet for å bli tildelt institusjonsplass eller tjenester blir gjort trangere i bestillerseksjonen. Vurderingene skjerpes.

En slik utredning og beslutningsmodell vil også kunne redusere det press som pårørende kan legge på den som utfører tjenesten hos en pasient, og slik sett kunne gi større rettferdighet mellom pasienter som har og ikke har pårørende. Utføreren er ikke beslutter mht. tildeling av ressurser og utfører etter bestilling/vedtak. I våre intervjuer med personer både i bestiller- og utførereneheten, finner vi tilslutning til flere av disse grunnene.

Mange er opptatt av å yte rettferdighet overfor pasienter som ikke har pårørende til å tale sin sak og ivareta pasientens ønsker i relasjon til de pårørendes krav og preferanser. Mange utførere ser seg som ”pasientens advokat”. Men som vi ser av modellen, er vilkårene for å være ”advokat” endret. Ved direkte (og uønsket) press fra pårørende, kan utfører henvise til bestillereneheten. Samtidig begrenser utfører-bestillermodellen det faglige skjønns innflytelse på beslutningen. Det faglige skjønn som oppøves gjennom klientkontakten overføres ikke uformidlet til beslutningsprosessen. Den som kjenner og har vurdert pasienten over tid (ev. ”advokaten”) deltar ikke direkte i beslutningsprosessen. Utførers direkte påvirkning på beslutningen er redusert.

Den tradisjonelle modellen for tildeling av tjenester og institusjonsplasser bygget på at den/de som kjente pasienten, deltok i utredning og innstilling overfor den besluttende enheten. De brukte sine skjønn. En bestiller-utførermodell tydeliggjør beslutningsansvaret. Bestillereneheten gjør enkeltvedtak, utfører klagesaksbehandling og fører også faglig kvalitetskontroll. Dette fordrer en betydelig kompetanse hos bestiller, som er parallell til utførers (Moland og Bogen 2001:68). Også her vil det utøves faglig skjønn. Å fatte vedtak i relasjon til lovgrunnlaget og ut fra foreliggende utredninger, fordres faglig skjønn og kan ikke reduseres til en subsumsjon under regler. Slik sett er skjønnvurderinger ikke bortfalt ved bestiller-utførermodeller i eldreomsorgssektoren.

I en av de studerte bydelene er de hjemmebaserte tjenestene innen et distrikt og et sykehjem konkurranseutsatt. Også de øvrige bydelene forbereder sine tjenester på en kommende konkurranseutsetting.

Organisering og prosessen i bydelene

Vi har i vedlegg 2 vist organisasjonskartene for de tre bydelene. Skjematisk ser modellen slik ut: Under avdelingssjefen for Pleie, rehabilitering og omsorg sitter i dag to ledere, en leder for bestillereneheten og en leder for utførereneheten. Bestillereneheten tildeler tjenester ut fra søknad og gir utførereneheten ansvaret for å gjennomføre bestillingen innen de ressurser som enheten har. Utførereneheten består av de ulike organisasjonene som yter tjenester, både institusjoner og hjemmebaserte tjenester. Bestillereneheten forholder seg til lovgrunnlaget for de ulike tjenester og organiserer selv sine egne prosedyrer for utredning.

Bydelene har brukt ulike betegnelser på sin bestillerenhet, Søknads- og Informasjonskontoret, SIK (Ullevål – St. Hanshaugen bydel), Saksbehandlerstaben (Gamle Oslo) og Bestillerenheten (Sofienberg – Grünerløkka). Uansett hva bydelen kaller sine enheter, vil vi her kalle dem for bestiller- og utførerensheten.

Vi skal her skissere prosessen litt skjematisk:

Alle henvendelser går til et inntaksmøte i bestillerseksjonen. Er det en bruker som ikke er kjent i bydelens tjenester, går en konsulent fra bestillerseksjonen ut på vurderingsbesøk. Det er normalt ulike saksbehandlere som dekker hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjem.⁸ Er det en ukjent bruker, vil bestillerseksjonen kunne gå på vurderingsbesøk ev. sammen med en fra utførerseksjonen. Dersom det er en ny sak på en ”gammel” pasient, behøver ikke utførerseksjonen å være med. Bestillerenheten kan (i stedet for eget besøk) be utførerensheten om en vurderingsrapport. Ved akutte saker ringer bestillerseksjonen til utførerseksjonen for å rådføre seg, og stoler normalt på utførerseksjonens vurderinger. Nødvendig informasjon legges inn på data i et system som både bestiller- og utførerensheten benytter og leser to ganger om dagen.

Ved en søknad om f.eks. sykehjemsplass, skal det normalt foreligge en sykepleier rapport eller en faglig vurdering fra utførertjenesten, normalt laget av leder for den enheten som pasienten tilhører (en sykepleier), sammen med informasjon innhentet fra pårørende, legeerklæring og ev. utredningsrapport, f.eks. fra Rosenborgsenteret.

Hvem i en bydel som henviser til Rosenborgsenteret, kan variere. I en av bydelene ønsker de at henvisninger skal gå gjennom bestillerenheten. I denne bydelen vil en fra bestiller og en fra utførerensheten møte i Rosenborgsenterets systemmøte. I de øvrige bydelene er praksisen mindre omforent. Vi har forstått det slik at utførerensheten henviser selv, ev. selv går til pasientens fastlege for å be om henvisning. I Rosenborgsenterets systemmøte vil det fra disse bydelene i hovedsak møte representanter for utførerensheten.

Men det er med denne modellen som med andre tiltak, iverksettingen eller praktiseringen av det delte ansvaret mellom bestiller- og utførerensheten behøver ikke å være identisk. I bydelene er bestillerenshetene ulikt oppbygget mht. kompetanse. I to av bydelene har saksbehandlere i bestillerensheten med ansvaret for sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, helsefaglig utdanning og praksis i feltet. I den tredje bydelen har en ikke i samme grad lagt vekt på helsefaglig kompetanse i bestillerensheten. Det innebærer bl.a. at bestillerseksjonen ikke har det samme grunnlaget for å gjøre faglige avveininger. Fra denne bydelen uttrykkes det eksplisitt at ved faglige vurderinger ligger spisskompetansen hos utførerenshetens sykepleiere. I den ”gamle” modellen la den lederen som hadde utarbeidet den faglige rapporten også fram saken i det temaet som besluttet. Dette er fortsatt mulig i denne bydelen. Relasjonen mellom utfører og bestiller ble av utøver beskrevet som: ”Vi dikterer og de skriver”.

Berører Rosenborgsenteret bydelenes tjenester for eldre på en ny måte?

Vi har imidlertid ikke gått så detaljert inn i praksisen at vi kan gå god for at dette er en dekkende praksisbeskrivelse. Modellen i seg selv sier ikke hvordan den vil praktiseres. Modellen er ny for alle involverte, og alle de tre bydelene som samarbeider med Rosenborgsenteret er inne i en praksisutvikling. Den nye arbeidsdelingen og praksisutviklingen vil også berøre samarbeidet med Rosenborgsenteret.

⁸ Bestillerseksjonen fordeler også en rekke andre tjenester og tilbud og står for klagesaksbehandling innen sitt forvaltningsområde.

Rosenborgsenterets og systemmodellens mål, er å:

- påvirke beslutningen
- justere problemforståelsen
- overføre kunnskaper og metoder til førstelinjetjenesten.

Rosenborgs metode ble ”oppfunnet” i en periode med en tradisjonell forvaltningsmodell. Med den tidligere forvaltningsmodellen skjedde påvirkningen på alle tre områder gjennom den samme kanalen, med systemmøtet som den sentrale arenaen for samarbeid. Selv om det kan være mange kontakter mellom senteret og tjenestene, er det likevel systemmøtet som oppfattes som det viktigste. Eller som en av våre informanter uttrykte det: ”Det er stort sett møtene som er samarbeidet”.

I den nye modellen har vi to ulike aktørgrupper i bydelene:

- de som har informasjon om pasienten og står for praksisen, primærkontakten og hjemmehjelpen eller andre i den enheten som pasienten sorterer under. Dette er utfører.
- de som står beslutningsprosessen nærmest, en saksbehandler i bestillerseksjonen.

Hvem som møter kan derfor ha betydning for systemmøtets foreløp. *Det er derfor ikke sikkert at systemarbeidet kan utformes på samme måte og samtidig påvirke både beslutninger og praksisfeltet. Evalueringen tar også sikte på å belyse dette spørsmålet.*

3.3 Hva har vi gjort for å skaffe oss data?

For å belyse disse problemstillingene trenger vi ulike typer av data: Om *prosessen* og om *resultatet av prosessen*.

Alle deltakerne i prosessen vil ha oppfatninger om hvordan den spesifikke prosessen ble gjennomført, f.eks. vil pårørende ha oppfatninger om ”sin sak”. Og deltakere i flere prosesser (ansatte) vil ha oppfatninger som er mer generalisert: Hvordan oppfatter og vurderer de prosesser de har vært gjennom? Intervjuer av ansatte og pårørende vil derfor være viktige datakilder for å belegge prosessen.

Resultatet av prosessen prøvde vi først å kartlegge ved å intervjuer pårørende. Vi fant at dette alene ikke ga presis nok informasjon om hva som faktisk skjer i saken. Vi ba derfor om å få gå gjennom journalene til et utvalg av pasienter, og ba pårørende om samtykke til dette og ev. oppfølgingsintervju med de pårørende.

Videre ba vi om tillatelse fra pårørende til å delta i systemmøtet i deres sak. Dette for å få et mer konkret inntrykk av hvordan et møte forløp og hvordan deltakerne tok sine roller. Å være til stede i et systemmøte var også viktig fordi systemmøtet på mange måter er arenaen for samarbeid og tilrettelegging. Dette som et supplement til hva pårørende og ansatte kunne fortelle og erfarer fra slike møter. Vi gjør her ingen selvstendig vurdering av den kommunikasjon og prosess mellom partene som fant sted i det enkelte møtet i relasjon til senterets metodiske prinsipper.

Vi fant at det også kunne gi ytterligere informasjon å delta på noen av Rosenborgsenterets interne møter for bedre å bli kjent med Rosenborgsenterets utredningsprosess. Vår deltaking i møter er, sammen med foreliggende kilder, bakgrunnen for den beskrivelse av Rosenborgsenterets metoder som foreligger i kap. 2.

Utvalg av saker

Vi valgte å ta utgangspunkt i saker som hadde vært til sluttbehandling i Rosenborgsenteret fra januar 2001 til september 2001. Det ble sendt ut brev til pårørende i 27 saker som hadde vært til behandling i Rosenborgsenteret siste halvår 2001 og 2002. Av disse 27 pårørende fikk vi svar fra 24 pårørende. Av disse var fire negative. Av de gjenstående 20 sakene, var journalen i ett tilfelle ikke tilgjengelig .

Vi sto da igjen med 19 pasientsaker/journaler. I tillegg hadde vi en journalsak (også denne med informert samtykke fra de pårørende) som var gjennomført tidlig i undersøkelsen som en metodeutprøving. Vi står da igjen med 20 journaler som viser forløpet i 20 saker.

Videre har vi observert i sju systemmøter, fordelt på seks saker (to systemmøter i samme sak). I fire av disse sakene har vi tilstrekkelig informasjon til at vi kunne lage en liknende saksbeskrivelse som vi får av journalgjennomgangene.

Dette innebærer at vi samlet har gjennomgått prosessen og resultatet i 24 case, og i 16 av disse casene er de pårørende intervjuet.

Intervju av pårørende

Hvor mye kontakt de pårørende har hatt med Rosenborgsenteret under utredningen, varierer. For noen (få) har det vært begrenset til komparentsamtale⁹, i andre tilfeller har de i tillegg møtt Rosenborgsenterets utreder i et møte i bydelene knyttet til pasientsaken. I de fleste tilfellene har de hatt mer kontakt ved at de har fulgt pårørende til legebesøk eller til dagobservasjons-enheten og deltatt i systemmøter. I en sak har det vært holdt fire systemmøter.

Intervjuene er i hovedsak foretatt i oktober/november. Det betyr at i noen saker ligger det noe tid mellom Rosenborgsenterets avslutning med saken og våre intervjuer, i andre saker ligger intervjutidspunktet nærmere Rosenborgs avslutning av saken¹⁰. Det vi ser er at uansett hvor nær eller fjern vi er fra Rosenborgsenterets siste befatning med saken og om saken formelt er avsluttet, så skjer det en utvikling og endring i saken. Slik sett har få saker fått sin ”endelige løsning”¹¹.

Rosenborgsenterets metode legger til grunn at de bare skal ”berøre” systemet, de er inne i en sak i en avgrenset tidsperiode og overtar videre ikke noe ansvar eller rolle i saken. Partene i nettverket skal selv ta saken videre. Vi ser også gjennom intervjuene at for de pårørende var Rosenborgsenteret en hending, en opplevelse, men det de har mange erfaringer knyttet til, er pasienten, dennes utvikling og problemer, og det er de hjemmebaserte tjenestene.

Den videre utviklingen i saken vil også prege de intervjuede: De problemene som de pårørende står overfor ved intervjutidspunktet, blir i mange tilfeller mer levende og presserende enn de problemene de sto overfor da de søkte kontakt med Rosenborgsenteret. ”Hva hjertet er fullt av, renner munnen over med”. Det betyr at i flere intervjuer kommer erfaringene med Rosenborgsenteret i bakgrunnen og blir en episode.

⁹ Samtale med pårørende

¹⁰ Ut fra journalene kan vi ikke se sikkert om en sak er avsluttet. Det er grunn til å tro at noen av de sakene som vi har intervjuet i, vil dukke opp igjen i Rosenborgsenteret og at saken ikke er ”slutt”.

¹¹ I en sak var pasienten nylig død.

Det som de mange erfaringer handler om, er samarbeidet med tjenestene som til dels har vært omfattende og ev. varer ved. Ettersom dette ikke skal være en evaluering av de hjemmebaserte tjenestenes nye modell og samspillet med de pårørende, kan vi ikke behandle alle de problemstillingene som de pårørende her reiser.

Bydelenes tjenester

Videre har vi intervjuet i førstelinjetjenesten i alle de tre bydelene. Til sammen har 22 personer deltatt i intervjuer. Vi har i alle bydelene intervjuet både i bestiller- og utførerensheten. I bydeler med anbudsprivatisering av deler av de hjemmebaserte tjenestene, har vi intervjuet både i den delen av tjenesten som har vært konkurranseutsatt og i de enhetene som ikke har vært konkurranseutsatt. Videre har vi i de øvrige bydelene delt intervjuene mellom ulike driftsenheter og blant personale med ulik fagbakgrunn.

Som vi tidligere har pekt på, vil de mange i tjenestene ha spordisk kontakt med Rosenborgsenteret, selv om den enheten de arbeider innen til enhver tid kan ha mange saker til utredning i Rosenborgsenteret. Det innebærer at for noen av de intervjuede er deres erfaringer med Rosenborgsenteret knyttet til gruppens drøfting av saker og ikke til egne erfaringer. Andre av de intervjuede har egne erfaringer, men for noen vil erfaringene være ”nye”, for andre vil erfaringene være ”gamle”.

Leger

I systemarbeidet står ikke pasientens lege (eller fastlegen) sentralt. Men legen henviser og legen mottar tverrfaglig rapport fra utredningen. Vi vet også at en av bydelene har pålagt tjenesten å la henvisningene til Rosenborgsenteret gå gjennom fastlegen. Det ville derfor også være interessant å vite litt om henvisningspraksis og erfaringer fra en mottaker av utredningen, og vi ønsket derfor å intervju noen leger. Vi henvendte oss i første omgang til tre leger i hver av bydelene, hentet fra en liste av aktuelle leger som vi utarbeidet sammen med Rosenborgsenteret. Vi henvendte oss først med brev og deretter med oppfølging over telefon. Det viste seg at det var vanskelig å komme i kontakt med disse legene. Vi utvidet utvalget ytterligere, men sto til slutt ikke igjen med mer enn seks leger. Vi har her et stort bortfall, og vi kan ikke se bort fra at de seks intervjuede ikke er typiske for de øvrige legene som praktiserer i bydelene.

Samme temaer og de samme poengene

I utgangspunktet hadde vi lagt opp til å intervju flere pårørende, noen flere i førstelinjetjenesten og noen flere leger. Det viste seg imidlertid at i intervjuer med pårørende og ansatte i tjenestene, kom de samme temaer og poenger igjen, og det var etter hvert ikke så mye nytt å hente. Vi regner derfor med å ha dekket variasjonene i erfaringer og synspunkter blant pårørende og førstelinjetjenesten knyttet til Rosenborgsenteret, og avsluttet intervjuingen. Slike kvalitative undersøkelser som her er gjennomført, kan uansett ikke si noe om styrken eller omfanget av de ulike tendenser. Dersom dette skulle gjøres, måtte det gjennomføres en survey. Det var det ikke lagt opp til i denne evalueringen.

Rosenborgsenteret og samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten

Rosenborgsenteret arbeider mot førstelinjetjenesten med råd og kompetanseoverføring knyttet til den strategi og metode vi tidligere har beskrevet. Men både innen feltet aldersdemens og innen andre spesialisttjenester står en overfor de samme oppgaver og utfordringer, å arbeide mot førstelinjetjenesten. Vi fant at det kunne være nyttig å belyse Rosenborgsenterets praksis gjennom å sammenlikne dem med andre enheter som arbeidet mot førstelinjetjenesten, ev. arbeidet systembasert. Dette har imidlertid vært vanskelig å få til. Det som er problemet er å

få oversikt over aktuelle sentre og deres metoder slik at vi på denne bakgrunn kunne intervju et utvalg mer inngående om arbeidet rettet mot førstelinjetjenesten. Det finnes lite dokumentasjon av omfanget og metoder som nyttes i arbeidet mot førstelinjetjenesten. Det som er dokumentert er prosjekter, der en oppgir å arbeide nettverkbasert (se Brenden og Wergeland 2000), men der evalueringen ikke handler om denne metodens gjennomføring eller innvirkning på resultatet.

Det er også en stor forskjell mellom spesialisthelsetjenestene på dette feltet i Oslo og i andre fylker. Når vi kommer utenfor Oslo, vil en poliklinikk eller ambulerende team arbeide mot pasienter i en stor krets av kommuner, og der det til dels er betydelig reisetid både til pasienten og til kommunehelsetjenesten. Avstander og reisetid legger i seg selv føringer på hva som er gjennomførbare metoder.

Vi har her valgt å beskrive to miljøer som omtales av Nordberg (Nordberg 2000). De har utviklet en spesiell profil og lagt vekt på å gi veiledning, råd og undervisning til førstelinjetjenesten (Nordberg 2000:72-73). Disse to miljøene er Alderspsykiatrisk poliklinikk i Aker sektor i Oslo og den polikliniske og ambulante virksomheten ved alderspsykiatrisk avdeling ved Sannerud sykehus i Hedmark. Videre har vi vært i kontakt med geriatrik poliklinikk ved Sykehuset Østfold i Sarpsborg og Sykehuset i Rogaland.

4 Hvem er senterets brukere?

Rosenborgsenteret har i utgangspunktet fri henvisningsrett, og hver sak vurderes ved inntaket ut fra den bestilling som foreligger. Vi vil her se på hvem som henviser og hvilken utvikling i henvisningspraksis vi kan se av dataene for de siste tre årene.

4.1 Hvem henviser?

Vi ser at antallet henvisninger har økt med ca. 100 tilfeller i perioden fra 1999 til 2001. Den viktigste bestilleren synes å være legene, og deres andel av henvisningen har også økt. Her må vi imidlertid tilføye at en av bydelene har pålagt de hjemmebaserte tjenestene å gå om

Tabell 1 Henvisende instanser 1999-2001. Prosentfordeling

Henvisende instanser	1999	2000	2001
Primærlege	30	24	39
Hjemmetjenesten	20	18	14
Pasienten eller pårørende	4	6	7
Sykehjem	12	10	9
Lovisenberg sykehus, med avd.	30	23	20
Lovisenberg sykehus, psykiatrisk avdeling		16	8
Andre institusjoner og avdelinger	*4	3	3
Totalt antall henvisninger (N)	193	234	**296

*For 1999 kan vi ikke skille mellom Lovisenberg psykiatriske avdeling og andre.

** For 2001 er det oppgitt noe forskjellige tall, og det totale antallet henvisninger fordelt på instanser og henvisninger fordelt på bydel er ikke det samme. Avviket er så lite at det spiller ingen rolle for vårt formål.

primærlegen ved henvisning til Rosenborgsenteret. Videre kommer det fram av intervjuer med pårørende og leger at i mange tilfeller kommer de pårørende og ber legen henviser til Rosenborgsenteret. Det innebærer at tallene ikke direkte viser hvem som er initiativtaker i saken. De pårørende er en større etterspørre etter utredning enn henvisningstallene direkte viser. Flere pårørende forteller også at det var dem selv som hadde funnet fram til eller hørt om Rosenborgsenteret, et tilbud pasientens primærlege ikke kjente til.

Men flere leger uttrykker også at de ønsker at henvisningen skal gå via dem, de ønsker ikke bare levere legeattester som bilag til søknaden. De misliker å miste oversikten over sine pasienter. Som en sier det: "Jeg liker ikke når sosionomen på eldresenteret ordner dette (henvisningen) på egenhånd og jeg skal skrive under på å ha sett pasienten, uten konsultasjon – som en postordrelege! Jeg vil se mine pasienter, snakke med dem og høre dem".

Den andre store gruppen av etterspørre er medisinsk avdeling ved Lovisenberg sykehus. Ikke alle pasienter har pårørende, og deler av de eldre i bydelene har ifølge de hjemmebaserte tjenestene, svake sosiale nettverk. En pasientkarriere/sykdomsutvikling kan være kommet langt før hjelpeapparatet bli koblet inn.

I flere av de sakene vi har sett på har, saken startet med en dramatisk hending, etterfulgt av innleggelse i sykehus. Dette er nok ikke uvanlig. Undersøkelser viser at det er

hjemmehjelperes erfaring at det fins mange sterkt demente som ikke mottar hjelp fra det offentlige og som først blir kjent for det offentlige idet det inntreffer en episode (Snell 1998).

4.2 Samarbeidet med bydelene

Når vi ser på henvisninger pr. bydel, innebærer dette henvisninger fra leger, pårørende osv. ut fra pasientens bosted. Men det som er mest påfallende i tabellen, er andre bydelers bruk av Rosenborgsenteret. En fjerdedel (77) av alle henvisninger i 2001 kom fra andre bydeler. Dette

Tabell 2 Henvisninger fordelt på bydel. Prosent

Henvisninger	1999	2000	2001
St. Hanshaugen/Ullevål Bydel 3	42	38	30
Grünerløkka/Sofienberg Bydel 5	21	24	21
Gamle Oslo Bydel 6	27	25	23
Andre bydeler	10	13	25
Andre fylker	0	0	1
Totalt antall henvisninger (N)	193	234	309

fordi det fra 2001 ble åpnet for fri konkurranse/fritt sykehusvalg mellom sykehusene, og Lovisenberg sykehus besluttet å åpne sitt tilbud for alle Oslos bydeler.

Vi ser videre at bydel 3, St. Hanshaugen/Ullevål, er den bydelen som har nyttet tjenesten hyppigst og har etablert denne relasjonen til Rosenborgsenteret over tid. De øvrige bydelene har økende bruk av senteret, men relativt går Gamle Oslos bruk av senteret tilbake. Bydelen hadde i fjor 23 % av henvisningene (70 henvisninger). Færrest henvisninger hadde bydel Grünerløkka/Sofienberg, med 64 henvisninger.

Ser vi derimot bruken av Rosenborgsenteret i relasjon til antall eldre i hver av bydelene, blir bildet et annet.

Tabell 3 Antall saker pr. 1000 innbyggere på 75 år og mer i bydelen

Henvisninger	1999	2000	2001
St. Hanshaugen/Ullevål Bydel 3	32	36	39
Grünerløkka/Sofienberg Bydel 5	25	38	47
Gamle Oslo Bydel 6	43	51	65
Andre i Oslo	0,52	0,82	2,12

Denne tabellen viser at Gamle Oslo har relativt mange eldre til undersøkelse i Rosenborgsenteret og at bydel St. Hanshaugen/Ullevål relativt sett har færrest til undersøkelse.

Når vi intervjuer i bydelenes tjenester, oppfatter de selv at de bruker Rosenborgsenteret mye. Dette innbefatter alle typer saker. Dette er i god overensstemmelse med det som kom fram av tabellene: En relativt større andel eldre i den lille bydelen, Gamle Oslo, er til undersøkelse enn i den store bydelen St. Hanshaugen/Ullevål, men absolutt er det flest pasienter som kommer fra St. Hanshaugen/Ullevål. Det er da rimelig at alle opplever å bruke senteret ofte.

Dette avhenger også av hvem en snakker med. Demenssaker med mye samhandling med Rosenborgsenteret er ikke jevnt fordelt blant de ansatte i tjenestene. Noen vil av ulike grunner ha mer kontakt enn andre. Noen av mellomlederne henviser til at de har mange saker med

system-møter (ledere vil alltid innen sin enhet ha en eller flere saker under utredning i senteret), men fordelt på de ansatte blir det ikke ofte at hver av dem er involvert. De ansatte har ofte ikke vært på mange møter, kanskje ikke vært i Rosenborgsenteret det siste året. De som er relativt nye i tjenesten behøver derfor ikke å ha vært på systemmøter noen gang. Og personer som i dag sitter i lederstillinger, kan ha hatt mye kontakt med Rosenborgsenteret i en tidligere periode. De mange i de hjemmebaserte tjenestene har derfor sporadisk kontakt med senteret eller mye kontakt på et tidligere stadium.

Bydelsvariasjon i bruksmønsteret

Henvisningsmønsteret sier ikke alt om en bydels bruk av senteret. Noen bydeler brukte senteret mer enn andre, men det var også interne forskjeller i bydelene.

Vi har gått gjennom en del journaler i pasientsaker fra 2001 for å se forløpet i sakene. Vi ba om sammensatte eller omfattende saker, ikke rene sykehjemsvurderinger. Men likevel slik at alle bydeler var godt representert. Når vi fordeler disse omfattende sakene på bydel, finner vi at 10 av 20 saker kommer fra St. Hanshaugen/Ullevål bydel, seks saker fra Grünerløkka/Sofienberg bydel og fire saker fra Gamle Oslo Bydel. I sju av sakene, var det ikke holdt systemmøte og sakene inneholdt lite kontakt til tjenestene og/eller pårørende. Dette kunne være hastesaker og saker som ble raskt avklart. Slike saker finner vi for alle bydeler, men ser vi på de fire sakene vi hadde i Gamle Oslo, var to av fire saker med lite/ikke noe systemarbeid. Det var vanskelig å finne mange saker i denne bydelen med systemarbeid i den perioden vi gjorde vårt utvalg.

Vi kan tolke dette som en indikator på at bydelen har ulik bruk av Rosenborgsenteret, både i antall saker og mht. *hvilke saker* de sender over og i hvilket stadium en sak er, før den bringes inn for Rosenborgsenteret. Dette inntrykket bestyrkes av intervjuene vi har gjennomført i bydelene. Dette innebærer at relasjonen mellom førstelinjetjenesten og Rosenborgsenteret som spesialisthelsetjeneste, er svært forskjellig fra bydel til bydel.

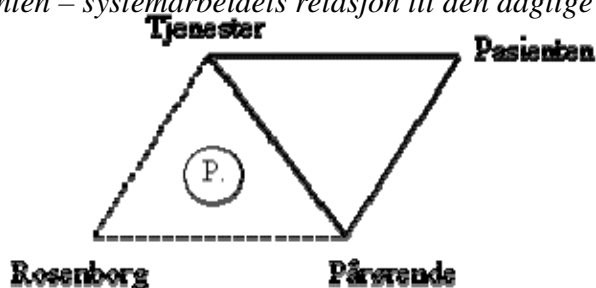
5 Erfaringer – i prosess med Rosenborgsenteret

5.1 Innledning

Vi skal i dette kapitlet se på de ulike parters erfaringer med Rosenborgsenteret. Hvilke vurderinger gjør de? Og hva er vurderingene knyttet til? Er erfaringene knyttet til prosessen i en utredning eller til sluttresultatet?

Vi har her framstilt en empiri som handler om relasjonelle forhold. Vi kan lage oss følgende modell av samspillet:

Fig. 2 Handlingstrekanten – systemarbeidets relasjon til den daglige pasientomsorgen.



Vi kan framstille forholdet som to trekanten i berøring med hverandre. Den heltrukne trekanten, ”handlingstrekanten”, er den som utgjør samhandlingen i dagliglivet: Pasienten får hjelp fra pårørende og/eller tjenestene, og det er normalt et forhold preget av samarbeid og informasjonsutveksling mellom de pårørende og tjenestene. Når saken kommer til utredning i Rosenborgsenteret, blir Rosenborgsenteret løst knyttet til handlingstrekanten. I *utredningen* ser naturligvis Rosenborgsenteret, til dels gjennom mange ulike undersøkelser, pasienten selv. I *systemarbeidet* forholder senteret seg til de pårørende og tjenesten, både for å få til bearbeiding av relasjoner, utveksling av informasjon og kompetanseoverføring. Systemarbeidet er her tegnet som en stiplede linje.

Empirien handler om relasjoner i denne stiplede trekanten.

De ulike aktører har veldig ulike forventninger og relasjoner til Rosenborgsenteret. Legene er lite i prosess med senteret, henviser på eget initiativ eller etter kontakt med pårørende og tjenestene og mottar en utredning. De pårørende er inne i en sak – *i sin sak* og ønsker (ofte en spesiell) en løsning. De ansatte i tjenestene kan være litt inne i mange saker over tid og er mottakere av utredningen. Det er også dem som sitter med ansvaret for det faglige og praktiske opplegget både før, under og etter utredningen.

Gjennom å belyse de ulike erfaringer og oppfatninger (erfaringer knyttet til saker), vil vi også belyse prosessen og hvordan den forstås og evalueres av de pårørende og de ansatte i de hjemmebaserte tjenestene. Når en skal prøve å finne ut hvilke problemstillinger Rosenborgsenteret står overfor mht. til utvikling av sin modell og metode i systemarbeidet videre, må vi se på hva som oppleves som problematisk av de ulike partene i nettverket, og på hvilke erfaringer de ulike partene har mht. dagens samarbeid, hva de synes fungerer bra og hva som fungerer mindre bra. Og vi må se på hva som er innholdet eller substansen i disse erfaringene.

Hva de ulike parter erfarer, er fornøyd og misfornøyd med, er naturligvis ikke det eneste kriteriet på en metodes "godhet". Det er sider ved systemmodellen som åpenbart ikke kan være så tydelige for pårørende og tjenestene som for de som iverksetter metoden. Gjennom systemmøtet overføres kunnskap gjennom samtaler og refleksjon, men ikke som undervisning eller belæring. Gjennom utforskende spørsmål flyttes aktørens forståelse av situasjonene. Dette er en diskret påvirkning og vil normalt ikke kunne rapporteres gjennom et intervju.

Hvor ligger problemene?

Rosenborgsentret har en avgrenset rolle i hver pasientsak, det er derfor ikke så uventet at mye av det problematiske ligger mellom de pårørende og helse- og omsorgstjenestene. Men fra enkelte tjenesteutøveres side, kan noen systemmøter oppleves som problematiske.

Vi finner hos alle parter en stor tiltro og aksept av Rosenborgsenterets arbeidsmåte og faglige kompetanse. Problemstillingene som framkommer ved empirigjennomgangen handler om flere forhold:

- Det kan være et avvik mellom den anbefalte/den beste løsningen i en sak og hva bydelens hjemmebaserte tjenester har av ressurser.
- Det kan være ulike oppfatninger om hva som er den beste løsningen, og dette temaet har flere varianter.
- Det kan stilles spørsmålstegn ved nytten av en utredning – diagnose - og hva så?

Vi vil her først se på de pårørendes erfaringer, videre på tjenestenevnternes erfaringer og deretter trekke opp noen problemstillinger.

5.2 De pårørende

Når vi ser på de pårørendes relasjoner til pasienten og opplevelse av sin sak, finner vi store variasjoner. Noen har vært pårørende og hjelpere over mange år, for andre kommer situasjonen som hjelper mer brått på. Enten fordi pasienten i alle år har klart seg selv eller fordi den pårørende kom inn i rollen som den "nære" pårørende relativt sent. Ektefellen kan ha vært hjelperen og den som også har kompensert for pasientens funksjonsbortfall, og er nå falt fra. Det kan også være at barn eller venner som har vært den nære pårørende er borte og andre overtar rollen.

Alle pårørende er ikke like nærstående: Noen er nevøer og nieser, venner eller barn til pasientens venner og kan ha gått inn i en mer avgrenset rolle etter avtale med pasienten. Alle pårørende har heller ikke den samme praktiske muligheten til å bidra som hjelper eller som observatør i sykdomsutviklingen ved at de er bosatt langt fra Oslo. De kan i en annen forstand være nærstående gjennom hyppig telefonkontakt og ferieopphold sammen med pasienten. Men generelt kan vi si at en eller flere av de pårørende i de sakene vi har sett på, har bosted i en omegnskommune til Oslo og har slik ikke stor fysisk nærhet til sine pårørende.

De pårørende til en pasient kan slik være i ulike situasjoner og ha svært ulikt ståsted mht. å vurdere sykdomsutviklingen hos pasienten, til å yte praktisk hjelp og svært ulikt ståsted i relasjon til å vurdere pasientens ønsker, men også hvilke muligheter og tilbud som foreligger i situasjonen. Vi ser også at det i barn-foreldreforhold i mange tilfeller ligger vansker som er med på å legge føringer på saksforløpet.

Hva er utgangssituasjonen før de kommer til Rosenborgsenteret?

Vi vil her kort presentere noen eksempler på historier og forløp, noe som er vel kjent for dem som arbeider i demensfeltet. Poenget er å si noe om typiske forløp og typiske problemer som de pårørende har, med sin pasient og med bydelens tjenester.

Case 1. Alt går i ball

Barna var bekymret fordi mor begynte å glemme og det meste gikk i ball. Mor var glad i å dra til byen og rask til bens. Men de kunne oppdage at hun satt på en restaurant på Aker brygge uten å vite hvor hun var. En gang skulle hele familien møtes for å dra på båttur og moren kom, men ble tydelig glad og overrasket over å møte dem der. Hun vasket ikke tøyet, bare skylte det opp i en kum. Og før de skulle spise hos mor, måtte de vaske opp kopper og kar. I utgangspunktet ville hun ikke ha hjelp. Hun fikk tilbud om hjemmehjelp, men de ble sendt på dør.

Case 2. Kolaps

Utgangspunktet i denne saken er en gammel kvinne som gikk med rullator og kostholdet gikk bare på brødsriver. Moren redde opp på gulvet.

Situasjonen utløstes da faren døde i januar 2000. Da falt mor sammen og hun ble sendt til sykehus og fikk deretter korttids plass på et sykehjem. Hun har også tidligere kollapset og hadde begge ganger fått tilbud om hjelp fra hjemmetjenesten. Men moren hadde sagt nei takk – mannen hennes var jo sprek. Etter innleggningen på sykehuset ble det holdt et møte med bydelens tjenester og resultatet var at moren skulle få hjemmesykepleie to ganger pr. dag. Men mor ville ikke ha dem ”rennende på dørene” og tok bare i mot hjelp en gang om dagen. Det førte til at de ikke fikk gitt medisiner og det ble litt rot. Moren ville heller ikke slippe inn hjemmetjenesten som kom om kvelden (de sendte to voksne menn). Hun måtte derfor si fra seg deler av tilbudet. Hun ville ha hjelp av sin datter som bor i en omegnskommune, og hun var inne hos moren to ganger i uka. Datteren var syk og utslitt og ønsket sykehjems plass for sin mor, noe utførerseksjonen ikke var enig i.

Case 3. Stadig flere funksjoner faller bort

Denne pasienten hadde vært mye syk de siste 10 årene. Hun brukte rullator og hadde vært enke i mange år. Etter hvert har hun trengt hjelp, og det er det døtrene som har stått for. Hun ville ikke ha hjemmehjelp. Etter hvert har vår informant handlet for henne, tatt seg av økonomien, vasket klær, fulgt til lege og døtrene har hatt henne hos seg i helgene. Moren turte etter hvert ikke gå ut å handle og hun begynte å gjemme bort mat og andre ting. Hun kunne ringe sin datter å si at hun ikke hadde noe å spise, samtidig som datteren visste at hun for tre dager siden hadde fylt opp kjøleskapet. Hun måtte da dra inn til moren og finne fram mat. Etter hvert var hun heller ikke renslig, nektet å bruke bleie og brukte hendene. Boligen hadde ikke bad. Døtrene hadde vaktordning og sørget for at de ikke var bortreist samtidig. Det har vært arbeidskrevende og døtrene ønsket en sykehjems plass for sin mor. Datteren hadde selv sterkt redusert helse. Hun kunne ikke alltid kjøre inn til byen selv på grunn av egen sykdom og måtte ha hjelp av andre for å hjelpe sin mor.

Case 4

Tante er dårlig til bens, men tar seg til byen med buss og TT-kort. Det har vært problemer med matstellet, det ble mye suppe. Da de fant ut av det, ble det ordnet med mat ombrakt fra det kommunale storkjøkkenet. Hun hører dårlig, men høreapparatet går bare i stykker. Hun

har TV så høyt på at de kan høre det ute på gata. De må skrike til henne. De sliter med å få henne til å bruke trygghetsalarmer. Den ligger ved siden av henne, men hun vil ikke ta den på. Nevøen bor hos henne en dag i uka, ringer på faste tidspunkt, hans svigerinne tar seg av vask av tantes tøy og han og broren handler. Tante har hjemmehjelp til vask av huset, men han syntes ikke det bli vasket noe særlig. De kunne ønske litt mer hjelp og bedre tilpasning av medisiner og hjelpemidler. Familien lurer på hvordan de skal gjøre med tante i jula. De kunne tenke seg et korttidsopphold for tante.

Hovedtrekk

Disse casene viser vanlige forløp i saker (de mer spesielle kan vi heller ikke framstille fordi det ikke er lett å anonymisere). Noen saker kommer tilsynelatende plutselig, som en kollaps, men når de pårørende ser tilbake, ser de at utviklingen har foregått over tid. En ektefelle kan ha dekket over eller, den gamles sterke vilje til å klare seg selv, til å holde fasade overfor barna, har ofte lurt dem. Når de pårørende ser seg tilbake, kan de se at det har skjedd ting de siste to årene som nå står for dem i et annet lys.

I andre tilfeller kommer endringer gradvis, og de pårørende strekker seg ved å yte stadig mer hjelp. Det handler også om bekymringer, f.eks. for mor som drar av gårde uten å vite hvor hun er og som tilfeldig treffer familiemedlemmer i byen som bringer henne hjem. Det handler også om den gamles angst og uro, om døgnvillhet og om de 20 telefonsamtalene om dagen.

En av de problemstillingene som flere nevnte, var problemet med å motivere sine foreldre for hjemmehjelp, hjelp til dusjing, til undersøkelse eller dagsenterplass. I flere tilfeller hadde det vært vanskelige relasjoner mellom barn og foreldre tidligere i livet: "Mor er så sta!"

Det som går igjen i mange saker er at bydelen har tilbudt hjelp, men at pasienten selv nekter å motta hjelpen. De ønsker ikke å ha fremmede rekende ut og inn, og ønsker og forventer hjelp av de pårørende. Slik forstår de pårørende situasjonen. Når de kommer til Rosenborgsenteret har de i mange tilfeller vært i dialog med pasientens bydel og det er ofte etablert noe hjelp i hjemmet.

Systemmøtet

Når de pårørende kommer i systemmøtet, har de ofte strevd med problemstillingene sine ganske lenge. Pasienten har vært eller er til utredning. Flere har vært i kontakt med de ansatte ved Rosenborgsenteret, ved at de har fulgt pasienten til undersøkelser og gjennom telefonsamtaler, ev. vært til stede ved Rosenborgsenterets hjemmebesøk.

Det som går igjen i de pårørendes kommentarer er at de sammenlikner møtet med Rosenborgsenteret med sine egne møter med helsevesenet. Mange pårørende (som ofte er i 60-årene) har selv en pasientkarriere eller arbeider selv innen helse- og omsorgstjenester. De pårørende er både overrasket og imponert for den måten de blir møtt på, blir hørt og tatt på alvor. "Bare det at 3-4 mennesker tar seg tid til et møte med deg! Det normale i helsevesenet er å vente i det lange og brede for å få en ½ time". "Det var et koselig sted, en hyggelig tone ... snakket med en sykepleier som var usedvanlig koselig".

Godt ivaretatt

De pårørende følte seg forstått og ivaretatt: "Der inne har de så god forståelse for dette. De forsto alt og fant det helt naturlig. På dette møtet så de hvilken vei det gikk". En annen var redd for å bli bebreidet for ikke å ha gjort nok, og var hyggelig overrasket over at møtet tok en helt annen vending. Andre forteller at: "Vi ble tatt på alvor. Fikk legge fram saken og forslag

til løsninger”. Og: ”På senteret fikk de (pårørende) god behandling, de fikk svar på alt. Det var veldig opplysende, ikke noe å gruble over. Det ble en fin prosess. Ingenting stoppet opp. De fikk brev og ringte og det gikk så greit”.

Vi går ut fra at det fins mange koselige sykepleiere i helsevesenet. Men tilbakemeldingen viser at de ikke hadde forventet en slik mottakelse, å bli hørt og sett og fikk legge fram forslag til løsninger. De pårørende forteller at senteret hørte på alt og tok alt alvorlig. De opplevde også at de fikk mye bekreftelse fra de ansatte på hvordan deres situasjon var. De ble godt informert og det ble kjørt en fin prosess. De peker også på at det var tydelig at bydelen hørte på hva Rosenborgsenteret mente. Pårørende med egne karrierer i helsevesenet var imponert over den gode behandlingen. Alle intervjuede kunne her fortelle den samme historien. Tilbakemeldingen fra de pårørende er entydig og svært positiv.

Den vanskelige sykehjemsvurderingen

I slike systemmøter vil mye tid gå med til å luften bekymringer og vurdere situasjonene, fra alle parter rundt bordet. Som bakgrunn for mange av sakene ligger et ønske hos pårørende om endringer og bestemte løsninger. I de sakene vi har sett på, var det alminnelig at de pårørende hadde snakket sammen og dannet en felles forståelse av så vel situasjonen som av løsningen. I enkeltsaker kan det være store meningsforskjeller, med en tendens til at den som står den praktiske omsorgen nærmest, i størst grad hadde preferanse for sykehjem som ”løsningen”.

Men det kan være stor uenighet på kryss og tvers i gruppen rundt pasienten om dette er en god løsning. I de sakene vi har sett på, har vi saker der den pårørende i utgangspunktet har ønsket sykehjemsplass, saker der de pårørende har hatt ulike vurderinger, saker der de pårørende og de hjemmebaserte tjenestene har ulike oppfatninger om behovet, og saker der tjenestene og Rosenborgsenteret argumenterer for sykehjem som løsning, men der den pårørende ikke er enig: En av våre informanter forteller at møtet på Rosenborgsenteret hadde vært greit, men ”de var for ivrige på sykehjem og de har ikke rett i den vurderingen”. Pasienten hadde i utgangspunktet bare hjemmehjelp, og ettersom problemene økte var det hjemmetjenesten som tok affære og som nok mente at situasjonen nærmet seg et stadium der sykehjem var aktuelt. Denne pårørendes problem var å få hjelp på sine premisser, å få avlastning ved reisevirksomhet og etter hvert hjelp til stell og tilsyn. (På intervjutidspunktet hadde pasienten hjemmesykepleie og tilsyn fire ganger i døgnet.)

Om å avtale ting

Det de pårørende har å fortelle fra møtene, er ofte ikke så mye: ”Det var greit”. Men noen temaer kommer opp. Et sentralt tema er overføring av oppgaver og ansvar fra de pårørende til bydelens tjenester. Det som foregikk i møtet ble forstått som at ”de avtalte ting”. Gjennom systemmøtet ble det avtalt at de hjemmebaserte tjenestene skulle gå inn og prøve å argumentere og *motivere pasienten*, for utredning, for dagsenterplass eller sykehjemsplass. Det var ofte vanskelig for de pårørende å få gehør, og ”mor er så vanskelig”. I flere tilfeller syntes de pårørende at det ville være lettere om tjenestene tok deler av motiveringsjobben. Vi så av casene at mange ikke ville ha hjemmehjelp, men ettersom sykdomsforløpet utvikler seg, er det motivering for dagsenterplass som ofte nevnes. Mor eller far mente selv at ”de ikke hadde noe der å gjøre – bare gamle mennesker”, og trivdes best i egen stue.

Det handlet også om å overta oppgaver ved å utvide omfanget av tjenester og tilsyn og om å klargjøre arbeidsdelingen. Det ble i mange tilfeller avtalt at tjenesten skulle gå inn med flere tilsyn og at de skulle prøve dette ut. Videre var det i mange tilfeller gjort avtaler om at hjemmesykepleien skulle ta over medisinerings. Og det ble tydeliggjort hva de pårørende

skulle ta seg av, som f.eks. å betale regninger. I andre tilfeller ble det gjort avtale om at hjemmetjenesten skulle gå inn med matombringning eller om hvordan henting til dagsenteret skulle skje.

De gjorde alt på en fin måte

I andre saker ble det diskutert hvordan tjenesteutøverne skulle gå fram for å få utført det alle ønsket og var enige om. I en sak ga Rosenborgsenteret råd om hvordan tjenestene kunne gjøre ting når mor ikke ville. De var ikke nødt til å spørre om hun ville dusje eller ha hjelp til å vaske klær. De kunne bare si: "Nå har jeg tid til å slenge i en vask for deg". Tjenesten måtte bare skjære gjennom. De pårørende forteller også at dette ikke bare var problemer som hjemmetjenesten sliter med, det er akkurat det samme nå når mor er på sykehjem. De pårørende peker her på at det kanskje ikke bare hjemmetjenesten som sliter litt på utføringssiden.

Pårørende forteller også om hvordan systemmøtet prøvde å legge til rette en ny forståelse av situasjonen: I en av de sakene vi har sett på, var det store samarbeidsproblemer mellom hjemmetjenesten og barn omkring en pasient som var utagerende. Senteret var inne med mange møter. De pårørende opplever liten forståelse for situasjonen hos hjemmetjenesten, de skjønnte etter de pårørendes oppfatning, ikke hva de stred med. Rosenborgsenteret får honnør for måten de i systemmøtet forholdt seg til bydelens hjemmebaserte tjenester: "Rosenborgsenteret gjorde alt på en fin måte. Kom ikke med kritikk. Rosenborgsenteret var utrolig dyktige og kunnskapsrike, tilbakeholdne og fine, pressa ikke".

Oppsummering

Vi ser at i systemmøtene følte de pårørende seg ivaretatt og opplevde å få oppmerksomhet omkring omsorgsgivers egen situasjon. Og de var lettet over å bli sett og hørt. For mange var møtet i Rosenborgsenteret en stor overraskelse ut fra tidligere erfaringer i hjelpeapparatet, både som pårørende og som klient. Samtalene handlet også om å avlaste dem og overføre og tydeliggjøre ansvar og oppgaver. Møtene var opplevd fra "helt greie" til at de pårørende kommenterer spesifikt den måten som Rosenborgsenteret forholder seg til tjenestene på. Og alle kunne fortelle at dersom det var noe, kunne de bare ta kontakt med senteret igjen.

Avklart på møtet, men ikke i virkeligheten

Når vi intervjuer pårørende, ligger naturligvis ikke deres fokus på Rosenborgsenteret. På intervjutidspunktet kan det være inntil 11 måneder siden de pårørende hadde noen direkte kontakt dit. For andre lå erfaringen nærmere og var kanskje ikke i alle tilfeller avsluttet. Men uansett, det alle var opptatt av, var hvordan det gikk med den pårørende. *Hvordan deres "sak" sto.* Flere av de pårørende opplevde at selv om alt syntes avklart i systemmøtet i Rosenborgsenteret, var ting ikke så avklart i virkeligheten. For de pårørende er en god prosess i Rosenborgsenteret en verdi i seg selv, men det er resultatet som teller.

En sak er ikke avsluttet i Rosenborgsenteret. Som vi tidligere har pekt på, er det bydelene som er iverksetterne og som fordeler ressursene. Bydelene må inn å gjøre vedtak om tildeling eller utvidelse av tjenester og mht. tildeling av institusjonsplasser. Med hensyn til sykehjemsplasser kan det være problematisk, fordi bydelene ikke har (ledige) plasser å tildele. En omforent og ønsket løsning kan derfor ikke iverksettes umiddelbart.

Den arbeidsfordelingen som ble avtalt i systemmøtet mellom pårørende og de hjemmebaserte tjenestene skal følges opp og må fungere. Det er også slik at situasjonen for pasienten kan

forandre seg raskt på kort tid, og mye kan ha skjedd fra et systemmøte i Rosenborgsenteret til der saken står ved intervju tidspunktet – ca. tre måneder senere.

”Hva er vitsen med å få mat på døra, når du ikke husker å spise den?”

I en sak der de pårørende ønsket sykehjem, ble konklusjonen at tjenesten skulle gå inn med forsterket tilsyn, mer hjemmesykepleie og matombringning. De pårørende forteller at da de gikk ut av døra på Rosenborgsenteret var de så fornøyd og følte at de ble tatt på alvor. På møtet i Rosenborgsenteret forsto de det slik at alle var enige, og at *bydelen aksepterte* de tiltakene som var drøftet: dagsenterplass to ganger pr. uke, hjemmetjenestene inn fire ganger i døgnet og bistå ved medisiner og bringe og smøre mat. Nå var de pårørende mer i tvil og skuffet over at ting ikke ble som lovet: De var kritiske fordi tjenesten ikke var der så ofte som lovet, men også: ”Hva er vitsen med å få mat på døra, når du ikke husker å spise den?” I etterkant mente de fortsatt at sykehjem var det riktige tilbudet. De pårørende mente at det ikke ble slik de var forespeilet.

Mistillit

I flere saker skjedde det også episoder som førte til mistillit hos de pårørende i forhold til hvordan tjenestene ivaretok sitt ansvar og oppgaver. Flere pårørende forteller at de kommer på besøk og finner sine pårørende hjelpeløse. En informant forteller at en søndag hun kom på besøk, satt moren på en stol og kunne ikke røre seg. Hun får moren på sykehuset. Samme dag hadde hjemmesykepleien vært inne og gjort et notat, der det sto ”xx har det bra i dag, men har litt vondt i ryggen”. En annen finner sin mor på gulvet, hjemmesykepleien hadde ikke gått inn når de ikke hadde fått kontakt. De pårørende peker på at tjenesten kan være raske og overfladiske; de kunne ikke vite at det kom noen pårørende i det hele tatt samme dag. Det kommer fram av flere historier at det kan skjære seg i helgene.

I dette og liknende tilfeller er det også problemer med nøkler. Hjemmetjenesten kan ønske å gå inn flere ganger om dagen, men pasienten vil ikke gi fra seg nøklene – tjenesten hadde i et tilfelle, allerede mistet ett nøkkelsett.

Mistillit kunne også oppstå ved at de pårørende ved en tilfeldighet oppdager at den avtalte prosedyren for henting til dagsenter ikke ble fulgt: Pasienten og hentetjenesten hadde gjort en annen henteavtale enn hva som var avtalt med den pårørende og uten dennes vitende. Eller at medisiner ikke var tatt – de lå litt rundt om kring. Videre var det vedtak på bl.a. støvtørking, noe de aldri hadde sett var utført. Og det var blitt fattet nye vedtak med redusert omfang av hjelpen, et vedtak som de pårørende tilfeldig fant hos pasienten blant gamle aviser og annet rot. De pårørende var ikke underrettet og ved henvendelser får de høre at de heller ikke har rett til noen kopi i slike saker.

Det som skjer i relasjon til det som var bearbeidet/overført/avtalt på systemmøtet, er at de pårørende ”tar tilbake” det ansvaret som var forsøkt gitt over til tjenestene. De pårørende ble skeptiske og begynte å kontrollere at tjenestene gjorde hva de hadde lovet og hva den pårørende hadde vedtak om. Fra annen kunnskap i noen av sakene ser vi også at det handler om at tjenesten tar primært hensyn til pasienten og gjør avtaler med denne, avtaler som ikke nødvendigvis er helt i tråd med hva de pårørende oppfattet ble avtalt på systemmøtet. Og tjenesteutøverne fortsetter ikke ”forhandlingene” med de pårørende.

Krig

I noen saker ser vi at det er ulik vurdering av hjelpebehovet mellom pårørende og utfører, som i eksempelet der det fattes nytt vedtak i bydelen uten at de pårørende underrettes. I denne

saken ble vedtaket påklaget, men avslått og anket videre til fylkesmannen, der de pårørende fikk medhold. Sett utenfra var ikke dette noen stor sak og ikke stor forskjell mellom første og annen gangs vedtak. Men saken viser at pårørende står på sin rett når de føler seg dårlig behandlet.

I en annen sak var pasienten på korttidsopphold på et sykehjem, og de pårørende mente at pasienten skulle få forlenget korttidsoppholdet i påvente av ledig sykehjemsplass. De pårørende skulle i møte med bestillerenheten om saken, men den som skulle møte fra hjemmesykepleien kunne ikke møte og møtet ble avlyst. Den pårørende ringer så hjemmetjenesten og får høre at ”Mora di kommer ikke noe sted...!!! Nytt møte blir berammet, med framlegg av nye rapporter fra Rosenborgsenteret, fra lege osv., men det forelå ingen rapport fra hjemmetjenesten. Informanter tolker hendelsene som ”hjemmetjenesten gikk egentlig i mot”. De pårørende føler seg her motarbeidet av utførerensheten.

Helsearbeidere med egne mål

Det ble i flere intervjuer etterlyst bedre koordinering og styring i relasjon til hva som var målet for den enkelte pasienten. En pårørende forteller at da hennes pasient var på korttidsopphold og under utredning, samarbeidet avdelingsledelsen godt med Rosenborgsenteret, og det var en felles forståelse av at hennes pårørende ikke kunne flytte hjem. En helsearbeider ved avdelingen var imidlertid ikke enig og hadde andre mål og ideer og arbeidet for hjemsending. ”Pasienten skulle hjem for å ta farvel med hjemmet sitt”, noe sikkert hennes pårørende kunne mene, men som var et ukjent mål for avdelingsledelsen og til stor bestyrrelse for henne.

Korttidsopphold og hva så?

Det er et stort problem for flere av de pårørende vi har intervjuet at under pasientens korttidsopphold på sykehjem får de pårørende lite tilbakemelding om hva som videre vil skje. Skal pasienten hjem eller blir oppholdet forlenget? Ved korttidsopphold på to uker fikk en pårørende ikke beskjed før siste dagen om hva som skulle skje videre.

En pårørende var kritisk til hvordan bydelene organiserte beslutningen og behandlet pårørende: Ved utløpet av et opphold ringte de pårørende, men fikk vite at en person i inntakstemaet var syk og de kunne ikke fatte vedtak. Pasienten skulle derfor få en dag til på korttidsopphold! Og ring igjen i morgen!

De pårørende fikk i flere tilfeller ikke vite noe før siste dagen. Det var fryktelig frustrerende og strevsomt for dem. Det var så håpløst å få høre at ”andre har det verre enn dere”. Det kan godt være, sier en av våre informanter, men for dem var det prekært der og da, den pårørende og ektefellen hadde to jobber og tre barn og kunne ikke ta imot en dement pårørende på kort varsel. Eller den pårørende som ringte bydelen når hennes pasient var innvilget en plass for fire uker og fikk til svar: ”Ta det med ro”.

Det sitter noen usynlige og sier nei

En informant forteller at i deres bydel er det slik at for hvert korttidsopphold, skulle bydelen gjøre en ny vurdering. De skulle ha nye opplysninger bl.a. fra legen og full saksbehandling. Og de pårørende hadde i flere tilfeller ingen forståelse av at de mange korttidsoppholdene var begynnelsen på eller bydelens strategi mot tildeling av en fast sykehjemsplass. De opplevde situasjonen som tilfeldig og utrygg.

De pårørende skjønnte heller ikke helt hva som skjedde: De pårørende opplevde at alle som kjente den gamle, var enige (om sykehjemsplass). ”Men så sitter det noen usynlige som bare sier nei og skal ha nye undersøkelser og data. De er ikke tilgjengelige og kjenner ikke saken direkte.”

Når den pårørende omsider fikk innvilget sykehjemsplass, fikk denne forespørsel om hvilken institusjon de pårørende ønsket på vegne av pasienten. Det, mente den pårørende at det er vanskelig å ha noen formening om. Men to dager etter forespørselen fikk pasienten tildelt plass uten at de pårørende hadde rukket å svare på forespørselen. Medvirkningen var bare tilsynelatende.

Avslutning – de pårørende

I mange av de sakene vi har sett på sitter de pårørende igjen med en veldig positiv opplevelse av systemmøtene og av behandlingen på Rosenborgsenteret. Men det de er opptatt av og har mye å si om, er samhandlingen med bydelens tjenester. Her har vi trukket fram konflikt-områder, men de pårørende kan også være veldig positive i omtalen av den hjelpen de har fått. I enkelte saker har det skjært seg, i andre saker handler det om episoder. Det som også går fram av intervjuene er at mange pårørende ikke vet hvor de skal henvende seg og kjenner ikke systemet med bestiller og utfører: For de fleste er det mest naturlig å snakke med den som går hjemme hos mor eller far, og i mange saker har de en god forståelse for hverandre og et godt samarbeid.

Vi ser også at det på utførersiden kan være ulike oppfatninger om hva som er en god løsning, og det kan mangle koordinering internt i en organisasjon. Vi ser også at utførerenheten er uenig i løsninger i enkeltsaker: ”Mora di kommer ikke noe sted...!!!” Dette handler om oppfatninger om fordeling og rettferdighet, en oppgave eller ansvar som etter den nye forvaltningsmodellen ikke skal ligge til utførerenheten. Det kan foregå en ”krig” om fordeling av knappe goder, der ikke alle har funnet sine nye roller.

Det som står tilbake når vi har gått gjennom de pårørendes erfaringer, er at situasjonen i de fleste pasientsakene (som vi har i vårt utvalg) ofte er kommet langt når Rosenborgsenteret kommer inn i bildet og er lite stabil. Det skjer store endringer og reforhandlinger av tilbudet, både under utredningen, som følge av utredningen og etterpå. Mange saker går fra å være ”på sikt vil sykehjem være den beste løsningen” til å være sykehjemssaker, der de pårørende opplever at de bakser med ”noen usynlige som sier nei”, korttidsplasser og usikkerhet.

5.3 Tjenestene

Innledning

Vi har i metodekapitlet kommentert at de vi har intervjuet i tjenestene har svært ulikt ståsted i relasjon til Rosenborgkontakten og ulik personlig erfaring. Noen er lederne og mellomlederne vil i årets løp ha kontakt med mange saker som er til behandling i senteret, selv om de ikke møter personlig. Andre jobber ute og kan nå og da ha saker som fører til at de møter i Rosenborgsenteret. Men mange av dem som nå er ledere, har tidligere erfaring fra det direkte pleie- og omsorgsarbeidet i hjemmene. Dette er ingen evaluering av bydelens nye organisering, og vi har derfor ikke intervjuet så bredt at vi kan si noe spesifikt om erfaringer i ulike posisjoner og yrkesgrupper.

Oppstarten av en sak

Det er to ulike forløp: Utviklingen til pasienter bydelene allerede kjenner og pasienter som ikke er kjent for bydelene.

Pasienter som bydelene ikke kjenner, vil være henvist til Rosenborgsenteret fra pårørende, fra sin lege eller fra sykehus. Alternativt tar legen kontakt med hjemmetjenesten. Det innebærer at det kan være bestillerenheten som først kommer inn i saken og som går på vurderingsbesøk på sykehuset eller hjem, ev. sammen med en fra utførerensheten. Men tjenestene kan også komme tidligere inn ved at de pårørende er bekymret og henvender seg til hjemmetjenesten.

Og så er det de pasientene som hjemmetjenesten allerede kjenner. ”Jeg får tilbakemelding fra de ute om at fru Hansen eller Olsen begynner å rote fælt, at de har tatt alle papirene sine og pakket inn, eller de ikke finner brød på kjøkkenet fordi det ligger i sengen, eller hvis det har gått lenger, at de er inkontinente eller har problemer med hygien...”

”Vi ser symptomene – manglende hukommelse, kanskje depresjon fordi de merker at de mister grepet. Det er avhengig av hvor mye vi har vært inne, og det er vel flere typer. Noen ganger kommer det brått, andre ganger kan det komme snikende, de bare slutter å gjøre ting, eller mener at de gjør ting som de ikke gjør og sånn. Mange er flinke til å kamuflere det, en skal kjenne dem litt for å kunne avsløre dem ... De sier at de har gjort ting, at de har dusjet, men vi ser at det ikke er tilfelle.”

Hvordan går tjenesten fram?

Dette handler om hvordan tjenestene observerer hos pasienten, og hvordan de organiserer seg og behandler problemet i egen organisasjon.

Det kan være vanskelig for tjenestene når det er nye brukere, og de vurderer saken/pasienten en tid før de gjør noe. Det er ulikt hvor lang tid de lar det gå før de gjør noen sak av det. Mange mente at det var viktig å ha faste folk hos den enkelte pasient slik at de klarer å se kontinuiteten. Og så må de gå forsiktig fram. Noen forstår seg selv som gjester i andres hjem, og flere peker på at de ikke bare kan ta seg til rette og begynne å kontrollere hvordan det står til i kjøleskapet. De må la observasjonene følge av ting de naturlig gjør i hjemmet.

Alle forteller at det kan være vanskelig å vite når en skal reagere og gjøre noe mer. Det kan ta tid før de skjønner at ting ikke er riktige. Det kan være at forandringen er observert av hjemmehjelpen, men kan hende at den som daglig går i hjemmet blir litt blind, og det kan være at den som slår alarm er en som ikke er i hjemmet daglig. En hadde opplevd å få en aha-opplevelse da hun kom tilbake etter sommerferien.

Det er også ulikt hva som oppleves som alarmerende. Det er forskjellig hvordan ulike aktører oppfatter glemsomhet. Det er noe som kan gå litt over, de blir kanskje glemske i forbindelse med sykdom, men kan komme seg. Derfor venter de litt, ser situasjonen an. Dersom det kommer mange bekymringsmeldinger eller i forbindelse med utskriving fra sykehus, kan de være litt raskere med å henvise.

De observerer utviklingen selv. En sykepleier gir oss noen eksempler: En episode er ikke nok. Selv om de er litt døgnville, så tar de det ikke så alvorlig. Om de står med kåpa på en vinterkveld og venter på bussen kl. 20 og tror det er formiddagen, så er det jo litt mørkt og lett å ta feil. Dersom det ikke gjentar seg så ofte eller at de begynner å gå til feil adresse, som barndomsadressen sin, tar denne tjenesteutøveren det ikke så alvorlig.

Tjenesteutøverne forteller at de kan prøve å ta problemene opp med de pårørende. Det er forskjell på pårørende og hvor nær kontakt de har, både med pasienten og med tjenestene. De kan reagere forskjellig. Noen er bekymret, mens andre bagatelliserer. Men de fleste pårørende blir fort bekymret, dersom den gamle begynner å glemme litt. Hjemmetjenesten ser dette mer som normalt, og de prøver å roe ned de pårørende og fortelle at livet går sin gang selv med litt glemming. De prøver å ha god kontakt begge veier. Prøver å ha kontakt der det er problemer.

Det er flere som mener at mange pårørende ikke ønsker å se hva som skjer, og at en av grunnene til at en sak går langt før det blir grepet inn, er at de pårørende ikke ønsker noen demensdiagnose. ”Jeg har en datter som mener at mor husker mer enn hun gjør. – ”Det vil hun nok huske”, sier hun, men jeg vet at det gjør hun ikke. Men det er klart det er trist når en oppdager det.”

Møter og drøftinger

Bydelens tjenester har ulike møtetyper, der pasienter diskuteres og erfaringer overføres. De kan ha brukermøter, der de diskuterer gitte pasienter og så har de daglige rapportmøter. I begge disse foraene kan en diskutere utviklingen hos en pasient. De som går ute observerer og rapporterer symptomer og lufter bekymringer. I rapportmøtet i den enkelte utføringsenhet kan ting drøftes og beslutte at nye tiltak (som ikke trenger vedtak) iverksettes, som f.eks. å ta et nytt hjemmebesøk.

Men det hender at de kan være bekymret og at de ser at ting ikke fungerer. Dette er bekymringer som blir drøftet med kolleger. Det kan bli tatt opp på den daglige rapporten eller på andre møter i gruppa/sonen. De kan da be en kollega, ev. en psykiatrisk sykepleier være med ut. Tilsvarende blir mulige tiltak diskutert og forsøkt.

I en av bydelene forteller hjemmehjelpen at de møtes til et kort rapportmøte på ettermiddagen, ca. 15 minutter, som er overleveringen til ettermiddags- og kveldstjenesten. Her kan også spørsmål komme opp. Hvis flere hjemmehjelpere har vært inne samme sted, så kan de diskutere sakene med hverandre. I noen enheter har de en psykiatrisk sykepleier som de trekker inn i slike spørsmål. Men det er jevnt over slik at alle rådfører seg innen sin organisasjon, og at de opplever å ha god kollegial støtte og kompetanse innen organisasjonen.

Dersom det blir for ille, kontakter de pårørende og de er raske til å kontakte lege. Når de gamle blir urolige, nervøse, sover dårlig, er de raske til å sjekke om dette kan være hjerte-problemer eller demens. De må i alle fall sjekke ut ting som ikke er demens. De understreker at de må være forsiktige – de eldre kan også ha depresjoner i tillegg til angst. De hjemme-boende som tjenesten er mest bekymret for, er de som vet at de er demente, men som er ubekymret for seg selv.

Mye er prøvd

Hjemmetjenesten henviser når de ser at det er forandringer hos brukeren og de ikke kommer videre. På dette tidspunktet er mye prøvd av tjenestene selv. De kan tilby f.eks. dagsenter, dersom pasienten ikke kan være hjemme. Eller tjenesten i hjemmet kunne være forsterket. Og om det er lenge til neste brukermøte, settes de nødvendige tiltak inn inntil videre, så kan de evalueres etter hvert. ”Det går på å vurdere hele tiden”. De beskriver det som at en god del av grunnarbeidet er gjort før sakene kommer opp i senteret.

Det blir også nevnt at av noen utøverne i de hjemmebaserte tjenestene at de kanskje har prøvd for lenge selv før de henviser. De prøver og prøver og mange har mye erfaring og opplever selv at de har god kompetanse. Andre har fått respons på at de kunne prøvd litt mer sjøl før de søkte hjelp. Det er en avveining når de skal prøve videre og når de skal be om hjelp. Poenget her er at det er det praktiske opplegget de strever med, ikke diagnosen i seg selv.

Systemmøtet

Hvem som møter, avhenger av saken. I noen tilfeller kan Rosenborgsenteret innkalle til systemmøte for en pasient som ikke er kjent for bydelen. I mange tilfeller vil da en fra bestillerenheten møte.

I de fleste tilfellene vil pasienten være kjent for bydelen. På et typisk møte møter de pårørende og en eller to fra bydelens tjenester. Den som møter er primærkontakten, den som kjenner pasienten best og den som det kan være aktuelt å diskutere nye måter å se ting på, å gjøre ting på. Primærkontakten kan ha ulik fagbakgrunn og vil ut fra sin jobb se pasienten ofte eller sjelden. I startfasen er det ofte hjemmehjelpen som kjenner pasienten best og som har tilbrakt mest tid i hjemmet. Eventuelt eller i tillegg kan nærmeste leder møte. Denne behøver ikke kjenne personen. Og i en av bydelene møter en person fra bestillerenheten.

Hvordan beskrives møtene av de som har møtt fra tjenestene?

”Møtene på Rosenborg – det er oftest ett i starten og ett avsluttende møte, og mulighet til å ta kontakt om noe er uklart, men det er så klart, det vi får vite. Så kommer en rapport. Den er verdifull, den inneholder det de har utredet, mental status og andre vurderinger, de er veldig dyktige.”

”Det er stort sett møtene som er samarbeidet. Det første møtet tar ca. en time, det er veldig greit, greit lagt opp og gir mye informasjon om pasienten, som vi ikke visste om og en anledning for dem til å spørre oss. Vi får klarlagt en del ting, det er mange meninger om hva hjemmesykepleien er, blant pårørende. Vi får anledning til å klarlegge hva vi driver med og hvordan vi kan bidra eller bedre hjemmesituasjonen.”

”Møtet varer som regel en time, og alle deltakerne er med og uttalere seg på lik linje. Men det er naturlig at de spør oss i hjemmetjenesten hvordan vedkommende fungerer, og da bringer vi videre fra det vi har observert her i gruppen fra rapport og brukermøte, der er lederen, hjelpepleier, omsorgsarbeider, og de andre yrkesgruppene, ergoterapeut, fysioterapeut og aktivitør.”

”Det er ledet av en av disse, enten ergoterapeut eller sykepleier, og det er veldig strukturert og fint. De lar de pårørende snakke først, og så kommer vi med vårt. Det er bestandig en god tone.”

Det har fra hjemmetjenesterepresentanter vært forstått og uttrykt at systemmøtet er de pårørendes møte. Ofte opplever hjemmetjenesten at deres rolle er å støtte de pårørende og vil derfor ikke motsi de pårørende. De pårørende snakker først og de er mest i fokus. Deretter kommer tjenestenes rolle. De forteller at de får informasjon om pasienten og de gir informasjon, både egne observasjoner og mer omforente rapporter framkommet gjennom systemmøter. Og så er det viktig for dem at de får anledning til å fortelle pårørende om hva tjenesten kan bidra med. De legger videre vekt på at møtet avklarer de ulike parters forventninger.

Etter et slikt møte er det også lettere å få kontakt mellom tjenestene og de pårørende. ”Det er viktig for de pårørende å få en relasjon til hjemmetjenesten og at det skapes kontakt.”

Mange gir sin tilslutning til møtets form: ”Det er godt å møtes i denne rammen”. Noen peker også på hvilken hjelp de mener både pårørende og tjenestene får: ”Jeg opplever Rosenborgsenteret som veldig positivt. De nøster opp og drøfter ting, og de brukerne som er [aktuelle] får en utredning, og de kan i et senere møte enn det første forklare hva vi bør gjøre. De er veldig faglig dyktige til å observere pasienten, og det er viktig at vi har det samarbeidet. Vi ser at det hjelper pårørende også, det gir dem hjelp til å forstå situasjonen.”

Hva de selv kan få ut av slike møter, er de ikke alltid like direkte på. Sitatet over viser at de får hjelp til å forstå situasjonene og hjelp mht. hva de skal gjøre. Men alle så det ikke slik at de direkte fikk råd og hjelp. Flere vil beskrive situasjonen i møtet som en kollegial meningsutveksling blant likemenn.

Når tjenesten gjør andre vurderinger – om å være uenig

Alle gir sin tilslutning til Rosenborgsenteret, men noe trekker fra noen ”Men...”. Vi skal her gjengi disse reservasjonene og kommentarene og prøve å se hva de kan handle om. Vi har i intervjuene direkte spurt om menings- og vurderingsforskjeller mellom senteret og tjenestene. Her vil vi også trekke inn egne observasjoner av interaksjonen i systemmøtet.

Men ikke alle har noen innvendinger: ”Jeg føler ikke at vi har hatt no'...vi har gjerne stolt på det de...de har jo gjerne hatt litt mer kyndighet enn vi har. De kan jo dette, liksom, de har litt mer kompetanse. Jeg har aldri følt noen motsetning, eller hørt tilbakemeldinger om det fra andre som har vært der heller”.

Sykehjem?

En av våre informanter peker på at det er utrolig mange som blir anbefalt sykehjem, og etterlyser kanskje litt mer nyansering. Riktig nok har senteret i den senere tid begynt å si at ”på sikt sykehjem”. Tjenesten selv innstiller ikke så ofte på sykehjem som Rosenborgsenteret.

Noen av de som arbeider ute reflekterer rundt kunnskapen om pasienten. De opplever at de har nær kontakt med pasienten og kan oppleve at Rosenborgsenteret bare ser et snap-shot, og at de selv gjør andre vurderinger fordi de har sett saken over tid. Eller de kan oppleve at det ikke er overensstemmelse mellom de pårørendes ønsker og vurderinger og pasientens ønsker og tjenestens vurderinger. Et vanlig problem er at pårørende ønsker sykehjemsplass ut fra sin frykt for hva som kan hende, og får støtte av Rosenborgsenteret, samtidig som tjenesten vurderer det annerledes.

De kan også i enkelte tilfeller oppleve det slik at pasientens ressurser blir oversett: ”Men noen ganger føler vi at vi blir overkjørt av deres ekspertise. .. Jeg føler nok at de undervurderer brukerne av og til.” ”Noen ganger blir det litt for mye av det gode. Omsorgen (fra senteret) blir for stor...det vi hører om er problemer, mens brukernes ressurser blir usynlige.”

Alle de intervjuede i de hjemmebaserte tjenestene la stor vekt på å ivareta primærbrukerens ønsker og hvor trygt det var å la vedkommende bo hjemme. De kjente klienten og visste at han/hun er svært glad i hjemmet sitt. De pekte på at det i hvert tilfelle kan foreligge en sykdom med en diagnose, men også en *personlig historie*. Selv om det ikke var optimalt å la pasienten bo hjemme, så var det likevel, ifølge informantens vurdering i enkelttilfeller,

sykepleiefaglig forsvarlig. Her legger informanten vekt på det en kan kalle livskvaliteten hjemme: Om pasienten trives godt, kan en ha litt toleranse med litt rot og dårlig husk osv. Også Brenden finner at det ofte er hjemmetjenestens erfaring at pasienter selv med meget redusert omsorgsevne, likevel trives best i sitt eget hjem (Brenden 2000). Men vår informant tålte mindre rot når pasienten samtidig var engstelig og urolig, da nærmet det seg grensen. Eller når de røykte, tente stearinlys eller plaget naboene med å banke på om natta. Tjenestene forteller at de da strekker seg langt mht. å øke antallet besøk osv.

Et annet moment nevnes også: ”Det er vi som kjenner til kriteriene for å få sykehjemsplass i bydelen”. Det er altså en oppfatning blant noen at Rosenborgsenteret legger lista for lavt. Vi går ut fra at det de sikter til ikke er at Rosenborgsenteret ikke kjenner kriteriene, men at Rosenborgsenteret ikke helt følger med i hva bestillerseksjonen til enhver tid krever og hvilke avveininger som gjøres.

Det er altså ikke alltid enighet mellom bydelen, de pårørende og Rosenborgsenteret om hvor ”sykehjemsgrensen” går.

Om uenighet

Hvordan takler de uenighet? Opplevs dette som vanskelig? Her er det ulike oppfatninger og ulike strategier. Noen synes ikke det er vanskelig i det hele tatt og kommer med sine motforestillinger i systemmøtet. Noen kan, som nevnt, føle seg overkjørt av ekspertisen. Andre synes at det er vanskelig i forhold til de pårørende. Etter møtet kan de ha en dialog om hvordan de skal få det til, hva som er faglig forsvarlig. Og så holder de kontakten med senteret videre.

En informant som har møtt i Rosenborgsenterets systemmøte, peker på at de i møtet er tydelig på at de ikke har ansvaret for tildeling av tilbud/plasser. ”Men de kan være sterke i sine konklusjoner. De vurderer tendensielt mot sykehjem. Det kan være tøft å gå mot en slik konklusjon for en løsning som er den nest beste. Vi må tenke på den nest beste løsningen ofte – ut fra hva bydelen kan få til.” Hva gjør denne representanten så i systemmøtet? Strategien er å ligge litt lavt, det er de pårørende som er hovedpersonene i møtet. Intervjupersonen prøver å avbalansere ting. Sier ikke: ”Bydelen har ikke sykehjemsplasser”, men sier at de aksepterer konklusjonen, bydelen har ventelister og representanten skal se på hva de kan gjøre i mellomtiden. Denne representanten peker også på at det lønner seg å være godt forberedt til møtet, og når de er det, har de egentlig bare gode erfaringer. Men det som kan være tøft er å gå for en løsning som ikke er den beste, en løsning som er litt ”skjør”.

Ofte kan det være vanskelig for hjemmetjenesten når de prøver å støtte de pårørende, fordi de pårørende ikke er enige. En pårørende ønsker institusjon, en annen at mor skal stilles hjemme. Tjenesten kommer i en situasjon, der en av partene vil oppleve dem som svikere. Her kommer Rosenborgsenteret inn, både med dialog og med nye briller. De kan komme med forslag som hjemmetjenesten ikke alltid ser og løse opp i konflikten.

Men når det er primærkontaktene som møter, kan de være litt usikre og når Rosenborgsenteret er veldig sikre, tør de ikke si hvorfor de har motforestillinger. De kan av og til føle seg trengt opp i et hjørne. Rosenborgsenteret opplever dem kanskje som uforberedte. Og i noen tilfeller er de uforberedt, de har bemanningsproblemer og må sende vikarer som ikke kjenner saken noe særlig.

Slik situasjonen blir, mener enkelte informanter at de har prøvd ting og sitter på informasjon som Rosenborgsenteret burde vite. Dette er informasjon knyttet til pasienten, til hjemme-tjenestens vurdering og også knyttet til deres prioriteringer og ressurser. Det er ikke alltid at de synes at de kan ta ut sine meninger, av hensyn til de pårørende. En informant forteller at ved uenighet, sier denne ikke så mye i møtet, ”da snakker jeg til Rosenborg etterpå i stedet..” eller ”ved uenighet kommer jeg bare med småinnvendinger”. Det går også fram i av et par intervjuer at hjemmetjenesten har følt seg litt presset og nok urettferdig kritisert. Det har vært nevnt fra informanter at de kunne ønske et eget møte mellom hjemmetjenesten og Rosenborgsenteret.

Ved observasjon i Rosenborgsenteret har vi også observert at de som kommer fra de hjemmebaserte tjenestene har svært ulike roller eller tar sin rolle på ulike måter. Noen kan være svært utydelige og forholder seg lite til vurderinger i saken, men er veldig støttende overfor de pårørende, som de i disse tilfellene hadde et nært samarbeid med. I andre saker kan det være store meningsforskjeller mellom de pårørende, og tjenesterepresentanten vil være tilbakeholdende. I Snells undersøkelse kommer det fram at hjemmetjenesten kan ha problemer med å trekke grensen mellom det faglige og det personlige: Det var ikke sjelden at søsken var uenige i hva som var best for deres mor eller far, og at en av partene la opp til en allianse med hjemmetjenesten (Snell 1996). I andre tilfeller var noen av de som møtte ”tilfeldige” og hadde liten kunnskap om pasienten.

Lover for mye

Det kan være uenighet om vurderingen av pasienten og omsorgsnivået. Et annet ankepunkt var at noen oppfattet at Rosenborgsenteret i systemmøtet lovde for mye på tjenestenes vegne. En informant opplevde Rosenborgsenteret som for idealistisk. ”Hverdagen i de hjemmebaserte tjenestene er ikke vakker”, de mangler ressurser. Tjenesterepresentanter kan oppfatte at Rosenborgsenteret lover de pårørende at ”det offentlige skal overta ansvaret” eller at de lover de pårørende ”trygghet” og skrur opp forventningene. En konklusjon kan ofte være at førstelinjetjenesten skal jobbe videre med saken. De pårørende kan komme tilbake og si at ”vi ble fortalt” eller at ”det dere sa stemte ikke”. Eller som en sa: ”De lover for mye på våre vegne. Men vurderingen er viktig å ha, hvis vi er enige om konklusjonene er det en fin støtte”.

En av våre informanter peker også på at med den nye organiseringen som bestiller og utfører, kan hun som utfører i et systemmøte ikke stå inne for de vedtakene som er gjort. Hun oppfatter konklusjonen i systemmøtet som et vedtak. Hun har ikke vært med på å fatte vedtak. Samtidig så rettes forventningene mht. hva som skal gjøres fra både Rosenborgsenteret og de pårørende til utførerenheten. Det er ifølge informantene de som får presset. Det utførerenheten kan gjøre er å be de pårørende klage på vedtak, men det mener hun de pårørende ofte ikke vil gjøre, fordi det er hjemmetjenesten (utfører) som er bindeleddet mellom pasienten og de pårørende, og de vil ikke klage på dem. Det ligger i dette at denne utføreren mener at de pårørende tror at å klage på et vedtak, er å klage over utførelsen. Eller at utfører selv sitter igjen med den ”gamle” modellen i sin forståelse av forholdet mellom pasient, pårørende og tjenesten.

Fordeling av godene

Problemet var ikke bare at Rosenborgsenteret lovde for mye. Det var flere grunner til at tjenesterepresentanten prøvde å reservere seg. Deres situasjon var at de kjente brukeren bedre og over en lengre periode enn de andre som var til stede i møtet. Og tjenesten kjente også til flere andre som bodde hjemme og som de vurderte som dårligere. De hadde ventelister. De hadde mange boende hjemme som var marginale og som kanskje var uten pårørende. De som

hadde pårørende, de presset. Flere informanter følte da at tjenesten må ta ansvaret spesielt for dem som ikke hadde pårørende og presse for sykehjemsplass spesielt for dem. Men det betydde at de måtte holde igjen i enkeltsaker. Det ville oppleves av dem som urettferdig om f.eks. fru Iversen etter behandling i systemmøtet fikk sykehjemsplass på bekostning av en de mente var dårligere. Av og til kunne de bli litt frustrerte, f.eks. ved at Rosenborgsenteret laget en utredning som innstilte på sykehjemsplass, og de visste at denne pasienten som da kommer inn, var bedre enn mange andre pasienter de hadde hjemme. Det vil alltid være en vurdering hvor akutt behovet er. Rosenborgsenteret gjør en absolutt vurdering, mange av tjenesteutøverne gjør en mer relativ vurdering, der de skuler til ressursrammen.

Ingen representanter fra bydelene, enten de kommer fra bestiller- eller utførerensheten, kan love noe i møtet. Det er ikke alle pårørende klar over eller har forstått. Det er egne saksbehandlere for ulike typer tjenester ansatt i bestillerseksjonen som forbereder vedtak. Vedkommende er i prinsippet en utreder som sørger for at all nødvendig dokumentasjon som beslutningsprosessen krever, er til stede. Vedtak gjøres i eget møte og er ikke noe som en saksbehandler alene står ansvarlig for. Disse saksbehandlerne vil gå på hjemmebesøk eller besøke pasienten på sykehus, dersom det er en pasient som ikke tidligere er kjent for tjenesten, og mottar for øvrig informasjon og vurderinger fra utfører. De som sitter i systemmøtet fra hjemmetjenesten kan slik ikke gi noe løfte, men bidra med opplysninger og vurderinger. Men som vi ser, kan de likevel føle seg presset og de forholder seg til fordelings-spørsmål mellom klienter, både i møtet og generelt.

I de fleste prosesser, som systemmøtet er en del av, vil det slik vi har forstått våre informanter ”vokse fram en felles forståelse” som en av tjenestelederne uttrykte det. Men vi har også andre prosesser som peker mot at de pårørende opplevde at det i systemmøtet ble lovd mer enn hva som ble fulgt opp. Og tjenesteutøvere kunne gi uttrykk for at Rosenborgsenteret lovde mer i møtet enn hva bydelen kunne innfri.

Rapporten

I systemmøtet presenteres normalt konklusjonen av utredningen, anbefalt omsorgsnivå og tiltak og praktiske opplegg diskuteres. Etterpå formidles resultatene i en tverrfaglig rapport til tjenestene og til primærlegen. Hvilken vekt legger de på rapporten? ”Den er fasiten. Vi kan ha begynt å jobbe i den retningen allerede, etter det første møtet. Og vi ser at det nytter. Jeg kan vel aldri huske å ha sett at det ikke nytter. Det må jo være en slags dokumentasjon på at det de gjør er riktig, at det er en riktig vurdering?”

Noen legger stor vekt på diagnosen: ”En kan tro forskjellige ting om hva det gjelder, men der blir de utredet grundig, og vi får en konkret tilbakemelding på hva det er.” ”En skjønner ting bedre, en kan f.eks. slå seg til ro med at det ikke er noe annet som feiler.”

Ellers legges det vekt på rapporten som ekspertuttalelse for å få gjennom en sykehjemssak. Og for å kartlegge funksjonsnivå i relasjon til tildeling av dagsenterplass. Men også som en rådgiver i alminnelige saker. Det går klart fram at alle vektlegger rapporten, og om forslagene ikke gjennomføres umiddelbart, jobber bydelen videre etter de retningslinjer som der trekkes opp.

Til praktisk nytte?

Men hvor nyttig er utredningen videre? Alle mener at det er viktig med en diagnose, og at de egentlig kunne ha benyttet seg av Rosenborgsenteret oftere. Men flere informanter reflekterer rundt dette at det er stor oppmerksomhet og legges mye arbeid i en sak over kort tid. Det er

masse oppfølging under utredningen, men etterpå er det hjemmetjenesten som står igjen alene og må legge opp dagen i hjemmet. Her må de stole på seg selv. Og de vet hva de kan gjøre, det er konkrete vurderinger som de mener de ikke trenger spesiell hjelp til. For utformingen av oppgavene opplevde de at det viktigste var deres egne observasjoner. Sett i relasjon til deres videre arbeid med saken, kan det derfor være begrenset praktisk nytte i utredningen.

Også leger er inne på dette temaet. De opplever ikke alle den store praktiske nytten av en utredning: ”Man kan kanskje få påvist hvor i hjernen det svikter ved tester og røntgenundersøkelser, men so what? Godt klinisk skjønn pluss erfaring sier langt på veg det samme som deres mer vitenskapelige undersøkelser.” ”Man skal ikke overdrive behovet for utredninger, tiltakene er i alle fall de samme og i mange tilfeller allerede søkt om. For mange utredninger er sløseri med ressurser.” Poenget er ikke at den siterte legen er uenig i de råd som kommer fra senteret, de oppfattes bare i mange tilfeller å være av liten nytte. Ikke alle leger er enige i dette: En annen lege opplever senteret som støttende. ”Det er vanskelig å finne noen som har kompetansen og tverrfagligheten. Jeg kan ikke huske at jeg har vært uenig med dem. Stort sett er jeg veldig på linje med hvordan de tenker”.

Vi har imidlertid ikke lagt så stor vekt på legene fordi de er lite inne i prosess, og dette kapitlet har hatt som formål å belyse prosessen og prosesserfaringene. Men disse to informantene har ulike oppfatninger av hva slags hjelp og støtte de trenger. Vi vet heller ikke om de har tilsvarende praksis/saker. Mest mulig skal utredes i førstelinjetjenesten og med god kompetanse og godt skjønn er det naturligvis begrenset hvor mange saker som går til ulike typer av utredning.

Den viktigste konklusjonen er at rapporten blir godt mottatt og faglig høyt vurdert. Og rapportene var for mange til god nytte. Men egentlig var det ikke rapporten i seg selv som gjorde utslaget, men at det var formet en felles forståelse i saken og at tjenesten raskt begynte å jobbe etter denne forståelsen, de ventet ikke på rapporten. Men i sykehjemsaker kan rapporten være viktig, eller som en uttrykte det: ”Summen av dem og oss blir fin. Særlig i forhold til sykehjemsvurderinger”.

5.4 Hvordan fungerer systemmodellen?

5.4.1 Hovedtrekkene i empirien

Vi har her sett på de ulike parters erfaring med systemarbeidet, med systemmøtet som utgangspunkt. Vi finner at det er stor tilslutning til at ”systemmøtet er de pårørendes møte”, de snakker først og de er mest i fokus. Men det er også informanter som peker på at i dette møtet snakker alle på lik linje.

Rosenborgsenteret - de pårørende

Empirien viser at senteret tar meget godt vare på de pårørende, de føler seg sett, hørt og hjulpet.

Rosenborgsenteret - tjenestene

De som har møtt fra bydelen, oppfatter systemmøtet som i hovedsak positivt. De legger vekt på at de får lagt fram informasjon i møtet, ting de selv har observert og annet som de har med seg fra sin gruppe. De oppfatter møtet som en god anledning til å informere nye pårørende om hva tjenesten kan bidra med og gjennom møtet bli mer kjent med og legge grunnen for et godt

samarbeid. De gir i hovedsak støtte til at Rosenborgsenteret ivaretar sin intensjon: At møtet søker å avklare de ulike parters forventninger. De mange peker også på det gode klimaet i møtet, at møtet gir en god ramme for drøftelser. Og videre at møtene (også andre kontakter) rundt en utredning skaper en omforent oppfatning av saken, og de er derfor ikke overrasket over konklusjonen.

Representanter for bestillersiden eller som står utredningen nær, peker også på at det er sjelden at de er uenige, men at det kan være problematisk for bydelen, ut fra ressurser og prioritering, å iverksette det beste. De peker på at de mener det litt for ofte anbefales sykehjem. En informant peker på at det kan være en tung beslutning å gå for den nest beste løsningen. Men personer som har kjent Rosenborgsenteret over mange år kan også understreke at "de er blitt bedre, mer praktisk", at de som driver det i dag kjenner bedre forholdene innad i tjenestene og har et mer praktisk grep.

Når vi komme lenger ut i de utførende tjenestene, kommer det opp noen problemer og konflikter knyttet til å ivareta sin rolle i møtet. Problemet handler om to forskjellige situasjoner, der meningsulikhet kan være et problem:

- Det ene handler om meningsulikhet, om hva som er det beste for pasienten.
- Det andre handler om avveining av det beste i relasjon til ressursrammen og fordelingslikhet.

De ansatte i tjenestene var mer tilbøyelig til å legge vekt på pasientens ønsker om å bo hjemme (så lenge det var sykepleiefaglig forsvarlig) enn de oppfattet at Rosenborgsenteret gjorde. Mange oppfattet seg som pasientens advokat i relasjon til pårørendes krav, som ønsket sykehjemsplassering ut fra egen situasjon. De pekte på at ofte var tjenesten den virkelige pårørende, fordi familiemedlemmene var bosatt langt borte og så ikke pasienten ofte. De pekte også på at det var tjenesten som virkelig kjente pasienten og som hadde kjent denne over tid og som derfor visste hva denne pasienten virkelig trengte, også i mange tilfeller der de pårørende var i nærheten.

Ved uenighet syntes flere utførere at det var vanskelig å målbære denne i systemmøtet og valgte å si lite. De mente at Rosenborgsenteret på noen punkter ikke var godt nok informert – de som utførere visste mer. Det var vanskelig å gå mot de pårørende. Og så ble de usikre. Rosenborgsenteret var så sikre og så sterke i sine konklusjoner. Da var det vanskelig for dem å si noe. Andre valgte å ta opp innvendinger etterpå, men atter andre tok ut det hele i møtet og opplevde det som uproblematisk.

Den andre uenigheten handlet om å sitte i systemmøtet og vite at denne pasienten godt kan trenge sykehjemsplass, men at tjenesteutøverne kjente til andre pasienter som de mente trengte sykehjemsplassen bedre. Dette var like mye en frustrasjon i relasjon til beslutningssystemet i bydelen, der noen av dem som var i pasientkontakt følte seg satt utenfor beslutningene. De pekte på at vurderingsbesøk fra en i bestillerenheten bare ga et øyeblikksbilde og kunne ikke erstatte deres kunnskap. I to av bydelene hadde også bestiller og utfører samme kompetanse og bestillers hjemmebesøk kunne derfor tilføre saken lite nytt. (I den tredje bydelen hadde ikke bestiller helsefaglig kompetanse og denne problemstillingen var mindre aktuell.)

Det kommer også fram av intervjuene at de stolte på Rosenborgsenterets kompetanse og hadde stor respekt for deres faglighet og konklusjoner. På den andre siden opplevde de selv å ha god

kompetanse og en organisasjon der de drøftet saker og fikk råd og hjelp ved problemer. Det kom fram av intervjuene med tjenesteutøvere at de opplevde møtet som en kilde til informasjon/veiledning og at de tok etter noe av metoden i systemmøtet: Når de fikk problemer med pårørende, som f.eks. ble mistenksomme når de oppdaget at ting ikke var som avtalt, så tok de et møte: De hadde lært i Rosenborgsenteret at det kunne være nok at de pårørendes bekymringer og meninger ble hørt. De diskusjoner som forekom i møtene om hvordan få til ting, ble referert til som ”kollegiale” diskusjoner eller meningsutvekslinger.

De pårørende - tjenestene

De aller fleste pårørende hadde et godt forhold til utfører og i noen tilfeller et mindre bra forhold til utfører- og/eller bestillerenheten.

Mange hadde et godt samarbeid og et godt tillitsforhold til de som arbeidet i pasientens hjem. Men i noen tilfeller var dette noe frynsete. Dette handlet om tilfeller der de opplevde at det ikke var orden i de hjemmebaserte tjenestene, at de mistet nøkler, at det ble rot med medisin-utdelingen (i helgene), at tjenesten ikke gikk inn når de ikke fikk kontakt, at de ikke kunne se at det pasienten hadde vedtak på faktisk ble gjort, eller at avtaler mellom utfører og pårørende ikke ble fulgt opp (og heller ikke reforhandlet).

Pårørende oppfatter at ting blir avtalt i systemmøtet, selv om de fleste var klar over at det ikke var Rosenborgsenteret som fatter vedtak. De pårørende oppfatter i mange tilfeller at bydelen har samtykket eller ”tiet og samtykket”. De opplever stundom at det de mente var avtalt ikke ble resultatet, eller at det som etter møtet ble iverksatt senere ble endret.

I noen tilfeller var det en direkte uenighet mellom utfører og pårørende om hva som var det riktige tilbudet til pasienten. Utfører hadde en annen vurdering av hva som var en pasientens beste enn de pårørende, og det gikk i hovedsak på at de tilla pasientens ønske om å bo hjemme, større vekt. Hva utfører mente om hva som var riktig tilbud, var heller ikke uten betydning for utfallet i en sak, ettersom utfører bidrar mer eller mindre til utredningen som ligger til grunn for bestillerseksjonens beslutninger. I et intervju fikk vi eksempler på atferd fra utfører, som den pårørende tolket som et klart forsøk på å trenere deres sak – at de pårørende ble motarbeidet ved at utfører ikke møtte og ikke leverte underlaget for beslutning til bestillerseksjonen.

Men ved intervju av utfører fikk vi også refleksjon rundt den motsatte situasjoner, der utfører mente at de pårørende strakte seg for langt. Her prøvde hjemmetjenesten på nytt og nytt å tilby mer hjelp for at den pårørende ikke skulle forstrekke seg. Vi intervjuet ikke bestiller eller utførende om deres forhold til de pårørende, verken generelt eller i spesifikke saker.

Oppsummering

Vi har her gjennomgått empirien mht. erfaringer i systemarbeidet og forholdet mellom pårørende og bydel. Vi finner at mange oppfatter møtet som nyttig og som en god ramme. Men utførere i bydelene peker også på problemer knyttet til møtet. Problemet handler om at tre parter møtes, og disse er deler av ulike formelle og uformelle systemer. Disse partene har ulike ressurser og kompetanser. Rosenborgsenteret er den sterke part i møtet, med sin anerkjente faglige autoritet. De har region og Rosenborgsenterets opplegg for møtet er at de pårørende kommer/høres først, noe som gir den forståelsen at det er de pårørendes møte.

De pårørende kan i et møte være svært dominante og krevende, andre har problemer med å stå fram. Utfører ønsker ikke å komme i klemmen mellom pårørende som er uenige, og heller

ikke være direkte uenige i sak med Rosenborgsenteret. Når noen sier at: ”Rosenborgsenteret er sterke i sine konklusjoner”, så innebærer dette både at Rosenborgsenteret er tydelige og at de taler med autoritet. Det kan også bety at den intervjuede mener at Rosenborgsenteret har tukket en litt forhastet konklusjon eller en konklusjon som utfører er uenig i. Vi er også kjent med at det har vært saker der Rosenborgsenteret har vært uenig med utførers vurdering, og presset på for å få til en annen løsning enn den som utfører mente var ønskelig og forsvarlig. Men denne uenigheten eller ”presset” finner ikke sted primært gjennom dette systemmøtet.

Det er ikke noe galt i at Rosenborgsenteret snakker med autoritet. Problemet er ut fra systemmodellen, hvordan senteret kan avbalansere møtet slik at alle bekymringer, problemstillinger, informasjon og alle avveininger kommer fram i møtet – også fra utfører. Dersom utfører ikke er helt ”med”, vil det også være vanskelig å nytte møtet til å bearbeide relasjoner, f.eks. mellom pårørende og utfører, og det gir ikke noe godt utgangspunkt for å overføre kunnskap til utfører.

5.4.2 Hva innebærer disse erfaringene for systemmodellen?

Går vi tilbake til Rosenborgsenterets og systemmodellens mål, handler det om å

- påvirke beslutningen
- justere problemforståelsen
- overføre kunnskaper og metoder til førstelinjetjenesten.

Selv om det kan være mange kontakter mellom senteret og tjenestene, er det likevel systemmøtet som oppfattes som det viktigste. Eller som en av våre informanter uttrykte det: ”Det er stort sett møtene som er samarbeidet”. Med den tidligere forvaltningsmodellen skjedde påvirkningen på alle tre områder gjennom den samme kanalen. *Vi ser at systemmøtet skal tilfredsstillе mange og ulike mål.*

Vi pekte videre på at fra oppstarten av Rosenborgsenteret og fram til i dag, har også omgivelsene endret seg, med nye forvaltningsmodeller i PRO-avdelingene i bydelene i Oslo, og at disse endringene kan ha betydning for hvordan systemmøtene og samarbeidet med bydelene nå fungerer. Den som kjenner pasienten best, utfører, har ikke nødvendigvis noen rolle i beslutningene, og det å ha utfører på møtet ivaretar ikke nødvendigvis påvirkningen på beslutningene.

Men skal systemmøtet bidra til å justere problemforståelsen mellom pårørende og tjenesteutøver eller gi innspill til utøvers praksis, må utfører møte i systemmøtet. Hvem som møter/blir innkalt, kan derfor ha betydning for systemmøtets foreløp og hva systemmøtet retter seg mot:

- Den som har informasjon om pasienten og står for praksisen, primærkontakten og hjemmehjelpen eller andre i den enheten som pasienten sorterer under. Dette er utfører.
- Den som står beslutningsprosessen nærmest, en saksbehandler i bestillerseksjonen.

Eller er det slik at alle gode formål fortsatt lar seg forene i systemmøtet?

Pårørende

Sett fra pårørendes synspunkt, fungerer møtet utmerket, og de føler seg vel ivaretatt. De etterlyser bedre relasjoner til utfører og bestiller i en del saker. Særlig har forholdet til bestiller vært problematisk ved innvilgning av korttidsplasser i sykehjem.

I mange tilfeller blir en pasient tildelt midlertidig plass eller korttidsplass i sykehjem eller som rehabilitering. Og saken vurderes fortløpende med ny informasjonsinnhenting, saksbehandling og vedtak. Vi har pekt på at det i offentlig politikk er understreket viktigheten av god saksbehandling av hensyn til pasientens rettsikkerhet og likebehandling av pasienter. Vi har her sett på opplevelsen av denne saksbehandlings- og vedtaksprosess, slik den ble praktisert i bydeler i Oslo gjennom intervjuer med pårørende. Flere opplever saksgangen som byråkratisk og tilfeldig. Disse pårørende opplevde at de ofte fikk liten innsikt i rammene omkring en beslutning: Om et midlertidig opphold var midlertidig eller begynnelsen på noe varig. De fikk ikke beskjed om neste handling før korttidsoppholdet nesten var avsluttet. De følte seg tilfeldig behandlet. Selv når de oppfatter at alle egentlig er enige om løsningen, så ”sitter det noen usynlige og bare sier nei”. Det vil alltid være slik at pårørende har varierende kunnskap om offentlig saksbehandling. Men det ser ut som at selve tildelingsprosessen overser at det finnes to typer brukere, *pasienten som tildeles omsorg og den pårørende som avlastes fra omsorg og ansvar*. Det kan synes som at bydelenes prosedyrer ikke tar godt nok vare på relasjonen til de pårørende.

Tjenestene og beslutninger

I den gamle forvaltningsmodellen møtte den som kjente pasienten best i systemmøtet sammen med ev. soneleder, eller andre tjenesteutøvere som var relevante. De samme ga også innspill til beslutningen i relasjon til hva pasienten ønsket og hadde behov for, og kunne delta både i utredningen og i beslutningsprosessen. Men i møtet hadde de ingen fullmakt til å fatte beslutninger. *Men det var nærhet mellom utfører, utredningen og beslutningen.*

I ny forvaltningsmodell møter fortsatt den som kjenner pasienten best, og i en bydel møter også en representant for bestillerseksjonen.

Ingen representanter fra bydelene, enten de kommer fra bestiller- eller utførerenheten, kan love noe i møtet. Det er egne saksbehandlere for ulike typer tjenester ansatt i bestillerseksjonen som forbereder vedtak. Vedkommende er i prinsippet en utreder som sørger for at all nødvendig dokumentasjon som beslutningsprosessen krever, er til stede. Vedtak gjøres i eget møte og er ikke noe som en saksbehandler alene står ansvarlig for. Disse saksbehandlere vil gå på hjemmebesøk eller besøke pasienten på sykehus, dersom det er en pasient som ikke tidligere er kjent for tjenesten. Og mottar forøvrig informasjon og vurderinger fra utfører som veies mot kriterier sammen med annen informasjon. Bestiller ber nå om bestemte vurderinger, og det faglige skjønnet er nå *i modellen* flyttet fra utfører til saksbehandlingen. *Ny forvaltningsmodell legger opp til at det blir større avstand mellom utfører, utredningen og beslutningen.*

Sett fra Rosenborgsenterets perspektiv er det derfor mulig at de gjennom systemmøtet ikke kan påvirke beslutninger når ikke bestiller møter. Systemmøtet kan da ikke påvirke bestillers faglige vurdering og skjønn. Men vi har tidligere påpekt at vi her må se på hvordan bestiller-utførermodellen blir praktisert. Vi har pekt på at i to av bydelene, der bestiller ikke møter i systemmøtet, ser det ut til at modellen blir praktisert slik at utfører fortsatt har stor innvirkning på beslutningen ved at bestiller stoler/må stole på utførers faglige vurderinger. Dette

er særlig tilfellet når bestiller selv ikke har helsefaglig kompetanse og vanskelig kan utøve faglig skjønn ved beslutningen. Men vi har også fått oppgitt at i visse tilfeller kan utfører, som har deltatt i utredningen, fortsatt være med i beslutningsmøtet og selv legge fram saken.

Men det er helt klart funnet sted en endring, en endring som mange utførere er uenige i og skeptiske til - hvordan skal bestiller gjennom ett vurderingsbesøk finne ut hva pasienten trenger? Ut fra ett besøk gjør bestiller vedtak og forteller sonen hva de skal gjøre. Utfører har samme kompetanse som bestiller og kjenner pasienten mye bedre.

Men ønsker bestiller å møte i systemmøtet? I en bydel finner de dette naturlig. I en av de øvrige oppfatter bestiller at systemmøtet ikke var en arena for bestiller og beslutninger. Konsulentene i bestillerseksjonen var utredere og kunne uansett ikke love noe i møtet. Bestiller oppfattet møtet klart som et faglig møte knyttet til gjennomføring og utførelse, og at det var alt for mange faglige detaljer til at hun kunne forsvare tidsbruken. Men hun syntes det var interessante møter.

Vår foreløpige oppsummering er at bestiller-utførermodellen er under utvikling og foreløpig har ikke forvaltningen funnet sin form. En bydel har en tydelig modell, men de to øvrige bydelene praktiserer ikke egentlig et strengt skille mellom utfører og bestiller, og det kan være at det er tilfredstillende for Rosenborgsenteret å ha utfører i møtet. Men for å påvirke beslutningen må en ha "riktig" utfører i møtet. Slik vi har fortått systemet, er det i hovedsak sykepleier som gir innspill til den faglige utredningen og det er sykepleiers faglige skjønn som rapporteres.

Tjenesten og utførelsen av tjenestene. Relasjon og kompetanseoverføring

For å bygge relasjoner mellom pårørende og utfører, må en i systemmøtet ha den eller de viktige utførerne. Og det er også nødvendig for å få informasjon sett fra tjenestenes side. Det er også slik at det ofte er utfører som har vært bekymret og fått saken til utredning i senteret. Og vi har sett at utfører i mange saker føler seg som "pårørende" og gjør mye for å ivareta sin pasient. Og for kompetanseoverføringen er det viktig å få i tale den som har sin praksis i hjemmet. Det er derfor helt nødvendig at nærmeste utfører møter. Hvilke personer og yrkesgrupper det vil dreie seg om, vil variere med den enkelte saken. Men vi ser at dersom det er omsorgarbeider eller hjemmehjelp som er de sentrale i praksisen, så er det ikke sikkert at de er sentrale som faglige premissgivere i utredningen.

Men ser vi isolert på kompetanseoverføringen, forteller mange utøvere at systemmøtet gir god hjelp. Men vi har også rapportert noen problemer som tyder på at enkelte tjenesteutøvere trenger større trygghet og støtte, eller trenger mer omfattende diskusjoner av en sak for å oppleve at deres perspektiv blir ivaretatt. Det er blitt foreslått et eget møte mellom Rosenborgsenteret og utfører.

Det er ikke gitt at det er systemmøtet som skal endres. Det kan være og er blitt påpekt av tjenesteutøvere selv, at de kan være dårlig forberedt og at god forberedelse gir for dem et mer tilfredsstillende resultat. Men det kan også være at noen av de problemstillingene som har vært vanskelige, kan arbeides med på annen måte. Det handler i mange tilfeller om ulike vurderinger av pasientens behov for sykehjem og hvordan Rosenborgsenteret og utfører forstår og tolker pasienten og de observasjoner de gjør av pasienten og av hjemmesituasjonen. Det kan være at felles observasjon, f.eks. gjennom felles hjemmebesøk gir en bedre diskusjons- og overføringsarena enn systemmøtet mht. hvordan demenskunnskap anvendes i det faglige skjønnet. En slik arena ville frigjøre den faglige diskusjonen fra hensynet til de

pårørende, slik som utfører kan oppleve i systemmøtet. Og det ville lettere frigjøre utfører fra hensynet til fordelingslikhet. Vi har pekt på at bestiller-utførermodellen skulle føre til at utfører ikke skulle avveie det faglige skjønn mot ressursrammer eller mot rettferdighetsbetraktninger. Men vi ser gjennom intervjuene at de ikke slipper sin gamle rolle, mange er sin pasients advokat og har slike betraktninger i ryggmargen. Det kunne derfor være hensiktsmessig å finne flere arenaer å møtes for å drive faglig utveksling.

Vi så også gjennom vår intervjuing at mange kunne ha arbeidet i utførertjenesten i mange år, uten noen gang å møte i et systemmøte. Det peker også på at systemmøtet som arena for kompetanseoverføring kan gi en litt for smal kontaktflate til tjenestene.

Oppsummering - systemmodellen

Vi finner at systemmodellen fungerer godt, men at endring av forvaltingsmodell av bydelenes tjenester reiser en usikkerhet om bestiller bør møte. Vi har pekt på at det avhenger av hvordan modellen praktiseres i bydelene, og det ser ut til at utfører leverer viktige faglige innspill til beslutningene. Før en her gjør endringer, bør en avvente praksisutviklingen i den enkelte bydel. Men vi har pekt på at for kompetanseoverføring, bør det kanskje iverksettes supplerende tiltak, der en får utøver mer direkte i tale i praksisfeltet.

5.4.3 Sykehjemskøen som forsvant – presset på korttidsplasser

Vi har i kapittel 3 pekt på at prosessuelle regler kan legge føringer på beslutningsprosessen knyttet til tildeling av goder. Bydelen skal ta imot ferdig behandlede pasienter fra sykehus og har 14 dagers frist mht. å tilrettelegge tjenester eller institusjonsplasser. Og pasienter skal motta sykehjemsplass fire uker etter at vedtak er fattet. Vi har gjennom flere intervjuer sett at slike bestemmelser, samt sykehusenes praksis, setter tjenesten under press.

Sykehusenes praksis i varslingen når de sender hjem pasienter, kan være forskjellig. Ofte går ikke henvendelsen til bestillerenheten, men direkte til hjemmetjenesten. Leder av en utfører-enhet opplever nå og da at en sykepleier på vakt bare ringer og sier at nå er pasienten på vei hjem i drosje. Tjenesten spør hvilket vedtak på hjelp vedkommende har, og sykehuset kan svare at hans kone har hjemmesykepleievedtak, underforstått at det også skal dekke en ny person. For utfører-enheten ser det ikke slik ut: Dersom de var inne i ca. 15 minutter om dagen for å hjelpe kona, så trenger han kanskje 30 minutter og det har de ikke vedtak om. I hjemmetjenesten blir de nå lett litt mistenksomme når sykehusene skriver ut .

Videre ser vi at sykehjemskøen formelt er borte, samtidig som de pårørende fortviler over mangel på vedtak og forlengelse av korttidsopphold. Vi ser tendenser til en hopning mot nest øverste trinn i omsorgsstigen, korttidsplassene.

LEON-prinsippet, Laveste Effektive Omsorgsnivå, er det grunnleggende prinsippet for kommunenes tjenesteyting. Kommunen skal velge den enkleste løsningen som kan svare på problemet. Den offentlige politikken i eldreomsorgen er at eldre skal bo i sine hjem så lenge som mulig ved hjelp av tilrettelegging i boligen og ved hjelp fra de hjemmebaserte tjenestene. Videre er det blitt bygget boliger rettet mot eldre som trenger en enklere bolig for å kunne bo hjemme, omsorgsboliger.

Ut fra LEON-prinsippet skal det bygges en omsorgskjede nedenfra og opp. For ethvert hjelpenivå fins det et riktig omsorgsnivå, dvs. det mest effektive. Etter hvert som situasjonen for de eldre endrer seg, skal tjenesten gå inn og møte nye behov. Rønning (1986) har pekt på

at LEON-prinsippet forutsetter en trappetrinnsmodell, og for å forflytte en pasient oppover trinnene i trappa, forutsetter en at det er ledig kapasitet på neste nivå.

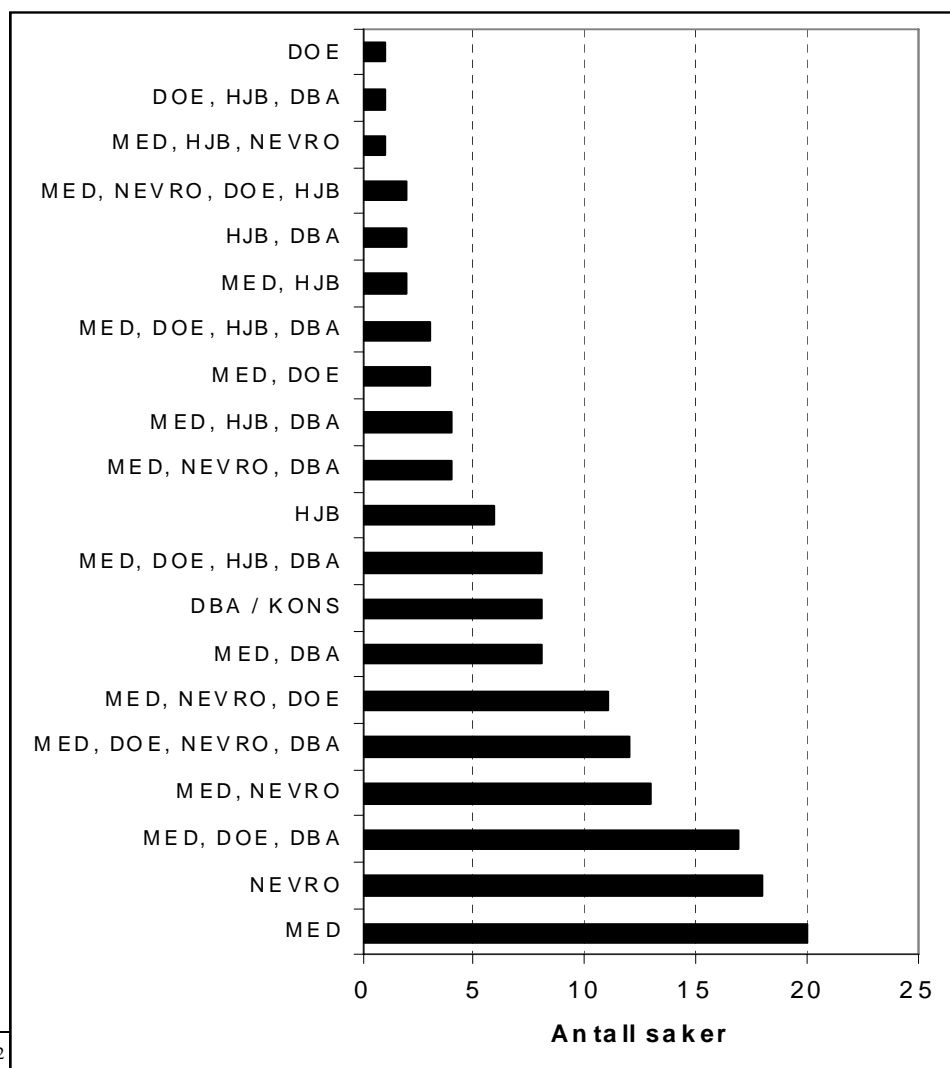
Vi ser at dette er et problem i bydelene. Systemmøtene planlegger på mange måter en trapp, med sykehjem på sikt. Men det blir trangt allerede på trinnet "Korttidsplasser". Bydelene skal ha beredskap i relasjon til pasienter, både hjemme og i sykehus. Prosessuelle regler knyttet til økonomiske sanksjoner fører til at bydelene må ta "hjem" pasienter fra sykehus. Det blir da vanskelig å kvalifisere seg for hjemmeboende pasienter. Det er heller ikke ønskelig for bydelen å treffe sykehjemsvedtak for varig opphold, når det samtidig er slik at vedtaket bør iverksettes innen fire uker. Med stor etterspørsel og begrensede ressurser, både mht. egne forvaltningsplasser og mht. kjøp av plasser, vil en få et sterkt press på beslutningsprosessen i bydelene. Det er press mot både å treffe riktige vedtak (som ivaretar fordeling og rettferdighet) og for en påholden håndheving av regelverket i relasjon til utredningsmaterialet. Intervjuene bekrefter at denne praksisutviklingen har gått over tid. Når utfører i intervju kan si at f.eks. Rosenborgsenteret ikke kjenner godt nok til hva som skal til for å få sykehjemsplass, forstår vi det som at avveining av ulike krav og ressurser i bestillerenheten er hard, og at de forholder seg til denne avveiningen som "kriterier".

6 Saksforløp, resultater og tidlig intervensjon

6.1 Hva blir gjort i de sakene som er til behandling i Rosenborgsenteret?

Rosenborgsenteret har her laget en oversikt over hvilke undersøkelser eller aktiviteter som har funnet sted i den enkelte saken. Fordelingen baserer seg på de sakene som både var påbegynt og avsluttet i 2001. For 2001 utgjorde denne gruppen av saker 142. Det innebærer at saker som ble startet opp i 2000 og slutført i 2001 ikke er med, og saker startet opp i 2001 og avsluttet i 2002 ikke er med. Det innebærer videre at saker som har kortere forløp vil være overrepresentert – lite sammensatte saker som er startet og avsluttet sent på året vil komme med.

Fig.3 Oversikt over hvilke undersøkelser som er foretatt i et utvalg av saker i 2002 N=142¹²



12

HJB = hjemmebesøk

DBA = systemmøter: møter mellom pårørende, førstelinjetjenesten og Rosenborgsenteret

KONS = konsultasjon: hjemmetjenesten innhenter opplysninger og senteret, sammen med primærlegen, hjelper dem med analysen

Ser vi på figuren, finner vi at tre av de største gruppene av saker er lite sammen-satte saker, der bare medisinske og/eller nevrologiske undersøkelser inngikk. Videre finner vi seks saker med bare hjemmebesøk/besøk på sykehjem. Dette er rene sykehjemsvurderinger. Vi finner åtte saker med DBA/systemmøte og konsultasjon. Dette er korte saker, konsultasjoner, der hjemmetjenesten innhenter opplysninger og senteret, sammen med primærlegen, hjelper dem med analysen.

Samlet innebærer dette at ca. 3/5 av sakene i denne figuren er lite sammensatte saker. Men som vi har påpekt, gjør utvalget av saker at det ikke er representativt for et helt års produksjon. Vi mener at et rimelig anslag er at 2/3 av sakene er sammensatte, der det inngår ulike typer av undersøkelser og ofte tre aktiviteter eller mer.

6.2 Hvordan ser prosessforløpet ut i de sakene som vi har gjennomgått

Vi har sett på forløpet i omfattende eller sammensatte saker. Ut fra gjennomgang av 20 journaler (der pårørende i 12 tilfeller av sakene er intervjuet) og observasjon i sju saker som er fulgt opp av intervjuer i fem av tilfellene, har vi laget oss en stilisert gjennomgang av sakene. Det som inngår er de 20 journalsakene og fire observasjonssakene med intervju. Det kan være at ikke alt som er gjort i en sak er nedtegnet i journalen. Vi tar derfor et lite forbehold her.

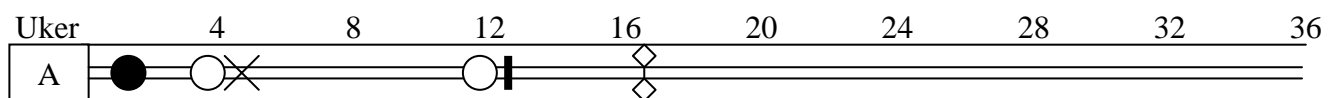
Av de 24 sakene vi har gjennomgått, finner vi at de fleste sakene har et konsentrert forløp. De fleste omfattende sakene er avsluttet innen fem måneder etter henvisningen. Vi finner videre at få av disse sakene starter ved at pasienten ligger på sykehus. Men når vi gjennomgår intervjuene, ligger det i flere saker et sykehusopphold i forkant av henvisningen.

Men ser vi på selve saksforløpene, ser vi at vi sjelden finner et "normalforløp". Vi ser at inntaksmøtet velger ulike strategier i ulike saker, både mht. hvor en starter og når og i hvilken grad systemet rundt pasienten trekkes inn. Vi ser også at saker kan avsluttes og kommer tilbake med nytt inntaksmøte og nye bestillinger.

Vi skal her gi eksempler for å vise hvordan Rosenborgsenteret praktisk legger opp og gjennomfører saker¹³ og viser prosessen i enkeltsaker.

Case A Få undersøkelser og mye systemkontakt

En pasient i 80-årene er henvist fra sin primærlege. Pasienten bor alene og har to barn. Pasienten var til stadighet "syk" og barna måtte følge henne til legen. Pasienten var deprimert og vantrivdes, manglet venner og nettverk og krevde mye av det ene barnet. Dette barnet mottok mange ubehagelige telefonsamtaler og kunne ikke komme seg på ferie pga. pasientens



¹³ Sakene er anonymisert ved at alle spesielle kjennetegn ved sakene er utelatt. Det som står igjen er en type sak som har mange likheter med en stor gruppe andre saker.

krav om tilsyn og tilstedeværelse. De pårørende var etter hvert svært slitne. Pasienten mottok ingen tjenester.¹⁴

Vi ser av journalen at inntaksmøtet legger opp et løp der de først fokuserer på barna og deres problemstillinger, deretter vurderes geriatrik poliklinikk/lege og opphold ved dagobservasjonsenheten.

Det blir først gjennomført et systemmøte, der bare barna og Rosenborgsenterets representanter deltar. Pasienten blir innkalt til lege, møter og gjennomfører delvis legeundersøkelsen, men møter ikke på dagobservasjonsenheten. Pasienten motsatte seg videre medisinske undersøkelser.












Vi ser at det som videre skjer, er et nytt systemmøte, der barna og representanter for de hjemmebaserte tjenestene møter og diskuterer bl.a. dagsenterplass. Etter dette møtet gjør senteret ferdig utredningsrapporten som anbefaler dagsenter et par ganger pr. uke og at hjemmetjenesten bør gå inn, bl.a. for å bistå med medisinerings.

Noen uker senere ringer ett av barna og varsler at pasienten er dårligere enn noen gang og belastningen på de pårørende er økende – en av dem vurderer å flytte fra byen. Etter denne henvendelsen tar Rosenborgsenteret kontakt med bestillerkontoret i bydelen, som mobiliserer hjemmesykepleie, samt prøver å skaffe korttidsplass i sykehjem, med sikt på fast plass. Bestillerkontoret overtar oppfølgingen av de pårørende. Her slutter Rosenborgsenterets befatning med saken.

Ser vi på tiden fra henvisning til Rosenborgsenteret avslutter saken, er det gått ca. 16 uker.

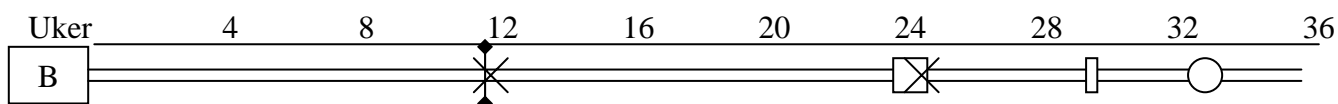
Det som videre skjedde, var at pasienten raskt fikk tilbud om et tre ukers opphold på sykehjem når den pårørende var på ferie, noe pasienten nektet å motta. I denne perioden falt pasienten og ble lagt inn på sykehus. Pasienten kom deretter hjem, med hjemmesykepleie 2-3 ganger daglig, samt hjemmehjelp. Det ser da ut til at pasienten har akseptert en ny situasjon. Et halvt år etter var situasjonen stabil, tilbudet fungerte og både pasienten og barna var fornøyd med den nye situasjonen. Søknad om fast plass på sykehjem var inntil videre stilt i bero.

14

	DagObservasjonsenheten		Sykehusinnleggelse / annen med. behandl.
	DBA-møte		Annet møte
	Legeundersøkelse		Hjemmebesøk
	Utredningsrapport		Komparentsamtale
	Utskriving		Kontakt med hjelpeapparatet
			Innlagt i sykehjem / rehab.avdeling

Case B En sak med to faser

Pasienten er i 80-årene, bor alene, men svært nær en av sine pårørende. Pasienten ble henvist fra sin primærlege pga. hukommelsesproblemer. Pasienten har praktisk hjelp fra store deler av sin familie og har ingen hjemmetjenester.



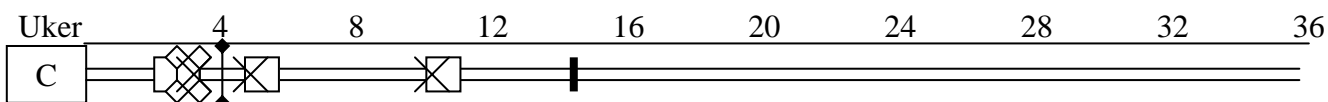
Av journalen går det fram at utredningen starter med undersøkelse av psykolog og lege, samt komparensamtale med sin nærmeste pårørende, og det følges opp med andre medisinske undersøkelser. Deretter innkalles pasienten til dagobservasjonsenheten og ny legekontroll. Deretter foretas det hjemmebesøk. Saken drøftes i Rosenborgsenteret og de innkaller til systemmøte. Familien er sterkt belastet og blir tilbudt hjemmehjelp, middagslevering og dagsenterplass, f.eks. to dager pr. uke. De pårørende aksepterer tilbudet om dagsenterplass, men så ikke behov for middagslevering, hjemmehjelp eller at hjemmesykepleien skulle gå inn med medisiner. Utredningsrapporten anbefaler dagsenter og løpende vurdering av tiltak i samarbeid med de pårørende.

På dette tidspunktet avsluttes første fase i saken. Den har da pågått i 8-9 uker. Pasienten får dagsenterplass 18 uker senere.

Men ca. ett år etter første henvisning, henvises pasienten pånytt, denne gangen fra dagsenteret der pasienten har hatt plass i ca. tre måneder. Pasientens sykdomsbilde er forverret og tjenesten ser behov for hjelp til medisiner og til mer hjelp i hjemmet. Inntaksmøtet innkaller til nytt systemmøte for å få til økt hjelp i hjemmet, og innkaller pasient til ny legekontroll. Det blir deretter satt inn hjemmesykepleie for medisiner og hjemmehjelp. Det har da gått 18 måneder siden den første kontakten.

Case C Uavklart somatikk

Pasienten er i 80-årene, bor alene og er henvist fra sin primærlege på grunn av utrygghet, problemer med angst og har nedsatt hukommelse og manglende evne til å takle hverdagslivets oppgaver. Pasienten har to nieser, der den ene overnatter hos pasienten en gang pr. uke. Pasienten har i utgangspunktet hjemmehjelp til husvask, alt annet tar niesene med familie seg av.



Journalen viser at her planla senteret å starte med dagobservasjonsenheten. Pasienten kommer til dagobservasjonsenheten, men viser seg å være syk, og Rosenborgsenteret kontakter bydelens vedtaks kontor og ber om vurderingsbesøk fra hjemmetjenesten med en gang. Det går en knapp uke og pasienten kommer på nytt til observasjon, samt til legeundersøkelse. Etter denne undersøkelsen ber Rosenborgsenteret igjen hjemmetjenesten foreta et vurderingsbesøk mht. medisiner. Noen dager senere har Rosenborgsenteret komparensamtale, og en uke senere ny observasjon og legekontroll. Her kommer sommeren inn og pasienten blir sendt til legevakten flere ganger i denne perioden. Høsten kommer med ny observasjon og legekontroll. Omtrent fire uker senere er utredningsnotatet ferdig. Det viste til mange helse-

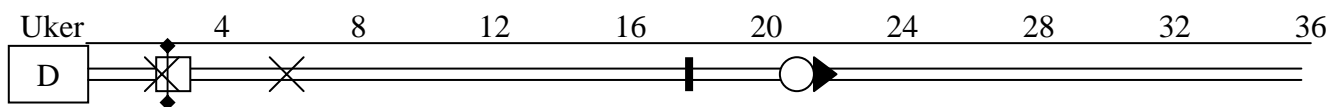
problemer og medisineringsproblemer som må stabiliseres før det kan trekkes en konklusjon mht. omsorgsnivå. Pasienten vil bli henvist eller innkalt til ny utredning senere.

Fra henvisning til foreløpig konklusjon forelå, er det i dette tilfellet gått 13-14 uker.

Tre måneder senere har pasienten plass på dagsenter tre ganger pr. uke, og hjemmesykepleien går inn morgen og kveld. Videre er det søkt og innvilget korttidsplass for jula. De iverksatte tiltakene har vært betryggende for de pårørende og alle er fornøyd med den løsningen som de så langt er kommet fram til.

Case D Pasienten vil ikke

Pasienten er i 80-årene, bor alene og er henvist fra sin primærlege på grunn av redusert hukommelse og personlighetsendringer. Har ett barn og barnebarn og ringer 20 ganger i døgnet. Er døgnvill. Pasienten motsetter seg å ta i mot hjelpemidler.



Vi ser av journalen at inntaksmøtet planlegger først å ta pasienten inn i dagobservasjonsenheten og til lege. Dette gjennomføres. Den pårørende er ikke med til observasjonsenheten, og det gjennomføres eget komparentintervju. Etter et par uker er pasienten igjen inne til legekonsultasjon og det blir anbefalt de pårørende å få inn hjelp fra de hjemmebaserte tjenestene til bading og medisinerings. Det blir senere avtalt et systemmøte, men ingen møter på fastsatt dato. Rosenborgsenteret snakker med den pårørende og hjemmetjenesten og de avtaler nytt systemmøte.

Her går det tid fordi sommerferien kommer inn. Før systemmøtet holdes er utredningsrapporten klar. Det anbefales dagsenter, hjemmesykepleie og videre vurdering av boligen og av hjelpemidler.

Det avholdes systemmøte, der hjemmesykepleien og den pårørende møter. De drøfter dagsenterplass for demente og hvordan en kan motivere pasienten for å akseptere en slik plass. De avtaler at både tjenesten og den pårørende skal bidra til motivering. Etter dette møtet utskrives pasienten.

Ser vi på tiden fra henvisning til Rosenborgsenteret avslutter saken, er det gått ca. 20 uker (medregnet sommerferien).

Men pasienten ville ikke akseptere dagsenterplass. Det skjedde videre ikke noe i saken før tre måneder etter utskriving. Pasienten ble funnet av hjemmetjenesten liggende på gulvet og ble lagt inn på sykehus for øyeblikkelig hjelp. Ved intervjutidspunktet ligger pasienten fortsatt i sykehuset i påvente av ledig sykehjemsplass (har vært på sykehus i ca. 10 dager). Pasienten er vesentlig redusert i løpet av få måneder.

Oppsummering av typiske saker

Vi ser her at sakene er forskjellige: I noen saker kan det være mye somatikk og i andre saker kan det være lite undersøkelser og mye systemarbeid. Vi ser at i to av sakene, sak A og B, prøver Rosenborgsenteret og hjemmetjenestene å støtte og beskytte familienettverket mot enten urimelige krav eller mot seg selv - å strekke seg for langt. De må i begge sakene prøve å

skjerme de pårørende for at situasjonen ikke skal bryte sammen og institusjonalisering blir eneste løsning.

6.2 Hva blir resultatet?

Vi har pekt på at Rosenborgsenteret kan anbefale tiltak ut fra det omsorgsnivået det mener er nødvendig. Rosenborgsenteret har imidlertid ingen omsorgsressurser og ingen beslutningsmyndighet. Ressurser og beslutninger ligger til samme nivå og er i Oslo lagt til Pleie-, rehabilitering- og omsorgsavdeling i bydelen (PRO-avdelingen).

Matrise 1. Situasjon før utredning ved Rosenborg, Rosenborgs anbefaling og situasjon etter utredning/endelig utfall av sakene. N=24

	Normal før-situasjon	Situasjon v. henvisning	Anbefaling fra RS	Iverksatte tiltak	Endelig utfall
1	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Sykehjem	Korttidsplass	Sykehjem
2	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie
3	Hjemme uten off. tjenester	Korttidsopphold	Sykehjem	Korttidsopphold	Sykehjem
4	Hjemme uten off. tjenester	Dagsenter	Korttidsopphold fram til sykehjem	Korttidsopphold	Sykehjem
5	Hjemme uten off. tjenester	Hjemme uten off. tjenester	Sykehjem	Korttidsopphold	Hjemme med sykepleie
6	Hjemme uten off. tjenester	Hjemme med sykepleie	Sykehjem / Akutt: Psykiatrisk sykehus	Psykiatrisk sykehus	Sykehjem, skjermet enhet
7	Hjemme med sykepleie	Korttidsopphold	Korttidsopphold fram til sykehjem	Korttidsopphold	Korttidsopphold
8	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Hjemme med sykepleie + dagsenter
9	Hjemme uten off. tjenester	Hjemme uten off. tjenester	Hjemme med hjemmehjelp + dagsenter	Dagsenter, senere korttidsopphold	Sykehjem
10	I: Hjemme uten off. tjenester	Hjemme uten off. tjenester	Dagsenter	Hjemme uten off. tjenester	Dagsenter
	II: Dagsenter	Dagsenter	Dagsenter i større omfang	Ikke kjent	Ikke kjent
11	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie
12	Hjemme uten off. tjenester	Hjemme uten off. tjenester	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Ikke kjent	Ikke kjent
13	Hjemme uten off. tjenester	Korttidsopphold	Sykehjem	Sykehus	Sykehjem
14	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp	Somatisk daghospital	Hjemme med sykepleie	Dagsenter +korttidsopphold
15	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie + Dagsenter	Hjemme med sykepleie	Sykehus deretter sykehjem
16	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Rakk ikke å anbefale noe	Somatisk sykehus	Sykehjem
17	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp	Omsorgsbolig + dagsenter	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie
18	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Behandling mot depresjon	Antidepressiva + sjelesorg	Hjemme med sykepleie

	Normal før-situasjon	Situasjon v. henvisning	Anbefaling fra RS	Iverksatte tiltak	Endelig utfall
19	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Sykehus	Hjemme med sykepleie + dagsenter
20	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp + dagsenter	Hjemme med hjemmehjelp + dagsenter	Hjemme med hjemmehjelp + dagsenter
21	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp	Sykehjem	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie
22	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Hjemme med sykepleie + dagsenter
23	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Hjemme med sykepleie + dagsenter	Hjemme med sykepleie + dagsenter
24	Hjemme med hjemmehjelp	Hjemme med hjemmehjelp	Sykehjem	Hjemme med sykepleie	Hjemme med sykepleie

I mange av sakene ser vi at det er sammenfall mellom Rosenborgsenterets anbefaling og utfallet i saken. Vi har her gjennomgått de sakene der det er avvik. Vi har her seks saker. I ett tilfelle er det ikke store avvik, men en lykkes ikke å etablere det tilbudet som alle ønsket fordi pasienten ikke ville ta imot dagsenterplass (17). I tre tilfeller anbefaler Rosenborgsenteret sykehjem (5, 21, 24). I ett av tilfellene endret situasjonen seg, pasienten ble roligere (5). I de to øvrige tilfellene var det sterke ønsker om å bo hjemme, fra pasienten og fra de pårørende (21, 24). I de to øvrige sakene er det motsatt, den hjemmebaserte løsningen lar seg ikke realisere.

Sak nr. 5: Anbefalt: Sykehjem. Sluttutfall: Hjemmesykepleie.

Rosenborgs anbefaling ble ikke (i det materialet som forelå ved datainnsamlingen) formulert eksplisitt i en utredningsrapport. Dette er i stedet vår tolkning av deres underliggende synspunkt ut fra journalnotater. Pasienten var meget krevende, og belastningen på pårørende var et sentralt moment i saken. Pasienten motsatte seg korttids-opphold i sykehjem. I etterkant av utredningen ved Rosenborg har imidlertid relasjonen mellom pasient og pårørende utviklet seg, belastningen på pårørende er blitt mindre og alle parter er tilfreds med den etablerte ordningen med hjemmesykepleie. Denne saken er også beskrevet under Case A foran.

Sak nr. 9: Anbefalt: Hjemmehjelp og dagsenter. Sluttutfall: Sykehjem.

Utredningsrapporten fra Rosenborg ble i denne saken flere måneder forsinket på grunn av begrenset kapasitet hos saksbehandler. De anbefalte tiltakene var da allerede for lenge iverksatt. Det var i denne saken ulike oppfatninger mellom de pårørende, og den nærmeste omsorgspersonen ønsket ikke å være ansvarlig for omsorgen. Disse meningsforskjellene kan ha vært sterkere enn Rosenborg forutsatte, og synes å ha vært hovedgrunnet for at det ble søkt om sykehjems plass ca. tre måneder etter at Rosenborgs rapport ble oversendt.

Sak nr. 15: Anbefalt: Hjemmesykepleie og dagsenter. Sluttutfall: Sykehjem.

Rosenborgs anbefaling i denne saken gikk ut på å styrke eksisterende hjemmesykepleie med dagsenter. Dette ble imidlertid ikke noe av. Etter et fall i hjemmet ble pasienten innlagt på sykehus og lovet sykehjems plass fra utskrivning. Dette synes i hovedsak å kunne tilbakeføres til negativ endring i pasientens helse. Denne saken er beskrevet under Case D ovenfor.

Sak nr. 17: Rosenborg anbefalte dagsenter for demente, og dette ble søkt og innvilget fra bydelen. Pasienten takket imidlertid nei og ville heller fortsette på et vanlig eldresenter. Pasienten har dermed selv valgt, og bydelen har etablert et annet tilbud/oppfølging.

Sak nr. 21: Anbefalt: Sykehjem. Sluttutfall: Hjemmesykepleie. Rosenborg konkluderte med at sykehjem var det riktige tilbudet ”på sikt”. Pasienten var imidlertid selv imot dette, hvilket førte til at hjemmetjenestene foreslo å øke sin innsats. Dette har så langt (fram til vårt undersøkelsestidspunkt) vist seg å være en tilfredsstillende løsning, i kombinasjon med enkelte avlastningsopphold på sykehjem.

Sak nr. 24: Anbefalt: Sykehjem. Sluttutfall: Hjemmesykepleie. Denne saken er atypisk i mange henseender. Grunnen til at pasienten ikke er i sykehjem, slik som anbefalt, er at nærmeste pårørende har et sterkt ønske om å fortsette å pleie pasienten i hjemmet.

Det er to typer forklaringer på at utfallet av saken ligger så nær anbefalingen. Den enkleste er at når en sak har kommet så langt (som mange av disse sakene har) er det ikke så mange alternativer, og i mange av sakene vil sykehjem tvinge seg fram, det er bare et spørsmål om tid.

Vi finner i gjennomgangen av tjenestenes prosesserfaringer at tjenestene begynner å jobbe i den retning som utredningen tar før rapporten foreligger. Og som en formulerte det: Det vokser fram en felles forståelse gjennom prosessen. Denne felles forståelsen, spesielt mellom Rosenborgsenteret og tjenestene, er større enn avviket i sakene skulle tilsi. Avvikene skyldes ikke mangel på viljen i bydelene til å realisere de foreslåtte løsninger, de pårørende hadde andre preferanser.

Men om vi ser sykdomsutviklingen i prosess, kjennetegnes demens av utvikling og endring. Det ligger i sykdommens natur at pasientene blir gradvis dårligere og i noen tilfeller raskere mye dårligere. Ser vi utredningen som en prosess (en prosess som tar ca. 4,5 mnd.) parallelt til sykdomsutviklingen, er det en rimelig forståelse av sammenfallet mellom anbefaling og iverksatte tiltak, at det vokser fram en felles forståelse og en avklaring av en situasjon i endring: De ulike aktører er i dialog, og det er vanskelig å se resultatet som resultatet av en ren beslutningssituasjon, der bestillerseksjonene beslutter på grunnlag av en utredning der Rosenborgsenterets rapport inngår som del av dokumentasjonen.

6.3 Tidlig intervensjon?

Rosenborgsenteret har ønsket å arbeide med pasienter som er i en tidlig fase av demens (Høyersten 1998). En ønsker å komme tidlig inn i en prosess av flere grunner: For det første er det viktig å utelukke andre forhold, og det er etter hvert aktuelt å medisinere i noen tilfeller. Videre kan det være viktig å komme tidlig inn for å tilrettelegge for best mulig livskvalitet, noe som igjen kan innebære at pasienten kan bo lenger hjemme. I Rosenborgprosjektets opprinnelige prosjektsøknad ble det pekt på at helsevesenet for ofte fikk kontakt med demente pasienter ved at det hadde oppstått en ”sosial omsorgskrise”, som førte til at pasienten ble innlagt i en akuttmedisinsk avdeling i påvente av institusjonsplass. Slike prosesser førte til overinstitusjonalisering av denne gruppen.

Og det kan være viktig å komme inn tidlig for å avhjelpe noe av den bekymring og smerte som de pårørende opplever. I undersøkelser av nære slektninger til demente, fant en at

belastninger og mestringsstrategier hos de pårørende endret seg over tid, og at belastningene opplevdes som mindre etter hvert (Grafstrøm 1994, her etter Aursand 1998). Også for de pårørendes skyld kan det derfor være viktig å komme inn tidlig, i den fasen de har det vanskeligst.

Det var derfor for prosjektet ønskelig å arbeide med pasienter i en tidlig fase, der det er usikkert om demens er under utvikling (Høyesteren 1998:20), og det ses som en utfordring for helsevesenet å finne disse familiene og sette inn hjelp på et tidlig tidspunkt (Aursand 1998). Dette var ingen problemstilling i vår evalueringsskisse, men ut fra de data som foreligger kan det være rimelig å si noe om dette.

Det kan være vanskelig å si hva som er å komme tidlig inn i en sak, bl.a. fordi saker kan ha en å rask utvikling. Vi vil her minne om at det som kjennetegner demens er stadig utvikling og endring.

Men ser vi på hva situasjonen er ved henvisning, finner vi at i tre av casene, er pasienten allerede på korttidsopphold i sykehjem ved henvisningstidspunktet, se Matrise 1. Av intervjuene går det fram at også andre har relativt nylig vært inne på sykehusopphold. Videre har 11 hjemmesykepleie og en har dagsenterplass. At en pasient har hjemmesykepleie sier i seg selv ikke noe om at en pasient er kommet langt i demensutvikling, men er en indikasjon på at det i hjemmet er behov for mer omfattende støtte og tiltak enn alminnelig husarbeid.

Men i intervjuene med de hjemmebaserte tjenestene sies det i mange tilfeller litt om problemstillingen. Gjennom intervjuene prøver vi å få fram hva de egentlig etterspør når de bestiller en utredning fra Rosenborgsenteret. På bakgrunn av utrednings- og beslutnings-systemet for tildeling av institusjonsplasser og tjenester, var det nærliggende å spørre seg om utredningen i hovedsak ble et argument i en beslutningsprosess knyttet til sykehjemsbeslutninger, eller om utredningen og utredningsprosessen også var en bakgrunn for planlegging og tilrettelegging i hjemmet. Rent generelt vil tjenesteutøvere i alle bydelene mene at en sak behøver ikke å nærme seg en sykehjemssak for å be om en utredning i Rosenborgsenteret.

Hjemmetjenesten prøver ut mange tiltak selv

Det går fram av flere intervjuer (spesielt i en bydel) at det ofte er satt inn mange tiltak før en pasient kommer til utredning: "Innen de kommer til utredning på Rosenborg er de allerede mye på dagsenter, og da er på mange måter løpet allerede lagt." "Når de først begynner på Rosenborg, er de ikke så lenge hjemme. De får gjerne et korttidsopphold som forlenges, og venter der på fast plass. De er nesten ikke kompetente til å være hjemme, skulle jeg nesten sagt." Er det fordi det går så fort, eller fordi Rosenborg kommer så sent inn i bildet? "Det er vel heller no' der [på det siste alternativet] – de kommer ikke så langt som til Rosenborg før det er blitt ganske ille" (fra en tjenesteutfører).

Demensutredning som begrunnelse ved søknad

På den andre siden er det klart at utredningene brukes til å begrunne vedtak: "Hvis brukeren fortsatt bor hjemme, bruker vi dem til å begrunne tiltak, eller til å begrunne sykehjemsplass". Noen ganger bruker de Rosenborgsenteret for å få pasienter inn på sykehjem. Når de har en utredning fra Rosenborgsenteret med demensdiagnose, er dette tungtveiende. *Er Rosenborg til bruk når det er blitt ille?* "Det er i hvert fall en tendens til å tenke sånn, at en bruker dem til å få folk inn på sykehjem".

Men de erfaringene som enkeltmedarbeidere i bydelene har mht. hvilke saker som blir henvist, peker mot Rosenborgutredninger som argumenter i kampen om sykehjems plassene: En medarbeider forteller at de utredningstilfellene bydelen/sonen hadde hatt i Rosenborgsenteret i hans tid, har vært utredninger av pasienter som har vært på korttidsopphold ved bydelens institusjoner, og er blitt henvist til Rosenborg derfra. I tilfelle et opphold der skal forlenges, vil bestillerenheten be om en begrunnelse. Bestillerenheten vil gjerne ha en demensutredning, og da vil denne institusjonen der pasienten er innlagt, be Rosenborg om en utredning. Dette var tydeligst i en av bydelene.

Men hjemmetjenestene bruker også Rosenborgsenteret for å vurdere situasjonen, men i vurderingen av utfall i de tilfeller bydelene har hatt vurdering, er det flere som forteller at når en sak kom til Rosenborgsenteret, var den ofte kommet så langt at de var enige om at sykehjem var det mest aktuelle (uten at det er ledd i ens sykehjemsstrategi fra bydelen).

Flere reflekterer over hvorfor det blir slik: Hjemmetjenesten har problemer med å få inn dem de ønsker på Rosenborgsenteret. De må prøve å motivere. De kan motivere de pårørende, men det kan være verre å ta det opp med pasienten.

De pårørende ser det ikke

I flere av intervjuene med de pårørende forteller de at når de nå ser seg tilbake, ser de at det allerede for ett til to år siden inntraff forandringer som de nå kan se har vært av betydning. De forteller ofte om en plutselig innlegging i sykehus pga. av en somatisk sykdom, som i ettertid kan ses som utløsende. Eller de kan fortelle at problemet ble tydelig da ektefellen døde, fordi de da forsto at ektefellen på ulike måter hadde kompensert for pasientens manglende funksjoner og dekket pasienten overfor barna. De pårørende ser at de kom sent inn i utredning og tilrettelegging, men dette kan de først se i ettertid.

Ansatte i de hjemmebaserte tjenestene gir ofte en annen tolkning av det samme forløpet. Flere mener at grunnen til at det går så langt, er at pasienter og pårørende ikke ønsker en utredning og en diagnose som demens. De kan være fornektende. At saker går så langt før de kommer til Rosenborgsenteret, handler ofte om fornektelse hos pasient og pårørende.

”Demente ber ikke om legehjelp”

Også leger opplever at de ikke får den begynnende demente inn i et tidlig stadium. De peker på at det kan være lang latenstid: De pårørende ser at ting ikke blir gjort, men det kan ofte gå bort imot tre år før de pårørende tar affære og før de kommer til legen med sin pårørende. Det er mye opp til de pårørende.

Leger peker også på at mange av de eldre har svake nettverk slik at demenssituasjonen kan ha kommet ganske langt før noe oppdager det. Og som en lege sier: ”Det ligger i sakens natur at når de er litt demente så ber de ikke om legehjelp”. Flere er derfor inne på at de bør følge opp sine gamle pasienter med regelmessige kontroller, f.eks. to ganger i året, fordi de opplever at endringer kan gå så fort. De mener også at de som fastleger må ta et ansvar, uavhengig av om de liker reformen eller ikke.

Noen leger setter i gang noen undersøkelser selv, særlig for eldre pasienter som de kjenner, men dersom de opplever situasjonen som alvorlig, henviser de. Andre henviser ikke til Rosenborgsenteret.

Mange leger ønsket ikke å snakke med oss, og det er derfor litt vanskelig å kjenne deres grunner. Men en lege sier at man skal ikke overdrive behovet for utredninger, tiltakene er i alle fall de samme, og i de fleste tilfeller allerede omsøkt. Godt klinisk skjønn pluss erfaring, sier langt på vei det samme som senterets mer vitenskapelige undersøkelser. Poenget er ikke at legen er uenig i deres vurderinger, men henviser sjelden fordi denne ser utredningen som til liten nytte. I dette utsagnet ligger også en oppfatning av kompetanse i demenssaker, at primærlegen har tilstrekkelig kompetanse til å utrede og foreslå tiltak som aktør i førstelinjetjenesten. Vi kan imidlertid ikke si noe om hvor alminnelig denne oppfatningen er blant leger i disse tre bydelene, og naturligvis heller ikke noe om primærlegenes kompetanse.

Hjemmetjenesten ønsker seg av og til hjelp fra Rosenborgsenteret i en tidlig fase, ”når de sitter slik og reflekterer” i sine gruppemøter og lur på hva de skal gjøre. Deres erfaring er at de får mye hjelp og veiledning der. En informant forteller om en pasient som hadde vært i Rosenborgsenteret og fått diagnosen lett demens. De kunne da komme tilbake og spørre om mer hjelp fra Rosenborgsenteret senere, hva de kunne bidra med, samt få ideer. Deres selvreleksjoner at de søker kanskje for sent hjelp, fordi de er ”blitt vant til å ha vanskelige problemer og å ordne opp sjøl”.

Når er det nok?

De hjemmebaserte tjenestene fortalte om problemer med å skille det uskyldige fra det alvorlige, og om dilemmaet knyttet til hvor lenge en skal prøve sjøl før en søker hjelp. Ofte opplever hjemmetjenesten henvendelse fra barn som er bekymret, fordi den pårørende har begynt å glemme litt. Hjemmetjenesten synes derimot ofte at det ikke er unormalt eller bekymringsfullt, å glemme litt er helt alminnelig i den hverdagen som omgir dem. Det kan her se ut som at sykepleier er den som synes at pasienten er minst dement, som tolererer mest glemming som ”normalt”. De ”forsvarer” den eldre mot barna eller prøver å berolige dem.

Men det er også slik at tjenesteutøverne går i det samme hver dag (spesielt de som går daglig i hjemmet), og er slik med i en sakte og umerkelig utvikling. Flere kan fortelle at de noen ganger har fått seg en overraskelse etter en ferie, ved at de da vurderer endringen på en annen måte, og som alvorligere. Det er slik vanskelig som observatør å sette seg ut over sin egen hverdag. De kan bli ”demensblinde”.

Oppsummering

Kommer de begynnende demente til Rosenborgsenteret i en tidlig (nok) fase? Situasjonen i de hjemmebaserte tjenestene er forskjellig, både mht. til kompetanse, erfaringer i samarbeid med Rosenborgsenteret og som vi tidligere har sett, nytten av å sende en sak til utredning.

Av det materialet vi har hatt tilgang til, ser det imidlertid ut til at situasjonen er blitt alvorlig og er kommet langt før Rosenborgsenteret kommer inn i saken. Flere av sakene vi har gjennomgått handler om ”omsorgskriser”. Rosenborgsenteret på sin side er avhengig av at saken blir henvist for å komme i inngrep.

Men det utvalget av saker som vi har gjennomgått, er omfattende saker. Går vi tilbake til fig 3 gir den et bilde av sammensetningen av saker som er søkt inn ved senteret. Figuren viste at ca. 3/5 av sakene var lite sammensatte saker. Og det er her vi finner de tidlige sakene. Det innebærer at mange saker kommer til senteret i en tidlig fase, med det er ikke disse sakene vi har undersøkt med hensyn til systemarbeidet. Det innebærer at våre intervjudata ikke sier noe om Rosenborgsenteret kommer tidlig inn, men forteller om problemer knyttet til det å komme tidlig inn i en sak.

De fleste henvisninger kommer fra sykehusavdelinger og fra leger, se tabell 2. Det er også et problem for leger at de kommer sent inn i saken. Her har imidlertid flere leger planer om å innkalle eldre til faste kontroller for å komme mer i inngrep med utviklingen. Riktignok ser ikke alle nytten ved å henvide, men ved at leger følger opp sine gamle pasienter bedre, vil det kunne øke mulighetene for førstelinjetjenesten til å komme tidligere inn i et demensforløp. Flere peker også på at det er avgjørende at hjemmehjelpen ser utviklingen. Hjemmehjelpen er i mange tilfeller en fast observatør over år. Noen av de intervjuede lurte også på om de prøvde og prøvde for lenge. Enkelte hadde også nylig erfart en tilbakemelding fra Rosenborgsenteret om at de skulle prøvd ut litt til mer selv.

Vi må her være forsiktig med å generalisere. I deler av tjenesten er medarbeiderne antagelig både godt organisert for å føre drøftelser og sette inn tiltak, og har god kompetanse bygget opp gjennom mange år. I andre soner/enheter er det ikke sikkert at kompetansen er like god, og en skulle kanskje ikke sitted på saker så lenge som en faktisk gjør. Dette er imidlertid en konkret vurdering som ligger utenfor rammen av denne evalueringen.

Men vi vil peke på mellomleders posisjon og betydning. Når saker drøftes og luftes og råd gis i brukermøter og rapportmøter, er det disse mellomlederne som vurderer om det skal settes i verk nye tiltak eller undersøkelser. Og det er hos lederen at ansatte som arbeider ute søker råd. Det er også disse mellomlederne som kan påvirke arbeidsmåten og ev. oppfordre til bruk av ekstern rådgiving, f.eks. fra Rosenborgsenteret, dersom det er policy i bydelen.

De ansatte ulike bydeler har forskjellig forståelse av hvordan de kan bruke Rosenborgsenteret. I en bydel er det oppfordret fra lederne til bruk av Rosenborgsenteret til rådgiving. I en annen bydel har de ansatte aldri oppfattet det slik at de kunne gå til senteret med ”praktiske” spørsmål.

7 Hvordan samhandle med førstelinjetjenesten og nettverket/systemet rundt pasienten?

7.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet se Rosenborgsenterets metode - systemmodellen - og deres praksis i relasjon til andre utredningsenheters praksis.

Vi ønsker å se på metoder i relasjon til de oppgavene som spesialisthelsetjenesten er pålagt. Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene det grunnleggende ansvaret for helse-tjenester. De skal forebygge og behandle sykdom og skade, drive medisinsk rehabilitering og ivareta pleie- og omsorgsoppgavene. Spesialisthelsetjenesteloven gir på sin side spesialisthelsetjenesten ansvaret for å gi kommunene råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal løse sine oppgaver etter lov og forskrift (§ 6-3).

Lov om spesialisthelsetjenester pålegger altså det helsepersonell som loven omfatter, en veiledningsplikt. Denne veiledningsplikten gjelder både i forhold til enkeltpasienter som kommunene har ansvaret for og generelt i forhold til kommunehelsetjenestens lovpålagte oppgaver.

Det er opp til spesialisthelsetjenesten selv å avgjøre hvordan veiledningen kan systematiseres (Sosial- og helsedepartementet 1999:150). Målsettingen med å innføre en veiledningsplikt er ”å bidra til å skape en enhetlig helsetjeneste og å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals, med ressursløsning og kvalitetsbrudd som konsekvens” (Ot. prp. nr. 10 (1998–99), her etter Sosial- og helsedepartementet 1999:150).

Hvordan spesialisthelsetjenesten skal gi kommunene ”råd, veiledning og opplysning om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver”, er ikke videre utdypet. Et virkemiddel for å sikre sammenhengende tiltakskjeder, er å lage individuelle planer og koordinere de ulike tjenesters bidrag gjennom planene. Dette er i dag den formelle rammen rundt samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten. Det er derfor gjennom praksisutviklingen en må finne metoder for veiledning og sørge for hensiktsmessig samhandling mellom første- og andrelinjen.

Rosenborgsenterets veiledning

Rosenborgsenteret driver veiledning gjennom undervisning og kursing, men veiledningen er likevel i hovedsak knyttet til møtene med førstelinjetjenesten, og til konkrete pasientsaker. Dette handler om direkte kontakter og kontakt gjennom systemmøter. I disse kontaktene kobles overføring av generell kunnskap om demens med diskusjon om hva som kan gi gode hjelpetilbud i det enkelte tilfellet. Gjennom diskusjoner og forslag i møtene formidles også egnede *praksisformer*, samt at selve arbeidsformen med systemmøter og avklaringer mellom aktører kan læres og overføres.

Slik vi forstår Rosenborgsenterets mål og strategier, representerer de ett svar på spesialisthelsetjenestenes veiledningsoppgave. De begrenser ikke oppgaven til ”å gi kommunene råd, veiledning og opplysning om *helsemessige* forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal løse sine oppgaver etter lov og forskrift” (vår utheving), men er i like stor grad opptatt av å overføre gode arbeidsmetoder og prosesser knyttet til

oppgaveløsningen. Dette handler ikke bare om overføring av kunnskaper om helsemessige forhold, men også om betydningen av omgivelsene eller systemet, om hvordan legge opp og styre prosesser og om hvordan kommunisere. Det handler om at den demente ikke kan forandre sin måte å være på, det er systemet rundt som må endre sin måte å takle personen med demens på.

I hvilken grad senteret klarer å tilføre førstelinjen en annen tenkning om problemer og en annen arbeidsmetodikk i arbeidet mot pårørende, har vært vanskelig å evaluere. Vi kan si at Rosenborgsenterets opplæringsform knyttet til systemarbeidet er svært diskret (lite belærende), gjennom deres måte å stille granskende spørsmål, som leder de impliserte til å gi svarene selv. Endringer i problemforståelse hos de impliserte er resultater som ligger igjen i prosessen. Men at overføring foregår, kan vi dokumentere. Vi har i empirien trukket fram pårørende som forteller om hvordan senteret i møtene gir råd om framgangsmåter, og utførere som forteller at de har lært å innkalle til møter og å høre de pårørende, dersom det oppstår problemer eller mistillit.

Slik Rosenborgsenteret arbeider skjer det ikke en enkelt kunnskapsoverføring mellom to linjer, ev. knyttet til en ferdig utredning. Det skjer en samhandling i prosessen, men uten at Rosenborgsenteret overtar førstelinjens oppgaver. Tanken er at Rosenborgsenteret skal "berøre" systemet minst mulig; systemet skal klare seg på egen hånd når utredningen er ferdig. Gjennom denne "berøringen" overfører senteret imidlertid måter å tenke om problemsituasjoner på som tjenestene selv kan overføre til nye situasjoner. Samtidig får tjenestene erfaring i samhandling og kommunikasjon, som de kan bruke i sin egen kontakt med de pårørende. Dette har vi også fått bekreftet i noen av intervjuene.

De pårørende

I systemmodellen ligger det mer enn overføring av kunnskap til førstelinjetjenesten. Systemmøtet innebærer en metode for å bringe samarbeidende parter sammen slik at de kan bearbeide problemforståelse og relasjoner i møtet. Dette handler derfor ikke bare om en relasjon mellom første- og andrelinjetjenesten, men som vi tidligere har vist, om et trekantforhold som også impliserer de pårørende. Derfor ønsker vi også å ta med relasjonene mellom spesialisthelsetjenesten og de pårørende, når vi skal sammenlikne metoder og grep i demensutredningsarbeidet.

I Rosenborgsenterets systemmodell har tilnærmingen til og behandlingen av de pårørende en sentral plass. Vi har sett av evalueringen at den måten de møter de pårørende på, synes svært vellykket. Annen forskning har også pekt på både betydningen av at de pårørende blir hørt for hvilket forhold de utvikler til hjelpeapparatet, og betydningen av dette samarbeidet for det totale tilbudet til pasienten, som en sum av offentlige og private ressurser.

Rønning (1986) fant at den offentlige hjelpen i eldreomsorgen hadde liten eller sterkt redusert effekt. Dette var bl.a. fordi hjelpeapparatet ikke klarte å ta hensyn til mottagerens situasjon og/eller inkludere den private hjelpen som ble gitt. I prinsippet, sier Rønning, vil den profesjonelle behandleren behandle mottakers nettverk på samme måte som pasienten, som et uprofesjonelt innslag som det er liten grunn til å konsultere (Rønning 1986:29). Nettverket får den samme status som pasienten og behandles deretter. Som pasienten får det instruksjoner om hvordan det skal forholde seg. Dette gir den private hjelpen en underordnet status, og gir liten åpenhet for å bruke de ressursene som ligger i nettverket. Rønning mener dette fører til sterkt redusert effekt av den offentlige hjelpen.

Også Snell (1996) peker på betydningen av forholdet mellom det formelle og det uformelle hjelpeapparatet. De kan samarbeide, arbeide parallelt eller være i konflikt og konkurranse. Hun viser at det bare kan bli gitt et godt tilbud når pårørende og hjelpeapparat samarbeider, og at dette samarbeidet forutsetter at *det offentlige hjelpeapparatet erkjenner variasjonen i de pårørendes situasjon* og tar hensyn til dette. Hun viser også at graden av informasjon og det å bli tatt med på råd har betydning for hvilket forhold de pårørende har til hjelpeapparatet.

Sammenlikning med andre sentre som arbeider med systemet rundt pasienten

Vi hadde opprinnelig tenkt å se på tenkning og metode hos andre sentre som mente seg å arbeide nettverksbasert, og sammenlikne disse med Rosenborgsenteret. Dette viste seg ugjennomførbart. For det første finnes det ingen oversikt over enheter eller sentre og deres metode, og heller ingen oversikt over hvordan utredningsarbeidet knyttet til begynnende demens er organisert i landet. Når det gjelder arbeidsmåter og evalueringer, eksisterer det bare én foreliggende kilde. Vi har også i vår gjennomgang av prosjekter sett at begrepet ”nettverksarbeid” kan bety mye forskjellig og ofte brukes som en selvforklarende merkelapp på svært ulike grep og metoder. Vi har derfor ikke lagt vekt på om utredningsenhetene oppfatter seg å arbeide nettverksbasert eller ikke ved utvalget av enheter.

Mangelen på feltoversikt innebærer at vi har måttet gå mye mer grunnleggende til verks enn vi hadde planlagt. Vi har gått inn fire steder (bysektor, fylke eller del av fylke) og kartlagt hvordan utredningen av demens skjer. Det innebærer at vi ikke bare kunne ta ut poliklinikker og se på deres metoder, fordi arbeidsdelingen mellom klinikk og poliklinikk er svært forskjellig. Det vi prøver å få fram er hvordan utredningsenheten/utredner forholder seg til pårørende og til førstelinjetjenesten, uansett hvordan virksomheten er organisert. For rapporten betyr det at vi må bringe en del generelt stoff for å vise hvilken plass kontakten med førstelinjen og de pårørende har i den enkelte enhets arbeidsmåte. Poengene blir lett borte i beskrivelsene. Vi har derfor først en beskrivende del og deretter en del som søker å trekke ut relasjonene til pårørende og førstelinjetjenesten.

På grunn av manglende foreliggende dokumentasjon, har vi benyttet oss av intervjuer, samt noe foreliggende materiale, spesielt knyttet til hvordan enhetene er organisert. Vi har intervju av en eller flere personer ved hvert utredningssted. I ett tilfelle er intervjuet gjort på telefon. Vi har med unntak av ett tilfelle ikke kunnet gjøre observasjon (på grunn av kostnadsrammen), heller ikke har vi kunnet intervju dem som enhetene samarbeidet med, være seg førstelinjetjenesten i berørte kommuner og bydeler eller pårørende. Vi har slik sett et materiale som ikke er sammenliknbart med det materialet vi har om samarbeid og erfaringer for Rosenborgsenteret. Det vi står tilbake med er en beskrivelse av hvordan arbeidet i alderspsykiatrien er organisert, og hvor i prosessene en finner *møtepunkter mellom utredner og pårørende og utredner og førstelinjetjenesten og hva utredner gjør i disse møtene*.

De følgende fire avsnittene er dokumentasjon av hver enhets organisering og arbeid med alderspsykiatri og demens. I avsnitt 7.7 vil hovedpunktene, det som er direkte knyttet til utredningsmodellene og samarbeidet mellom utredningsenhetene, pårørende og førstelinjetjenesten, oppsummeres. Det er derfor ikke nødvendig for sammenhengen å lese hele casebeskrivelsen.

7.2 Case 1 Østfold¹⁵

Sykehuset Østfold har ansvar for spesialisttjenester blant annet innen geriatri og alderspsykiatri for hele fylket. Denne virksomheten er i hovedsak ivaretatt av en geriatrik sengeavdeling i Halden med en tilknyttet poliklinikk, og av den geriatrike poliklinikken ved spesialistsenteret i Sarpsborg. Denne siste står for hovedtyngden av de polikliniske kontaktene, herunder de fleste demensutredninger. Geriatrivirksomheten i Østfold har forholdsvis hyppig vært gjenstand for omorganisering, og den nåværende strukturen ble etablert i 2001.

Poliklinikkens faste bemanning utgjøres av geriatrik avdelingssykepleier og overlege. Gjennom revmatologisk poliklinikk i samme bygning har klinikken dessuten tilgang til ergo- og fysioterapeut. Som følge av omorganiseringer hadde klinikken i fjor opparbeidet en viss venteliste, som imidlertid nå (mars 2002) i hovedsak er avvirket. Klinikken anslår at spesialisthelsetjenesten får kontakt med 700 – 1000 nye demenstilfeller pr. år i fylket som helhet. Henvisninger kommer i hovedsak fra primærlegene, men også fra sykehjem og sykehus. I noen tilfeller meldes pasienter inn fra institusjoner i kommunene i forbindelse med at poliklinikken er på besøk i kommunen.

Pasientrettet arbeid

Den geriatrike poliklinikken legger vekt på en tverrfaglig tilnærming til pasientsaker, der det er mistanke om demens. En typisk pasientkonsultasjon kommer i stand 2 – 3 uker etter henvisning fra primærlege. Klinikken etterspør bakgrunnsinformasjon fra henviser, og vil om nødvendig anmode henviser om å sørge for at de nødvendige blodprøver etc. blir tatt. I tillegg kan klinikken få utført ytterligere undersøkelser, som nevropsykologisk undersøkelse, MR, CT osv.

Pasientene anmodes om å ha med pårørende, og har det i de fleste tilfellene. Klinikken tar også ofte telefonkontakt med pårørende i forkant av utredningen. Ved frammøte kommer pasient og pårørende sammen inn til en fem kvarters samtale og undersøkelse med sykepleier, med blant annet intervju om dagliglivsferdigheter og diverse standardtester for mental yteevne. Dette sammen med en undersøkelse hos legen danner grunnlaget for diagnose.

Pasient og pårørende får full informasjon om legens vurdering av pasientens tilstand, hva den skyldes og hvordan den kan ventes å utvikle seg. De anbefales å lese en bok om å leve med demens, og de pårørende oppfordres også til å ta kontakt igjen, dersom de har spørsmål. De opplever at de mottar positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende på arbeidsmåten, særlig det at de kan ta seg tid til å lytte til de pårørende.

Klinikken sender en skriftlig epikrise til den som henviste pasienten, med diagnose og eventuelle forslag til tiltak. Dersom kommunens hjemmetjenester ikke allerede er inne i bildet, blir også de informert slik at de kan ta kontakt og gjennomføre et hjemmebesøk, eller vurdere en eventuell anbefaling om sykehjem.

¹⁵ Fremstilling bygger på intervju med overlege Steen Lessum og avdelingssykepleier Heidi R. Jørgensen ved geriatrik poliklinikk ved Sykehuset Østfold i Sarpsborg

Arbeid mot kommunene

Klinikken opplever fra tid til annen at det er hjemmetjenestene i kommunen som tar initiativ til å få pasienten henvist dit, selv om det alltid er legen som henviser. Dette kan være fordi hjemmesykepleien spesielt ønsker klinikkens vurdering før en beslutning om for eksempel innleggelse i sykehjem. Inntrykket er likevel at dette gjelder en liten andel av sakene.

Det er en målsetning for klinikken at flest mulig av demenspasientene skal kunne utredes av primærlegen, og at klinikken i mindre grad enn i dag skal komme inn i enkeltsaker. Dette bør bare skje i spesielle tilfeller. Det er etablert egne geriatrikontakter i alle kommuner i fylket. Disse er tiltenkt en rolle i kunnskapsformidlingen overfor førstelinjetjenesten, og innkalles fra tid til annen til felles seminarer ved klinikken. Ordningen har ikke funnet sin endelige form ennå, og det er varierende oppslutning fra kommunene. Klinikken har i samarbeid med de lokale kontaktene holdt tverrfaglige kurs om alderspsykiatri og demens for primærlegene og andre fagpersoner i kommunene. De står til disposisjon for kommunene med råd og kan delta i møter med pårørende og hjelpeapparat om vanskelige enkeltsaker. De legger imidlertid stor vekt på ikke å overta noe av kommunens ansvar for sakene, noe ressursituasjonen ikke ville tillate.

7.3 Case 2 Rogaland¹⁶

Sykehusets alderspsykiatriske seksjon består av en poliklinikk og en sengepost. Poliklinikken har 3,5 årsverk på fagpersonale og 1,5 årsverk på sekretærtjenester, i tillegg arbeider to leger og en psykolog fra sengeposten noe tid i poliklinikken. Seksjonen ledes av en overlege, som selv står for vurderingen av hvilke saker som legges til poliklinikken og hvilke som går til innleggelse. Seksjonen opplever avgrensningen av deres saksfelt som uproblematisk, de tar alle demenssaker og dessuten psykiatriske lidelser hos eldre som ikke har tidligere kontakt med allmennpsykiatrien i fylket, enten dette skyldes at lidelsen oppstår på et sent tidspunkt, eller at pasienten har bodde et annet sted tidligere.

De har også et godt samarbeid med sykehusets nevrologiske og geriatriiske avdelinger, og en god felles forståelse av ansvarsdelingen dem imellom.

Aldersdemens er en del av problematikken i anslagsvis 60 % av sakene i poliklinikken. I hovedsak vil det dreie seg enten om tidlig diagnostikk i saker der det er mistanke om demens, men der funksjonssvikten foreløpig er relativt liten, eller om håndtering av saker som er vanskelige fordi demens opptrer i samband med andre psykiatriske lidelser eller adferdsforstyrrelser. De ”vanlige” demenssakene skal i hovedsak håndteres i førstelinjen.

Et typisk saksforløp

Når henvisningen kommer blir den registrert og lagt til overlegen, som vurderer hvordan den skal følges opp – med hjemmebesøk, poliklinisk undersøkelse eller innleggelse. I tidlig-diagnostikksaker, der pasienten er forholdsvis oppegående, vil det gjerne være snakk om poliklinisk undersøkelse. Pasienten blir da innkalt og bedt om å ta med pårørende, noe de fleste etterkommer. Pasient og pårørende tas i mot av to representanter for poliklinikken, og etter en innledende samtale deler de seg slik at den ene intervjuer den pårørende og den andre pasienten.

¹⁶ Denne framstillingen bygger på et intervju med sykepleier Allan Øvereng, fagkonsulent ved alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset i Rogaland

I disse enkeltsamtalene intervjues de pårørende om pasientens dagliglivsferdigheter, og de fyller ut et skjema om mulige psykiatriske symptomer. Pasienten gjennomgår i mellomtiden noen få fysiske undersøkelser, i den grad disse ikke er gjort allerede av henvisende lege. Det dreier seg da om en såkalt orienterende nevrologisk undersøkelse. I tillegg må det tas et sett av blodprøver, og CT-undersøkelse av hodet. Videre gjennomføres flere tester som skal kartlegge den mentale yteevnen. Til slutt oppsummeres undersøkelsen med pasient og pårørende sammen, og eventuelle tiltak og kontroller avtales. Den videre saksgangen etter dette er ikke fastlagt i rutiner, men vurderes ut fra behovet i den enkelte sak og arbeidspress og tilgjengelige ressurser i poliklinikken.

I mange tidlige saker vil det bli avtalt ny kontroll etter et halvt eller et helt år. I andre saker er poliklinikkens rolle kanskje først og fremst å gi en "second opinion" i forhold til en diagnose primærlegen allerede har stillet, og videre utredning og saksbehandling foregår i regi av førstelinjetjenestene. I noen saker er det imidlertid klart at det er alderspsykiatrisk seksjon som skal ha den videre oppfølgingen. Disse kan kreve en betydelig innsats. Dette vil typisk være saker der det er adferdsproblemer inne i bildet, for eksempel yngre pasienter (ned mot 50 år) med en type demens som gir utagerende adferd, hvor det kan være vanskelig å finne adekvate omsorgsformer, og hvor sykdommen i seg selv og belastningen på de pårørende kanskje har skapt krise i familien.

Poliklinikken har i en periode hatt mange pasienter som har fått behandling med kolinesterasehemmere. Denne behandlingen innebærer rutinemessige kontroller etter 3, 6 og 12 måneder. Det har etter hvert blitt færre slike saker, ettersom denne typen medikamenter nå kan foreskrives av primærlegene.

Forløpene i tyngre saker, som blir fulgt opp av seksjonen gjennom lengre tid, kan vanskelig beskrives generelt fordi sakene er så ulike. Om det er snakk om demens i kombinasjon med depresjon, kan en kanskje prøve ut medisiner gjennom en måned eller to, og med gunstig utfall vil oppfølgingsansvaret deretter gå tilbake til primærlegen. I motsatt tilfelle kan det være nødvendig å finne fram til ytterligere miljøtiltak etc., og det kan kreves innleggelse i sengeposten. Dette kan også være det naturlige tiltaket i saker der pasienten er alvorlig dement og har adferd som krever mye oppfølging, slik at det kan trenge avlastning. I enklere tilfeller kan det i stedet være snakk om å gi veiledning og opplæring til personalet i institusjonen.

Ambulant virksomhet

Anslag går ut på at minst halvparten av poliklinikkens arbeidskapasitet brukes utenfor kontoret. En av to fagkonsulenter er ute nesten hele sin arbeidstid, mens det øvrige fagpersonalet har en mindre del av sin tid ute. I tillegg arbeider den ene legen nesten utelukkende i forhold til de somatiske avdelingene ved sykehuset i Rogaland.

Det typiske tilfellet er en sårbar eller syk pasient innlagt i institusjon, som har behov for endrede tiltak. Når søknaden kommer, tar poliklinikken kontakt pr. telefon, og avklarer med institusjonen om pasienten kan komme til poliklinikken eller om det er ønskelig at de reiser ut, noe det vanligvis er. Fagkonsulenten drar da ut, snakker med hjelperne og undersøker pasienten der han eller hun er. Seksjonens overlege kan konsulteres på telefon, foreløpige tiltak kan avtales der og da, og det kan gis veiledning til hjelpepersonellet. I etterkant utarbeides et journalnotat som oversendes tilsynslegen. Videre tiltak kan gå i flere retninger og utløse et visst koordineringsbehov: Tilsynslegen vil være ansvarlig for videre utredning av

den somatiske helsen, poliklinikken vil ta ansvar for den videre psykiatriske utredningen, mens pleiemessige tiltak vil falle på omsorgspersonalet i institusjonen. Det vil ofte være behov for ytterligere besøk for videre oppfølging, og mange av disse sakene ender også med innleggelse for pasienten, fordi problemene er store eller omgivelsene er sterkt påkjent. Alderspsykiatrisk avdeling kan sørge for koordineringen og overta ansvaret for en stund, men deler ansvaret med førstelinjetjenesten. De anbefaler tiltak, men forordner dem ikke.

Hjemmeboende pasienter

Dersom poliklinikken reiser ut til en hjemmeboende pasient, vil vedkommende typisk være for dårlig til å kunne reise til poliklinikken, eller det er spesielt ønskelig å vurdere pasienten i egne omgivelser. Pasienten vil ofte være i en uavklart situasjon, og målsetningen med besøket vil ofte være å få et helhetsinntrykk som grunnlag for å vurdere om innleggelse eller poliklinisk behandling er aktuelt. Vanligvis reiser bare én person fra poliklinikken ut, og avtaler eventuelt å møte pårørende og hjemmetjenester hos pasienten. Opplegget for et hjemmebesøk er i liten grad fastlagt på forhånd. Poliklinikkens medarbeider (gjærne en fagkonsulent) har med seg et utvalg tester som kan være aktuelle, men er i denne situasjonen forberedt på å møte pasienten mer på pasientens premisser.

Arbeid med pårørende

Poliklinikken forsøker i disse sakene å involvere så vel pårørende og hjelpeapparat som primærleger, men disse siste har ikke så ofte tid til å delta. Grunnen til dette er tosidig. Det er alltid behov for informasjon fra noen som husker, samtidig som det ofte hender at noen blant de involverte omkring pasienten selv har problemer. De ulike parter kan ha mange ting på agendaen, og det gjelder å få dette fram i lyset.

Klinikken prøver likevel å begrense arbeidet med pårørende, og henviser til blant annet pårørendeforeninger, pårørendeskoler etc. De forsøker imidlertid å ivareta pårørende til yngre demente særskilt, og organiserer en egen pårørende gruppe for disse.

Poliklinikken oppfordrer generelt pårørende til å ta kontakt, men de opplever at det er sjelden noen gjør det. Til høsten skal de etter planen starte et prosjekt for å få laget en struktur for undervisning og veiledning av pårørende i grupper, i det de ser et behov for å gjøre dette mer effektivt. Dette er et spørsmål både om å ivareta de pårørendes egne behov i situasjonen, og om å utnytte den positive effekten oppfølging av pårørende synes å ha på pasientens sykekarriere. Stykkpristankegang i finansieringssystemene for sykehusene kan være med på å gi føringer som virker imot tiltak for pårørende.

Forholdet mellom poliklinikken og sengeposten

Poliklinikken og sengeposten i alderspsykiatrisk avdeling samarbeider nært, med en viss deling av personell og samme ansvarlige overlege. En del pasienter legges inn i sengeposten fra sykehusets allmennpsykiatriske akuttmottak, men hoveddelen av innleggelser til sengeposten går gjennom poliklinikken. De fleste innleggelser vil også utløse poliklinisk oppfølging i etterkant. Det blir dermed i stor grad poliklinikken som står for både for- og ettervernsvirksomhet i tilknytning til innleggelser.

Arbeid med kommunene

Avdelingen har opprettet Tverrkommunal kompetansegruppe om aldersdemens, et nettverk av fagfolk fra alle de 22 kommunene i området. To deltakere fra hver kommune er invitert slik at dette utgjør et forum med ca. 50 noenlunde faste medlemmer. Poliklinikken tilbyr seminarer med undervisning og diskusjon ca. fire ganger i året. Disse kan virke som lokale ressurs-

personer og formidle kunnskap videre lokalt. Knyttet til enkeltsaker blir det en vesentlig del av poliklinikkens virksomhet å støtte, undervise og veilede det lokale hjelpeapparatet, men de forsøker å trekke en grense ved det spesifikt faglige, mens veiledning som har med generelle sykepleiefaglige spørsmål og personlig utvikling å gjøre, må søkes annet steds. Stavanger kommune har imidlertid en egen "sterk enhet" for noen få pasienter med utfordrende adferd, og disse står under en mer omfattende veiledning fra alderspsykiatrisk avdeling.

Sosiale nettverk

I sammensatte saker der det er vanskelig å finne en egnet plassering av pasienten, kan det være at poliklinikken tar initiativ til et samarbeidsmøte med pårørende og hjelpeapparatet. Det vil ofte være i forbindelse med at pasienten har vært innlagt, på et stadium i saken hvor de begynner å komme til noen konklusjoner, og hvor det blir et behov for å gi saken videre til førstelinjetjenestene på en konstruktiv måte. Slike møter vil oftest finne sted på poliklinikken. Det vil ta opp rollefordeling og ansvarsfordeling i arbeidet med pasienten, samtidig som klinikken vil informere om situasjonen. I enkelte tilfelle er et slikt systemmøte like mye rettet mot de litt fjernere pårørende, med en viktig intensjon i å vitalisere det sosiale nettverket rundt pasienten og mobilisere støtte til de aller nærmeste som kan være svært slitne. Dette kan særlig være aktuelt i saker hvor demens har inntruffet tidlig, og det har oppstått behov for å snakke ut om opplevelser, sette ord på ting og gå videre.

Det foreligger ikke faste oppskrifter på hvordan slike saker skal forløpe. De enkelte sakene er svært ulike, og poliklinikken tilpasser sin oppfølging til den enkelte saken, etter hva saken krever og etter hva det er faglig interessant å observere videre. I de vanligste sakene, som beløper seg til et spørsmål om å stille en tidlig Alzheimer-diagnose eller ikke, oppstår det vanligvis ikke noe behov for en slik omfattende oppfølging. Helsevesenet har rimelig gode rutiner for å håndtere vanlige demenssaker i førstelinjen, med økende hjelp, institusjonsplass etter hvert og litt støtte til pårørende. De fleste saker som er inne til utredning i poliklinikken, kommer ikke tilbake. Behovet for spesiell innsats ut over det førstelinjen kan yte kan være forbigående, knyttet til en kortvarig tilstand hos pasienten eller en bestemt fase i sykdomsforløpet. Men det finnes også noen saker som forblir gjengangere.

Med ca. fire årsverk og 400 – 500 pasienter inne hvert år, oppleves det som en nødvendighet at de fleste sakene blir sendt hurtig tilbake til primærhelsetjenesten. Kapasiteten tillater ikke annenlinjen å engasjere seg i mer enn korte perioder av utvalgte saker, for å hjelpe til med å håndtere de spesielle tingene.

Kompetansen oppleves å være god i mange av regionens kommuner. Problemer kan knytte seg til kapasitet og utbygging av institusjonsplasser i storbyene (Stavanger og Sandnes), mens de mindre kommunene kan få vanskeligheter når de får et litt spesielt tilfelle mellom hendene.

Alderspsykiatrisk seksjon tilbyr gratis kurs til kommunene for å heve fagpersonalets kompetanse, eller i forbindelse med for eksempel omorganisering. De opplever imidlertid at etterspørselen er begrenset.

7.4 Case 3 Hedmark: Sanderud Sykehus, Hamar

Sanderud sykehus er psykiatrisk sykehus for Hedmark fylke, og siden 1.1.2002 et eget helseforetak under Helse Øst. Demensutredning og -behandling foregår ved *alderspsykiatrisk avdeling*. Avdelingen ble organisert ved en sammenslåing av tre forskjellige psykiatriske

avdelinger i et omorganiseringsprosjekt midt på 1990-tallet, og flyttet i 1997 inn i nyinnredete lokaler i en egen bygning på sykehusområdet.

Alderspsykiatrisk avdeling har ansvar for annenlinjetjeneste i forhold til både demens og andre alderspsykiatriske problemstillinger i hele fylket. Avdelingen er delt i fem poster:

- *Ressursposten* gir tilbud til pasienter med diagnostisert demens og psykiatriske tilleggssymptomer eller problematferd. Den kan gi behandling og omsorg som krever spesialistkompetanse i en periode, men det er en målsetning at pasientene skal tilbakeføres til kommunen.
- *Allmennpsykiatrisk post* utreder, diagnostiserer og behandler pasienter med såkalt funksjonelle psykiske lidelser, dvs. alle saker der demens ikke inngår.
- *Utredningsposten* utreder, diagnostiserer og behandler pasienter som ikke har fått noen tydelig demensdiagnose, men hvor dette mistenkes, samtidig som det er andre symptomer.
- *Alderspsykiatrisk poliklinikk* tilbyr utredning, diagnostikk og behandling til demenspasienter og andre med psykiatriske lidelser som har oppstått i alderdommen.
- *Kompetansesenteret i alderspsykiatri* består av én medarbeider som samler og formidler ny viten innenfor fagområdet, både internt og overfor primærhelsetjenesten.

De fem postene samarbeider nært, og følger langt på vei felles prosedyrer for behandling av pasientsaker. Poliklinikken er integrert med de andre postene i den forstand at poliklinikkens personale har en viss tilknytning til postene, og det faste fagpersonalet på de andre postene har noe arbeidstid i poliklinikken hver uke, knyttet til utadrettet virksomhet. Vi vil i det følgende fokusere på utredningsavdelingen og poliklinikken, som håndterer de sakene der demens er hovedproblematikken, og som dermed er mest sammenliknbare med Rosenborgs sakstifang.

Alderspsykiatrisk avdeling deltok i prosjektet "Er det demens?" i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Dette var et av de siste prosjektene tilknyttet Sosial- og helsedepartementets demensprogram på 1990-tallet. I forbindelse med prosjektet ble det utviklet og dokumentert prosedyrer for saksbehandlingen, med en fast struktur av interne og eksterne møter, og detaljerte skjemaer for gjennomføringen av disse. Avdelingen har i stor grad fortsatt å bruke disse rutinene i sitt daglige arbeid med demensutredning.

I de følgende avsnittene redegjøres det først for pasientkontakt og ytre saksgang i henholdsvis poliklinikken og utredningsavdelingen. Deretter beskrives noen av de faste interne møtene nærmere.

7.4.1 Poliklinikken: Tidlig demensdiagnostikk

Poliklinikkens ekspertise og arbeidsmåte er særlig rettet inn mot å kunne diagnostisere og behandle demens på et tidlig utviklingsstadium. Ettersom det i de senere årene har kommet nye medikamenter som antas å kunne bremse sykdomsutviklingen, har poliklinikken merket en viss økning i antall henvendelser fra eldre, som på eget initiativ ønsker å undersøkes "for sikkerhets skyld", kanskje ut fra en opplevelse av å ha fått dårligere hukommelse. En er forberedt på at denne gruppen i framtiden kan øke betydelig i omfang. Poliklinikken opplever for øvrig at de blir forelagt litt for mange enkle og tydelige demenstilfeller, som primærlegene burde ha kunnet diagnostisere og ferdigbehandle. Dette gjelder ikke minst som følge av at primærlegene nå har fått rett til å skrive ut medikamentbehandling.

Saker der det er mistanke om demens, men hvor pasienten har et rimelig høyt funksjonsnivå og utredningen synes å kunne gjennomføres poliklinisk, går til poliklinikken. Henvisningen kan også be om en smal og spesifikk utredning av hukommelsesproblemer eller en vurdering med tanke på å starte medikamentbehandling. I noen tilfeller ønsker kommunens hjelpeapparat en ekspertuttalelse, fordi det er uenighet innad om hva som er riktig omsorgsnivå. I tillegg får poliklinikken til behandling en del tilfeller der demensen er kommet svært langt uten at situasjonen har blitt fanget opp av primærhelsetjenesten.

Første konsultasjon

Den første konsultasjonen i poliklinikken vil typisk ta 2 – 2 ½ time og bestå av fem elementer. Pasientene oppfordres til å ta med pårørende ved konsultasjonen, og de pårørende vil vanligvis ha fått tilsendt et skjema på forhånd, som i 26 punkter registrerer endringer i pasientens mentale funksjonsevne. Poliklinikken legger stor vekt på kontakten med pårørende, og vurderer den som mer avgjørende enn testene pasienten selv gjennomgår.

Ved ankomst tas pårørende og pasient gjerne imot av en sykepleier. De får en orientering om undersøkelsen, og fyller sammen ut et registreringsskjema som beskriver hovedtrekk i pasientens nåværende situasjon, bolig, etablert hjelp mv. I tillegg gjøres puls- og blodtrykkmåling, samt EKG ved behov. Etter dette sendes pasienten inn til legen, som har en rekke skjemaer som underlag for intervju med pasienten. Dette er faste tester, i hovedsak etter mønster fra hukommelsesklinikken ved Ullevål sykehus, som vil kartlegge ulike sider av pasientens kognitive evne. I tillegg gjøres en grunnleggende somatisk undersøkelse. I tillegg skal henvisende lege vanligvis ha sørget for en Mini mental statusprøve, CT av hodet og diverse blodprøver på forhånd.

Mens pasienten er inne hos legen, snakker de pårørende med sykepleier og fyller ut et skjema, som registrerer hvilken belastning pårørende opplever som følge av omsorgen for pasienten. De som skårer over et visst nivå på denne testen, får tilbud om deltakelse i et pågående forskningsprosjekt med tittel "Demens og familien", som skal undersøke om tettere oppfølging av pårørende kan bedre deres situasjon, og om dette kan gi utslag på når pasienten trenger å legges inn i institusjon. Sammen med sykepleier fyller de pårørende også ut et skjema for vurdering av pasientens adferd, og et skjema som tar for seg dagliglivsferdigheter. Dersom pasienten skårer lavt på en såkalt Mini mental status test, og det er mistanke om at han/hun kan lide av depresjon, svarer de pårørende også på et skjema som skal registrere symptomer på depresjon.

Etter legens undersøkelse av pasienten og sykepleierens grundige intervju med pårørende, tar sykepleier seg av pasienten, eventuelt med en ny Mini mental status test, mens de pårørende har en samtale med legen. Her vil de blant annet kunne bekrefte eller korrigere opplysninger pasienten har gitt om livssituasjon og forhistorie. Videre kan legen også gå inn på de pårørendes livssituasjon og behov. Legen kan henvise de pårørende til skriftlig informasjon om demens, for eksempel fra nasjonalforeningen for folkehelsen, men opplyser ikke på dette tidspunktet de pårørende om diagnose eller utfall av undersøkelsen.

Etter samtalen med de pårørende vil legen om nødvendig konferere med sykepleier for å samordne inntrykkene deres, før undersøkelsen oppsummeres med både pasient og pårørende til stede. Da vil legen referere hva han har funnet, hva som har kommet fram i samtalen med de pårørende, og eventuelt hva som er konklusjonen på undersøkelsen. Dette siste er imidlertid avhengig av at pasient og pårørende vurderes som modne for det, og det kan være

at det å informere om diagnose utsettes til den første oppfølgingsamtalen. Imidlertid vil en i alle fall gå gjennom aktuelle tiltak, som endringer i medisinerer eller omsorgsnivå.

Oppfølgingsmøter

Etter den første konsultasjonen blir det som oftest avtalt oppfølgingsmøter (kontrolltimer). Disse vil ofte følge omtrent samme mønster som førstegangskonsultasjon, i det pasient og pårørende først snakker med lege og sykepleier om situasjonen nå og eventuelle endringer siden sist. Etterpå snakker sykepleier med de pårørende, mens legen undersøker pasienten. Ofte vil det være aktuelt for legen å gjenta noen av testene fra første gang for å se etter endringer, og tilsvarende vil sykepleier fokusere på endringer i intervjuet med de pårørende. Det legges også vekt på å avdekke pårørendes behov for informasjon, støtte og hjelp.

Dersom utfallet av den første undersøkelsen blir at det settes i gang medikamentbehandling mot tidlig Alzheimer, utløser dette faste kontroller etter 4 og 12 måneder. I tilfelle der utredningen kommer så tidlig i sykdomsforløpet at det ikke er grunnlag for å starte medisinerer selv om en har en fornemmelse av at det kan oppstå et problem senere, avtales en ny undersøkelse etter ½ - 1 år. Alt i alt anslår de at 80 % av pasientene kommer tilbake i en eller annen sammenheng. Også til oppfølgingsmøtene vil poliklinikken ønske at pasienten har med seg pårørende. Poliklinikkens erfaring er at pasienter og pårørende setter pris på å bli fulgt opp et stykke videre, ikke minst fordi poliklinikken har anledning til å bruke mer tid på dem enn hva primærhelsetjenesten kan gjøre.

Tilbakeføring til kommunen

I tillegg til at pårørende har en sentral rolle i undersøkelsen ved poliklinikken, ønsker klinikken å holde en åpen dør for de pårørende så de skal føle at de når som helst kan ta kontakt for råd og veiledning. Etter utredningen blir det i de fleste tilfeller hjemmesykepleien som får ansvaret for pasienten, og poliklinikkens sykepleier sender en sykepleierrapport dit. Denne kan gi grunnlag for tilpasninger i omsorgen i kommunen, avhengig av behovet. Henvisende lege får epikrise tilbake etter utredningen, men poliklinikken opplever at primærlegene ofte spiller en nokså passiv rolle i den videre oppfølgingen. Det er stor variasjon kommunene imellom med hensyn til hvilke ressurser de kan mobilisere i omsorgen for en dement pasient. Noen få kommuner som har deltatt i et prosjekt i regi av Nasjonalt kompetansesenter for demens har kommet langt, andre har noen få ildsjeler som engasjerer seg for demensomsorg, men mange kommuner hører sykehuset aldri noe til. De mistenker at kompetansen til å stille demensdiagnoser mange steder er for svak.

Ambulant utredning

I noen tilfeller reiser poliklinikken ut til pasientene heller enn å kalle dem inn. Det kan være pasienter som av en eller annen grunn har særlige vanskeligheter med å komme til poliklinikken, eller som ikke *vil* reise dit fordi det oppleves som problematisk at den er på et psykiatrisk sykehus. I slike tilfeller kan to personer fra poliklinikken reise ut, gjerne lege sammen med sykepleier eller ergoterapeut. Dette skjer kanskje en gang i uken, og de gjennomfører da i størst mulig grad det samme undersøkelsesprogrammet som om pasienten hadde kommet inn. I kanskje 1/3 av disse tilfellene vil også hjemmetjenestene være med.

7.4.2 Utredningsposten: Vanskelige saker, større omsorgsbehov

I saker hvor det vurderes som nødvendig å observere pasienten over lengre tid for å stille en diagnose, der en mistenker at det også er andre psykiatriske lidelser inne i bildet, eller der pasienten har et mer akutt behov for endret omsorg, kan det være aktuelt med innleggelse på utredningsposten. Posten har seks sengeplasser.

Forvern

Når en pasient er henvist til alderspsykiatrisk avdeling og fordelt til utredningsposten, vil som oftest to fra posten dra på forvernsbesøk, enten hjem til pasienten eller til institusjonen der han/hun bor. På dette møtet deltar vanligvis pårørende sammen med hjemmetjenestene, respektive personale fra institusjonen. Primærlegen derimot er sjelden med, med mindre han eller hun er tilsynslege ved den aktuelle institusjonen. Mens både pasient, pårørende og eventuelle hjelpere er til stede, presenterer teamet fra sykehuset seg og refererer at de er blitt bedt om å hjelpe. De prøver så å få høre pasientens tanker om situasjonen, og legger vekt på at kontakten ikke skal foregå over hodet på noen. Etter hvert vil de dele seg, slik at den ene snakker mer med pasienten, mens den andre snakker med pårørende og/eller hjelpere. Allerede på dette tidspunktet kan kontakten bære frukter i form av tips til pårørende eller hjelpere om hvordan de kan håndtere situasjonen, eller ved at samtalene introduserer spørsmål som ikke tidligere er stilt, og som gir nye innsikter eller synsvinkler.

Innleggelse og behandling

Etter forvernsbesøket blir det tatt endelig stilling til om pasienten skal legges inn eller behandles poliklinisk. Ved innleggelse bes pasientene om å ha med pårørende når de kommer. De møter også da to personer ved sykehuset, og mens den ene i hovedsak tar seg av pasienten, vil den andre gjennomføre en komparentsamtale med pårørende. Disse får også gjerne med seg et skjema som de kan fylle ut og levere tilbake senere, der det etterspørres opplysninger om pasientens forhistorie, interesser og karriere, for at sykehusets personale skal kunne gjøre seg bedre kjent med pasienten. Dersom pårørende ikke kan møte, for eksempel fordi de bor langt unna, blir de gjerne kontaktet på telefon i stedet.

Når pasienten er innlagt, skal det finnes en ansvarsgruppe på tre personer for vedkommende. Denne vil gjerne bestå av en ansvarlig sykepleier, en primærkontakt som gjerne er hjelpepleier, og en sekundær sykepleier. Fagpersonale som ergoterapeut og psykolog samarbeider med disse, og er kanskje i mindre grad involvert i kontakten med pårørende, men kan ha mye å gjøre med pleiepersonale i hjemmetjenester eller institusjon.

Både pårørende og hjelpeapparat blir rutinemessig kontaktet igjen en tid etter innleggelse, og de kan også selv ta kontakt ved behov. Avdelingen opplever forholdsvis ofte at pårørende har en så vanskelig situasjon at de også trenger å ivaretas. Sykehuset prøver å fange opp dette i forbindelse med pårørendes besøk hos pasienten, og også i forbindelse med oppfølgingsbesøk et par uker etter at pasienten er skrevet ut. Da har en gjerne et møte ute i kommunen med pasient, pårørende og kommunens hjelpepersonell. Etter dette er det forutsetningsvis kommunen som skal følge opp, men sykehuset er fortsatt åpne for å hjelpe til hvis kommunen ber om det.

Utskriving til kommunen

En innleggelse ved utredningsposten vil typisk vare i fire – fem uker. Ved utskrivning holdes det på nytt et møte med pårørende og hjelpeapparat, hvor avdelingens konklusjoner og forslag forelegges kommunen og eventuelt pårørende. De får da anledning til å diskutere pasientens framtidige situasjon. Etter utskrivning er den videre omsorgen kommunens ansvar, men utredningsposten har oftest helt klare anbefalinger. De opplever derfor en viss frustrasjon over at de ikke alltid får kontakt med dem som tar beslutningene om den videre omsorgen. Forholdsvis ofte skjer det at pasienter kommer inn til posten fra en situasjon hvor de bodde i eget hjem, men skrives ut til et høyere omsorgsnivå. I slike tilfeller kan det også hende at de blir boende noen få uker lenger på sykehuset, i påvente av at kommunen skal få ordnet med

institusjonsplass. Sykehuset kan i forbindelse med utskriving, tilby dem som skal overta omsorgen for en pasient å hospitere ved utredningsposten, slik at de får en bredere kunnskap om pasienten og behandlingen ved posten.

7.4.3 Kompetansesenter for alderspsykiatri

Kompetansesenteret skal formidle kunnskap utad til førstelinjetjenestene og andre, og arbeide med kompetanseutvikling innad. Senteret har en fast stilling (denne har i 1. kvartal 2002 vært vakant), og trekker i tillegg på fagpersoner som finnes i avdelingen for øvrig. Kompetansesenteret samarbeider også med sykehusets forskningskonsulent.

7.4.4 Møtestrukturen ved alderspsykiatrisk avdeling

Saksgangen som er beskrevet ovenfor, er fastlagt som rutiner i sykehusets kvalitetssystem. I tillegg til møtene, som er beskrevet ovenfor, som alle innebærer kontakt med pasient, pårørende eller kommunale tjenester, gjennomføres det jevnlig en del interne møter. Disse er også beskrevet i kvalitetssystemet hva gjelder både formål og utforming. De er også i hovedsak basert på rutiner fra utviklingsprosjektet "Er det demens?"

Inntaksmøte

Det kreves henvisning fra lege for nye pasienter, og pårørende eller kommunale hjelpetjenester som henvender seg blir bedt om å kontakte primærlege først. Alle søknader behandles i et ukentlig inntaksmøte, som er felles for hele avdelingen. I dette møtet deltar lederne for de ulike postene, samt avdelingsoverlegen og en sykepleier fra poliklinikken. Her fordeles pasienter til postene på bakgrunn av en foreløpig vurdering ut fra de opplysningene som følger henvisningen.

Utredningspostens behandlingsmøter

Etter innleggelse ved utredningsposten, skal det holdes et konstituerende behandlingsmøte innen en uke. Her deltar ansvarsgruppen for pasienten, samt lege, ergoterapeut og psykolog. Meningen er at alle skal ha snakket med pasienten forut for dette møtet, og dannet seg et bilde av situasjonen og hvilke tiltak de kan bidra med. I møtet får de så samordnet inntrykkene sine og laget et opplegg for behandlingen. Senere skal det som hovedregel holdes et nytt behandlingsmøte for pasienten annenhver uke, der opplegget gjennomgås og revideres. Til slutt vil det vanligvis avholdes et avsluttende behandlingsmøte, der det gjøres en sluttvurdering av diagnose, hjelpebehov, anbefalt omsorgsnivå og anbefalte tiltak for øvrig.

Behandlingsmøter i poliklinikken

Mens behandlingsmøtet i utredningsposten er spesielt for hver enkelt pasient, har poliklinikken ukentlige behandlingsmøter som tar opp de sakene som er aktuelle for øyeblikket. Alle medarbeiderne i poliklinikken deltar, og hensikten med møtet er blant annet å få tverrfaglig drøfting av sammensatte saker, faglig veiledning til egne medarbeidere og avtaler om faglig samarbeid.

7.4.5 Forholdet til andre aktører

Primærlegen

Både utredningsposten og poliklinikken opplever at de har nokså liten kontakt med primærlegen etter en utredning. I spesielle tilfeller hender det at primærlegen ønsker at sykehuset fortsatt skal beholde ansvaret for medisiner etc., og i så fall kan det være en viss kontakt mellom primærlegen og sykehusets leger. Poliklinikken opplever av og til at de får saker til behandling som burde vært håndtert av primærlegene, og hadde ønsket seg noe større diagnostisk kompetanse blant primærlegene.

Hjemmetjenestene

Utredningsposten har aktiv kontakt med hjemmetjenestene i begge ender av en utredning. De trekkes inn der det er aktuelt i forvernsbesøk, kontaktes rutinemessig en tid etter innleggelse, og igjen ved behandlingens avslutning. Da kan det tilbys veiledning og hospitering i utredningsposten for dem som skal følge en pasient videre. Både utredningsposten og poliklinikken er åpne for at hjemmetjenester og sykehjem kan ta kontaktet for å få veiledning ved behov.

Pårørende

De pårørende står helt sentralt i avdelingens bilde av en demenssak – både som den viktigste kilden til kunnskap om pasientens forhistorie, og som en belastet part som det i mange tilfeller er av stor betydning å ivareta. Avdelingen søker å trekke de pårørende med gjennom hele saksforløpet, ved å be om at pasienten har med pårørende ved alle polikliniske konsultasjoner, og ved å forsøke å holde kontakt med pårørende når de besøker pasienten, og ved å trekke pårørende med i forvernsbesøk og utskrivingsmøter. Også pårørende kan når som helst henvende seg for å få råd og veiledning.

7.5 Case 4 Aker sektor i Oslo¹⁷

Demensutredning i Aker sektor foregår ved geriatrik avdeling ved Aker Universitetssykehus, og ved alderspsykiatrisk avdeling som ligger på Gaustad sykehus.

7.5.1 Geriatrik avdeling - Aker

Demensutredning ved geriatrik avdeling foregår dels i daghospitalet, dels poliklinisk og dels i forhold til inneliggende pasienter i en døgnpost. Avdelingen mottar noen få henvendelser hver uke. Utredningen er tverrfaglig og baseres i hovedsak på tester som utføres, dels av leger og dels av ergoterapeuter. Daghospitalet har også tilgang til fysioterapeut, logoped og sosionom i tillegg til sykepleiere og hjelpepleiere. Videre har en tilgang til psykiater gjennom samarbeid med konsultasjonspsykiatrisk enhet og til nevrolog tilknyttet Ullevål sykehus.

Opplagte demenssaker vil vanligvis kunne utredes i førstelinjetjenesten, det er når det er mer usikkert at sykehuset kan komme inn i bildet. De kan gjennomføre mer avanserte tester i poliklinikken, og eventuelt observere pasienten gjennom noen få uker i daghospitalet. Utredning i døgnposten er særlig aktuelt i forbindelse med pasienter som er innlagt andre steder i sykehuset, der det for eksempel kan være snakk om slagtilfeller.

En poliklinisk undersøkelse vil typisk kunne ta mellom en og to timer. Pasientene har oftest pårørende med seg, og de pårørende har også vanligvis fått tilsendt et skjema for å fylle ut på forhånd. I løpet av konsultasjonen går lege eller sykepleier gjennom dette skjemaet med de pårørende. Pasienten undersøkes og testes av lege, og snakker også med annet personell, dersom det er snakk om en full utredning. Det vil også ofte være aktuelt med en senere oppfølging.

¹⁷ Intervju med seksjonsoverlege Sverre Vaagen, Demensutredning ved Aker universitetssykehus, avdelingssykepleier Birgitte Linde og psykolog Tone Blystad, demensutredningsposten ved Gaustad sykehus, overlege Inger Johanne Aarseth, psykolog Ane Brøndbo og psykiatrisk sykepleier Trude Teigene ved poliklinikken.

Innleggelse i daghospitalet vil gjerne innebære 2 – 3 dager pr. uke på sykehuset gjennom noen få uker. Det er ikke lagt fast i rutiner hvordan utredningen her skal foregå, men de anbefalte testene står sentralt. I forbindelse med pasientens opphold i daghospitalet har sykehuset også kontakt med pårørende, som der vil kunne delta i tverrfaglige samtaler. Daghospitalet brukes også en del til ettervern etter innleggelse i døgnposten.

Primærhelsetjenesten involveres til en viss grad. Poliklinikken er åpen for henvendelser fra så vel hjemmebaserte tjenester og pårørende som fra pasienten selv, men dersom det ikke er lege som henviser, vil en alltid ta kontakt med behandlende lege før en vurdering. Ved utredning i poliklinikken vil hjemmetjenestene vanligvis bli kontaktet pr. telefon, mens sykehuset oftest får direkte kontakt med sykehjempersonalet, dersom pasienten er innlagt i sykehjem. Ved innleggelse av hjemmeboende pasienter i daghospitalet eller i døgnposten, vil hjemmetjenestene vanligvis bli kalt inn til møte.

Ved utskriving, enten det er fra poliklinikk, daghospital eller døgnpost, vil pasient og pårørende gjerne bli innkalt til en utskrivingssamtale.

7.5.2 Alderspsykiatrisk avdeling på Gaustad

Avdelingen er beliggende på Gaustad sykehus og har to avsnitt med til sammen 20 senger for generell psykiatri, et avsnitt med sju senger for utredning av demens med tilleggsproblemer og en poliklinikk. Denne siste har til tider vært bemanningsmessig redusert pga. vakanser. Demensutredningsavsnittet har overlege, assistentlege, psykolog, avdelingssykepleier og psykiatrisk sykepleier, i tillegg til sykepleiere og hjelpepleiere. Poliklinikken har overlege, assistentlege, psykolog og psykiatrisk sykepleier.

Demensutredningsavsnittet

Demensutredningsavsnittet arbeider lite i forhold til tidlig demens, men utreder alvorlige demenssituasjoner med tilleggssymptomer som krever sykehusinnleggelse. De får også av og til pasienter som ikke har demens, men som framstår som demente på grunn av organiske lidelser. En viktig del av virksomheten deres er dermed differensialdiagnostikk. Pasienter kan bli sendt dit fra andre sykehusavdelinger, eller fra sykehjem. I det siste tilfellet befinner de seg gjerne i situasjoner hvor de har behov for høyere omsorgsnivå, for eksempel hvis det er snakk om å prøve ut endret medisinerings eller mer systematiske miljøtiltak, og det er behov for en tettere oppfølging enn det sykehjemmene kan gi. Pasienter som i utgangspunktet er hjemmeboende kan også forekomme, men da gjerne etter at en krise har ført til innleggelse i akuttavdelingen på Aker, og slik åpnet kontakten med sykehuset. Innleggelsenes varighet kan variere sterkt, fra noen uker til opp mot et år. Henvisningene til sykehuset kommer helst fra pasientenes primærleger, fra institusjonenes tilsynsleger, eller ved akuttinnleggelser også fra legevakten. Uansett hvor pasientene kommer fra, drar avsnittet alltid på forvernsbesøk.

Samarbeid med førstelinjetjenesten

Demensutredningsavsnittet arbeider tverrfaglig, og sentralt i arbeidet rundt hver pasient står primærgruppemøter, der de ulike profesjonene samt pasientens primær- og sekundærkontakt ved avdelingen, deltar. Avsnittet samarbeider tett med førstelinjen, og innkaller dem gjerne til et møte i forbindelse med innleggelsen. Formålet er å samarbeide om framtidig omsorgstilbud, ved siden av at førstelinjetjenesten i de fleste saker er en viktig kilde til komparentopplysninger.

Som et ledd i samarbeidet med førstelinjetjenestene, og for å sikre en god videreføring av de behandlingsoppleggene som er valgt, tilbyr avdelingen hospitering i noen dager for personalet på sykehjemmet som skal overta pasientene etter utskriving. Eventuelt kan også personalet derfra følge opp gjennom noen dager ute i sykehjemmet. Behandlingsopplegget lar seg ofte ikke lese ut av papirer, det kreves en større informasjonsoverføring, og avsnittet har derfor funnet at det for dem er mindre arbeidskrevende å gjøre det på denne måten. Avsnittet råder over betydelig større ressurser pr. pasient enn et vanlig sykehjem, og utfordringen er dermed ikke bare å finne gode behandlingsopplegg, men å lage gode opplegg som kan følges opp i førstelinjen.

På et mer overordnet plan har bydelene kontaktmøter med representanter for psykiatrien, som for eksempel demensutredningsavsnittet. Hver bydel har en fast kontaktperson ved avsnittet. Slike kontaktmøter brukes til å informere om aktuelle pasienter og hva de vil trenge av oppfølging etc., og bydelene kan melde problemer de har.

Arbeid mot pårørende

Også pårørende innkalles gjerne som komparanter tidlig i saksforløpet, dog ikke til samme møte som førstelinjetjenestene. De pårørende tilbys samtaler i innleggelsesperioden, og demensutredningsavsnittet er åpne for at de kan ta kontakt. I den perioden de har en pårørende innlagt, kan avsnittet tilby hjelp til sorgarbeid og til å bearbeide reaksjonene på det å ha en dement pårørende. Det har også vært meningen å organisere pårørendegrupper, men slike var ikke i gang tidlig våren 2002. Et slikt tilbud er også avhengig av tilstrekkelig mange pårørende som har tid og ressurser til å delta, og kan også vanskeliggjøres hvis liggetiden for pasientene er kort.

Pårørende kalles inn til avsnittet flere ganger i løpet av pasientens opphold. De kartlegger hva pårørende ønsker for pasienten, trekker på deres kunnskap om hvordan situasjonen oppsto. Sykehuset kan bringe pårørendes ønsker videre til bydelene, men det er ofte nødvendig å arbeide med de pårørendes forventninger, både i forhold til hva som kan oppnås og i forhold til hvilke ressurser bydelene har. Det kan også være at pårørende seg i mellom er uenige om hva som bør skje med pasienten. Demensutredningsavsnittet går alltid til den nærmeste pårørende først, og kaller inn denne. Så er det opp til nærmeste pårørende om andre får komme samtidig, eller om de blir kontaktet hver for seg.

Poliklinikken

Poliklinikken behandler først og fremst demens med psykiatrisk tilleggsproblematikk, og avviser enkle demenstilfeller, eller sender dem videre til geriatrik avdeling. Saker som blir behandlet ved poliklinikken kan dreie seg om medisinerings ved uro, vurdering av pasientens boligsituasjon, eller om å gi erklæring i forbindelse med økning av omsorgen fra hjemme-sykepleie til sykehjem. Det kan også være pasienter avdelingen får til behandling for andre forhold, som viser seg å ha en ikke utredet demens.

Poliklinikken krever henvisning fra lege. Den mottar gjennomsnittlig omkring tre nye henvendelser pr. uke, fra primærleger og omsorgsinstitusjoner, noe oftere fra leger enn fra institusjoner. Saksbehandlingstiden for hver sak varierer kraftig, rene demensutredninger går oftest forholdsvis mye raskere enn saker med psykiatrisk tilleggsproblematikk.

Første konsultasjon

Klinikken ønsker i utgangspunktet at pasienten skal være grundig somatisk utredet ved henvisningen, og distribuerer egne henvisningsskjemaer til førstelinjen med dette for øye.

Eventuelt vil supplerende opplysninger bli etterspurt pr. brev eller telefon. Første gangs konsultasjon foregår som regel der pasienten bor, i institusjon eller eget hjem. Når hjemmebesøk eller besøk hos pasienten i institusjon er besluttet, reiser to fra poliklinikken gjerne ut sammen. De anser det som en fordel å møte pasient, pårørende og hjelpeapparat samtidig, men det er varierende i hvilken grad de pårørende er med ved første møte. Eventuelt kan de da bli kontaktet på telefon.

Besøket vil gjerne åpne med et møte med alle parter samlet. Dersom pasienten er i sykehjem og svært dement, kan det i forkant være aktuelt med et lite møte uten pasienten, før alle snakker sammen. Pasienten intervjues så - i den utstrekning det er mulig - om sin opplevelse av situasjonen. En tar da utgangspunkt i opplysningene fra henvisningen. Etterpå vil ofte én av de to fra poliklinikken snakke med pasienten, og for eksempel gjennomføre en Mini mental statustest, mens den andre snakker med pårørende. Pårørende blir en viktig kilde til kunnskap om pasientens tidligere liv, og om omsorgsbelastningen på dem selv. Til hjelp i dette brukes ofte standardiserte skjemaer.

Forholdsvis ofte er det nødvendig å innhente ytterligere opplysninger, ofte i dialog med henvisende lege. Poliklinikken gjør ikke somatiske utredninger selv, og er avhengig av at de er tilfredsstillende utført fra primærhelsetjenesten. På grunnlag av opplysninger fra henvisende lege og samtaler med pasient og pårørende, skrives så en standardisert psykiatrisk journal. Allerede etter det første møtet vil det vanligvis foreligge forslag til tiltak og en foreløpig diagnose. Det første journalnotatet sendes som foreløpig rapport til henvisende lege, og av og til også til hjemmetjenestene.

På dette stadiet vurderes det også om pasienten kan testes videre. I så fall brukes ymse faste tester for ulike typer kognitiv svikt, som skal avsløre graden og typen av demens. Dette er det vanligvis en psykolog som forestår.

Behandlingsmessige tiltak kan dreie seg om medisinerer eller endringer i omsorgen. Tiltak kan også ha form av veiledning til personalet i institusjonen, eller støttesamtaler med pårørende som kanskje har strukket seg svært langt, og trenger noen å snakke med for å akseptere å ta imot hjelp. I noen tilfeller kan det også være aktuelt med innleggelse i demensutredningsavdelingen, dersom hjemmesituasjonen er vanskelig eller adferdsproblemer er av en slik karakter at sykehjemmet trenger avlastning.

Selv om poliklinikken får en pasient til behandling, overtar de ikke fullt ut ansvaret for vedkommende fra førstelinjen. De sørger eventuelt for de delene av behandlingen som dreier seg om det spesifikt psykiatriske, mens resten av omsorgen for pasienten forblir førstelinjetjenestens ansvar. Som nevnt forekommer det imidlertid at innleggelse ved demensutredningsavdelingen får et visst preg av avlastning for sykehjem, eller som midlertidig tiltak til en får avklart plassering av pasienten.

Forholdet mellom poliklinikken og sengeposten

En betydelig andel av innleggelsene ved demensutredningsavdelingen går via poliklinikken. Det kan gjelde saker hvor polikliniske tiltak er prøvd og det er behov for tettere oppfølging, eller i forbindelse med utprøving av medisinerer. Pasienter som ikke kommer via poliklinikken, kommer i stor grad fra sykehusets akuttavdeling. Poliklinikken er representert i sengepostens ukentlige inntaksmøte. Inntakene til poliklinikk og sengepost er ellers separate og parallelle, og poliklinikken ser ikke bort fra at dette kan virke noe forvirrende på førstelinjetjenesten, og føre til at en del henvender seg til poliklinikken istedenfor til

sengeavdelingen. Sengeavdelingen gjør alltid forvernsbesøk, også for pasienter som poliklinikken allerede har besøkt, i visse tilfeller samtidig og samordnet med poliklinikkens besøk.

Diagnostisk vanskelighet

Ute hos pasienten er siktemålet for det diagnostiske å se om det kan være somatikk eller andre psykiatriske lidelser som skaper symptomene, istedenfor demens. Kognitiv svikt kan være vag i begynnelsen, og man kan ikke alltid si om det er demens. Det kan også være at andre psykiske problemer, for eksempel depresjon, er grunnlaget for kontakten med poliklinikken, og at det så viser seg under arbeidet at pasienten også har begynnende demens.

Dersom det konstateres demens/tidlig demens og det ikke foreligger vesentlig andre problemer, vil poliklinikken søke å sende saken tilbake til førstelinjen relativt raskt. De ser imidlertid en verdi i å konstatere hvilken type demens pasienten lider av, særlig i langt-komne tilfeller, fordi dette kan være styrende for hva slags miljøtiltak som er hensiktsmessige. Typen demens er også viktig i forhold til spørsmål om medikamentbehandling, som først og fremst er aktuelt i forbindelse med tidlig Alzheimer. Poliklinikken har imidlertid bare noen få pasienter som får slike medikamenter.

Likevel er det ikke alltid en oppnår noe klart svar på dette, og ofte forekommer også kombinasjoner av flere typer demens.

Poliklinikkens utredninger foregår i alt vesentlig ute hos pasienten. Forløpet i en utredning vil avhenge av hvilke tilleggsproblemer som fins, men 3 – 4 besøk er ikke uvanlig. Klinikken kan ofte beholde pasienter innskrevet over lengre tid, mens tiltak prøves ut i førstelinjetjenesten. De kan så ha avtalt oppfølging for å etterprøve tiltaket etter en viss periode, hvorefter det kan være snakk om å tilrå nye tiltak, eller å avslutte saken for poliklinikkens del. Men de opplever også av og til at de rådene de gir ikke kan følges opp i praksis, på grunn av de begrensede rammene som førstelinjetjenesten arbeider under.

Pårørende

Poliklinikken har en viss kontakt med pårørende også ut over det første møtet, gjerne pr. telefon. Initiativet til slik kontakt kan komme fra begge sider. Poliklinikken ser et stort behov for bedre informasjon, mer, enklere og tydeligere, til de pårørende. De møter i en del saker pårørende som har vanskelig for å erkjenne omfanget av pasientens problemer, strekker seg veldig langt i eget omsorgsarbeid og har høy terskel for å ta imot hjelp. Dette kan ofte utspille seg i forhold til hjemmetjenestene, og poliklinikken har vært inne i tunge saker, hvor det har utviklet seg kompliserte samspillproblemer mellom pårørende og hjemmetjeneste, og de har måttet gå inn for å koordinere og veilede. Det har også vært situasjoner der hjemmetjenestenes villighet til å tåle store krav har gått alt for langt, kanskje fordi ønsket om at pasienten skal bo i eget hjem noen ganger blir tillagt alt for stor verdi. Poliklinikken ser i denne sammenhengen et tydelig behov for mer varierte bo- og omsorgsformer i bydelene.

Poliklinikken opplever gjennomgående å ha en god dialog med førstelinjetjenestene, selv om det kanskje kan fins tilfeller der de ser at de burde informert førstelinjen bedre om framdrift og utvikling i tiltak de selv har drevet for en felles pasient. De har imidlertid et tett samarbeid med de psykiatriske sykepleierne i bydelene, både på et generelt faglig plan og i forhold til enkeltpasienter. Disse sykepleierne er godt forankret i førstelinjen, og involvert i de fleste sakene poliklinikken får.

7.6 Samarbeid mellom utredningsenhet, pårørende og førstelinjetjeneste

I case 1 Østfold, finner vi at kontakten med pårørende er knyttet til *pasientutredning*, og at kontakten til førstelinjetjenesten i de ulike kommuner foreløpig er svakt utbygget.

Utredningen av demens finner til dels sted fra en geriatrisk sengeavdeling med tilknyttet poliklinikk i Halden, men i hovedsak fra poliklinikken i Sarpsborg. Mye av utredningen koordineres fra primærlegen og gjøres før besøket i poliklinikk. I poliklinikken møter pasienten sammen med pårørende. De fører samtaler med utrederne, dels sammen og dels hver for seg. Pasient og pårørende informeres samlet om undersøkelsens konklusjoner, og poliklinikken sender epikrise til henvisende lege. Dersom hjemmetjenesten ikke kjenner pasienten fra før, blir de kontaktet fra poliklinikken.

Vi ser at kommunekontakten er liten i hver enkelt pasientsak. Men det er etablert geriatriskontakter i alle kommuner, og det er disse som er tiltenkt en rolle som kunnskapsformidlere overfor førstelinjetjenesten. Disse kommunekontaktene innkalles stundom til seminarer ved poliklinikken. De skal kunne være rådgivere i kommunene i vanskelige enkeltsaker, og sammen med poliklinikken arrangere tverrfaglige kurs for leger og andre fagpersoner.

I case 2 Rogaland, finner vi også at kontakten til pårørende i hovedsak er knyttet til *pasientutredningen*, og at kommunekontakten for kompetanseoverføring er ivaretatt gjennom å opprette et *nettverk av fagfolk* i kommunene. Poliklinikken tilbyr seminar med undervisning flere ganger i året, og kontaktene skal være lokale ressurspersoner. I sammensatte saker gjennomføres det også systemmøter, som i Rosenborgsenteret.

Pasientutredningen er organisert fra primærlegen før den ev. oversendes alderspsykiatrisk seksjon med poliklinikk og sengepost. På samme måte som i case 1 innkalles pasienten sammen med pårørende, og samtaler og tester gjennomføres og oppsummeres. I mange av sakene vil klinikken ha ytterligere en kontakt gjennom senere kontroller.

Men poliklinikken arbeider også ambulant. Fagkonsulenten drar da ut og snakker med pasienter, pårørende og hjelpere i institusjon eller i hjemmet. Er pasienten hjemme, er formålet å foreta undersøkelser og vurdere ev. innlegging. Et formål med et besøk vil også være å få både informasjon fra og kontakt til dem som er rundt pasienten, og å se deres problemer. I forbindelse med besøk hos pasienter som er i institusjon, kan det gis veiledning til personalet. Poliklinikken begrenser arbeidet mot pårørende og henviser til ulike interesseforeninger, men de arbeider med planer om et opplegg rettet mot undervisning og veiledning av pårørende-grupper.

I sammensatte saker vil poliklinikken ta initiativ til et samarbeidsmøte med pårørende og hjelpeapparatet. Slike systemmøter finner sted på poliklinikken. De er i mange tilfeller like mye rettet mot å aktivere det sosiale nettverket rundt pasienten og mobilisere støtte til de nærmeste. Hvordan de arbeider i disse møtene, vet vi ikke noe om.

I case 3 Sannerud, går kontakten både til kommuner og pårørende gjennom pasientutredningen. For pasienter i poliklinikken går annenlinjetjenestens kontakt i hovedsak til de pårørende, knyttet til utredningen (som i case 1 og 2), med ev. oppfølging (kontroll). Unntaket er ved ambulante utredninger, der kontakten også går til de hjemmebaserte tjenestene, på samme måte som vi så i Rogaland.

For pasienter som henvises til utredningsposten, er kontakten til førstelinjetjenestene tettere. Det gjennomføres hjemmebesøk (forvern) før innleggingen, og i dette hjemmebesøket blir det etablert kontakt til førstelinjetjenesten. Ved utskrivning møter de pårørende, men også hjemme-tjenesten eller de ansatte ved aktuell institusjon. Her formidles innholdet i utredningen, alt fra omsorgsnivå til medisinerer. Det er annenlinjetjenesten som snakker til førstelinjetjenesten. Men møtet kan også, som i Rosenborgsenteret, inneholde tips om hvordan en får til noe, f.eks. hva som har vist seg å være lurt for å skjerme en urolig pasient. De som skal følge pasienten videre, får tilbud om veiledning og hospitering.

Både utredningsposten og poliklinikken er åpen for å gi veiledning til sykehjem og hjemmetjeneste.

I case 4 Aker sektor, er kontakten og veiledningen til bydelene knyttet til pasientutredningen. Demensutredningen foregår dels i daghospital, dels i poliklinikk og dels i innleggelse i døgnpost. Ved undersøkelse i poliklinikk har pasienten med pårørende (gjennomføring som i de andre casene). Ved innlegging av hjemmeboende, vil hjemmetjenesten normalt bli innkalt til møte, og ved utskrivning fra poliklinikk, daghospital eller sengepost vil pårørende og tjenesten bli innkalt til en utskrivingsamtale.

Kompliserte demenssituasjoner blir utredet i psykiatrisk sykehus, ved Demensutredningsavsnittet, som samarbeider tett med førstelinjetjenesten. Førstelinjetjenesten innkalles i forbindelse med innleggelse og formålet er å samarbeid om framtidig omsorgstilbud. For å sikre videreføring av de behandlingsoppleggene som er valgt, tilbyr avsnittet hospitering i noen dager for ansatte i sykehjem. Avsnittet prøver å lage gode opplegg som kan følges opp i førstelinjetjenesten, og har brukermøter med representanter for bydelen, der sykehuset kan informere om aktuelle pasienter og hva de vil trenge.

Avdelingen arbeider mot de pårørende, med samtaler under innleggingsperioden. De henvender seg først til nærmeste pårørende før de går videre. Samtalene handler bl.a. om hva de ønsker for sine pårørende, noe sykehuset bringer videre til bydelene. De forteller at det ofte er nødvendig å arbeide med de pårørendes forventninger i forhold til hva som kan oppnås og i forhold til hvilke ressurser bydelen har. Det kan se ut som at Demensutredningsavsnittet tar en helt annen rolle i relasjon til de pårørende enn Rosenborgsenteret, i og med at de ”megler” mellom pårørendes ønsker og bydelens ressurser.

Poliklinikken behandler først og fremst demens med psykiatrisk tilleggsproblematikk. Det drar normalt to personer på hjemmebesøk der de møter pasienten, de pårørende og hjelpeapparatet. Pasient og pårørende blir intervjuet delvis sammen, delvis hver for seg. Tiltakene de anbefaler kan være alt fra medisinerer til veiledning til personalet i institusjon eller støttesamtaler med pårørende. Poliklinikken går også inn for å koordinere og veilede i noen saker, hvor det har utviklet seg komplikasjoner i samspillet mellom pårørende og tjenestene.

7.7 Hvilke samarbeidsmodeller ser vi her konturene av?

Det mest påfallende ved gjennomgangen er de store ulikhetene i organisering og ressurser, men klare mønstre og likheter i tilnærmingen i samarbeid med pårørende og med førstelinjetjenesten.

Vi har ikke gått inn og sett konkret på ressursbruken. Dette er ikke vår oppgave. Ressursbruken vil variere ut fra tradisjon og prioritering, mellom poliklinikker, men spesielt mellom poliklinikker og sengeposter.

Et annet problem er at når vi her ser på metoder i utredningen, er det utredning av litt ulike pasientgrupper. Alle fire enhetene poengterer at utredning av enkle demenssaker skal skje i førstelinjen. De sakene som utredes i sykehus eller poliklinisk er mer sammensatte saker, f.eks. saker med psykiatrisk tilleggproblematikk eller atferdsavvik. Vi vet her ikke om Rosenborgsenterets saker har den samme sammensetningen. Utredning av rene demenssaker skal skje i førstelinjen, men med åpen henvisning kan det være at sammensetningen av saker blir noe annerledes på Rosenborgsenteret. Det er også noe ulike sakstyper som utredes ved de enhetene vi har vært inne og sett på.

Vi ser at utredningsarbeidet i sykehus krever mer omfattende ressurser, men også at det er noen av sykehusavdelingene/sengeposter som bruker mest ressurser på pårørende og tjenestene gjennom forvernsbesøk, hospitering/veiledning og utskrivingsamtaler. De som har mest ressurser har også de beste forutsetningene for å drive en god veiledning mot førstelinjetjenesten og godt arbeid mot de pårørende.

Kommunegrupped modellen med geriatrikontakter har flere formål. Geriatrikontaktene møtes selv til seminarer om ulike temaer. De kan i sin kommune, sammen med utredningsenheten/poliklinikken, selv arrangere seminarer for helsepersonell om demensrelaterte spørsmål. Men geriatrikontaktene vil også kunne bistå primærhelsetjenesten i sin kommune i kompliserte saker. Denne modellen var praktisert i to av våre case. I det ene tilfellet var modellen foreløpig lite utviklet. Slik vi har forstått denne tilnærmingen, treffer en i hovedsak det helsepersonellet som arbeider i sykehjem eller i tjenestene. Legene syntes å være lite med i disse kompetansenettverkene.

Veiledning knyttet til praksisfeltet er den mest omfattende og den mest brukte tilnærmingen i vårt materiale. Dette er ikke noen en-til-en veiledning. Vi kan se grepene som et forsøk på å danne ulike typer av arenaer hvor kunnskapsoverføring kan finne sted. Vi har *hjemmebesøkene*, enten som ledd i ambulant utredning eller som forvern før innlegging i institusjon, eller tilsvarende besøk hos pasienten i lokal institusjon. Her møter ansatte i spesialisthelsetjenesten hjemmetjenestene eller ansatte i institusjon, så vel som pårørende. I det ambulante arbeidet møtes partene og kan vurdere situasjonen sammen. Her kommer også arbeidet med pårørende inn. Vi så at i relasjon til tilgjengelige ressurser var dette arbeidet høyt prioritert i Rogaland.

Videre har vi tilbudene om *veiledning og hospitering* til kommunehelsepersonell i forbindelse med utredning av pasient i institusjon. Her er det den utredende sengeposten som blir veiledningsarenaen. Hva slik veiledning og hospitering mer detaljert innebærer, kan vi ut fra vårt materiale si lite om.

Endelig har vi *møter underveis* i en utredning og *utskrivingsamtaler*. Formålet her er gjerne å avtale et praktisk opplegg for pasienten før utskrivning, eller ved utskrivning å overbringe informasjon fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten og de pårørende

Ser vi på kontakten til pårørende, vil det i alle utredningsmodellene ligge pårørendekontakt i komparentsamtalene. Slik er kontakten knyttet til selve pasientarbeidet: Det er normalt at

pårørende følger pasienten til polikliniske undersøkelser eller ved innlegging i hospital. Alle enhetene hadde her klare grep på hvordan de behandlet pasient og pårørende ved undersøkelsen, og hvordan de fikk informasjon gjennom fellessamtaler og samtaler med pasient og pårørende hver for seg.

Deler av pårørendekontakten var for flere av enhetene knyttet til hjemmebesøk. Hensikten var her todelt, dels å få informasjon om pasienten, men også å skaffe seg informasjon om hvordan den pårørende hadde det. Ved sengeavdelinger kunne også utredningsenheten ha samtaler med de pårørende underveis.

Dersom utredningsenhetene finner at pårørende har problemer, vil de ofte henvise videre, til interesseforeninger eller til spesielle prosjekter. I Rogaland arbeidet de med å lage et veiledningsopplegg rettet mot pårørende. I Aker sektor gikk utredningsenheten inn mellom bydel og pårørende. Dels hadde de samtaler med de pårørende om hva de ønsket for sine, samtidig som de bearbeidet de pårørendes forventninger mht. hva bydelene kunne yte innenfor sin ressursramme. Eventuelt var de inne i ”megling” mellom pårørende og tjenestene, der det hadde oppstått samarbeidsproblemer.

Rosenborgsenteret sett i lys av andre enheter og metoder

Rosenborgsenteret og andre utredningsenheter prøver alle å gjøre ”det gode”. Vektleggingen er imidlertid forskjellig. Rosenborgsenteret møter de pårørende gjennom hjemmebesøk, gjennom komparentsamtaler og gjennom systemmøtet og førstelinjetjenesten gjennom systemmøtet, konsultasjoner og opplæring. Ser vi bare på møter og arenaer, kan det se ut som at Rosenborgsenteret gjør det samme som flere andre enheter.

Senter snakker med de pårørende i forbindelse med at pasienten følges til undersøkelse av ulik art eller til dagobservasjonsenheten (som andre steder). Men først og fremst snakker senteret med de pårørende gjennom *systemmøtet*. Her gjennomføres en prosess som sikter mot å gi ny erkjennelse og bearbeiding av relasjoner som i sin tur kan gi mulighet for de små intervensjoner som bedrer situasjonen. Vi fant at den mottakelsen og den plass de pårørende får i systemmøtet, oppleves som svært ivaretagende. De får mot slutten av møtet tilbud om å ta kontakt igjen, men det viser seg ikke å være nødvendig fra de pårørendes side i de fleste av sakene.

Det er også, slik vi har forstått det, en annen forskjell mellom Rosenborgs systemmøte og møter mellom utredningsenheten og systemet andre steder. Gjennomgående oppfatter vi at disse møtene innebærer at partene setter seg ned sammen for å drøfte og finne løsninger. Vel blir mulige løsninger drøftet på Rosenborgs systemmøte, men vekten ligger mer på hvordan de ulike parter forstår situasjonen, og på deres problemer og bekymringer. Systemmøtet er ikke i samme grad et saksorientert diskusjonsmøte mellom parter. Rosenborgsenteret prøver ikke (som Akers alderspsykiatriske avdeling) å ”mogle” mellom tjenesten og de pårørende, verken knyttet til tilbud og ressurser eller ved samarbeidsproblemer.

Vi har her ikke kunnet observerte i de andre enhetens møter, men ut fra intervjuene og våre observasjoner i Rosenborgsenteret, er det grunn til å tro at *utredningsenhetene i ”de samme” møtene, ikke gjør det samme. Det dreier seg om en ytre formlikhet*. Det er her metodene som leder utførelsen har betydning. Det er derfor viktig i videre arbeid å se på *innholdet i møtene og metodene*. Metoder, utredningsprosesser osv kan se like ut eller omtales ved de samme begreper (f.eks nettverksmøter og komparentsamtaler) uten at de har det samme innholdet. Ved metodeutvikling er det viktig å se bak begrepene.

Rosenborgsenteret – mot en bredere kontaktflate til førstelinjetjenesten?

Ser vi på forholdet til tjenestene, foregår kunnskapsoverføring tett knyttet til pasientutredningen. Systemmøtet blir derfor sentralt også i denne relasjonen. Som vi har pekt på tidligere kan denne kontakten bli noe ”tynn”, fordi det kan gå lang tid mellom hver gang den enkelte ansatte møter i senteret i en klientsak. Ansatte som har vært i tjenesten i mange år, behøver ikke å ha vært på senteret. Noen av tjenesteutøverne som har møtt har også opplevd møtet som litt vanskelig, fordi de hadde problemer med sin rolle i møtet. Flere tjenesteutøvere kunne hatt glede av å møte Rosenborgsenteret på sin egen arena, f.eks. knyttet til hjemmebesøk, slik noen andre praktiserer.

Går vi til slutt tilbake til overføring av kunnskap og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, vil vi peke på at det finnes ulike læringsformer: Primærhelsetjenesten kan kurses, de kan bearbeides i møter gjennom kommunikative prosesser, partene kan møtes i saksorienterte drøftingsmøter, og de kan møtes i praktiske situasjoner knyttet til pasientarbeidet. Vi har sett at noen enheter nytter hospitering og forvernsbesøk til å trekke med hjemmetjenesten eller sykehjemspersonalet, og slik lager mulige læringsarenaer knyttet nært til pasientarbeidet. Vi vet lite om innholdet i disse møtene, om det faktiske opplegget og om hvordan disse møtene fungerer for primærhelsetjenesten.

Men vi vil her peke på at hospitering, det å arbeide sammen, ev. å gå på hjemmebesøk sammen, er en helt annen læringssituasjon enn å bli kurset eller fortalt ting. Kunnskap om demens er ikke bare en teoretisk kunnskap. Det handler om å bruke kunnskapen i et praksisfelt knyttet til å vurdere det en opplever, og knyttet til å finne praktiske opplegg på hverdagslivsproblemer som oppstår ved demens. Det er i flere fag blitt mye snakk om ”taus kunnskap” (se Molander 1993). Det betyr ikke at det finnes en hemmelig kunnskap eller en kunnskap som ikke kan uttrykkes. Men det viser til at vi ikke kan lære gjennomføring/praktisk arbeid bare gjennom å lære regler eller gjennom å lære elementer eller deler. Hos den kyndige praktikerer ligger kunnskapen i måten en gjør det på. Den kyndige kan improvisere og endre og er handlingsdyktig – kunnskapen finnes i praksisen, ikke bare i en bakenforliggende teori (om demens eller *om* praksis). Gjennom å samarbeide med og se på og etterlikne den kyndige praktikerer, henter vi også opp kunnskap. Dette er en form for kunnskapsoverføring som vi ikke problematiserer når det er håndverkskunnskap som skal overføres. Det vi ofte overser er at også ”teoretisk” kunnskap har en praktisk side, alt fra demenskunnskap til skriving av forskningsrapporter er praktisk arbeid som skal utføres. Det kunne derfor være en idé for Rosenborgsenteret å utvide sin kontakt og kunnskapsoverføring til førstelinjetjenesten gjennom å nytte også andre arenaer for samarbeid enn systemmøtet. Vi vet at Rosenborgsenteret i noen grad har nyttet hospitering og slik sett er dette ikke noe nytt. Det som i tillegg kunne være aktuelt, er økt bruk av hjemmebesøk, der også ansatte i tjenestene deltok.

Litteratur

- Almås, Reidar (1990): *Evaluering på norsk. Ei innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsretta forskning*. Universitetsforlaget
- Aursand, Kari (1998): *Familieterapeutiske metoder i arbeidet med pårørende og hjelpere til demente*. Bidrag til nordisk Kongress i Gerontologi 24-27 mai 1998. Rosenborgteamet
- Ausland, Invild Rydjord og Jan Høyesteren (1993) "Utredning av hjemmeboende aldersdemente, utredning i sykehus" .Sykepleien Fag, nr 4
- Brenden, Ann-Kristin og Liv Sørbye Wergeland (2000) "Kan forsterket hjemmetjeneste hindre innleggelse i sykehjem? I tidsskriftet *Sykepleien* 3/2000
- Brinkmann, Johannes (1991): *Sosiologiske grunnbegreper*. Ad Notam
- Christensen, Karen (2001): "Mellem politikken og folket. De sociale tjenesters græsrodsbureaukrater og deres fordelingspraksis" i *Tidsskrift for Velferdsforskning* vol 4 nr 4 222-238. Universitetsforlaget
- Dale, Merete (1999): Sykehjemsplasser tildeles etter skjønn. I *Tidsskriftet Sykepleien* 12/199
- Denzin, Norman K. (1970): *The Research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine Publishing Company, Chicago
- Eriksen, Erik Oddvar (1993): *Grenser for staten? Om makt, penger og kommunikasjon som styringsinstrumenter*. Universitetsforlaget
- Herr, John J. og John H. Weakland (1979): *Counseling Elders and their Families*. Practical Techniques for Applied Gerontology. Springer publishing company. New York
- Høyesteren, Jan (1998): *Rosenborgprosjektet. Utredning og behandling av hjemmeboende aldersdemente i somatiske lokalsykehus*. Erfaringer fra et 3-årig prosjekt ved Menighetssøsterhjemmets sykehus høsten 1990 – våren 1993. Sosial- og helsedepartementets utviklingsprogram om aldersdemens. Rapport nr. 19. INFO-banken 1998
- Imber-Black, Evan (1988): *Families and larger Systems: A Family Therapists Guide Through the Labyrinth*.
- Johansen, Lars og Knut Løyland (red) (2001): *Effektivitet i offentlig og privat virksomhet*. Prinsipielle betraktninger og empiriske resultater. Rapport nr. 185 Telemarksforskning, Bø
- Kjellberg, Francesco og Marit Reitan (1995) *Studiet av offentlig politikk*. TANO
- Langslet, Gro Johnsrud (2000): *LØFT. Løsningsfokusert tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning*. ad Notam. Gyldendal
- Leeuw, Frans L., Ray C. Rist and Richard C. Sonnichsen (1994): *Can Governments Learn? Comparative perspectives on Evaluation and Organizational Learning*. Transaction Publishers. New Brunswick and London
- Mead, George Herbert (1934) *Mind, Self and Society*. University of Chicago Press
- Molander, Leif og Hanne Bogen (2001) *Konkurransesetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner – muligheter og begrensinger*. Fafo-rapport 351. Oslo
- Munz, Tone Simonsen og Jan Høyesteren (1993): "Hjemmeboende med aldersdemens – Behandlingsmetoder for familieterapi". *Sykepleie Fag*, 81, nr 5
- Nordberg, Erik A. (2000): *Organisering av den alderspsykiatriske helsetjenesten*. Nasjonalt senter for aldersdemens
- Rønning, Rolf (1986) *Eldre i nærmiljøet*. Om forholdet mellom offentlig og privat eldeomsorg. TANO
- Sosial- og helsedepartementet (1996) *Nasjonalt kompetansesenter om aldersdemens*. En utredning.

Sosial- og helsedepartementet: Stortingsmelding nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000

Snell, Helle (1996): *Hvis vi bare forstod.. Et bedre nettverk for demente i eget hjem* Dafolo forlag

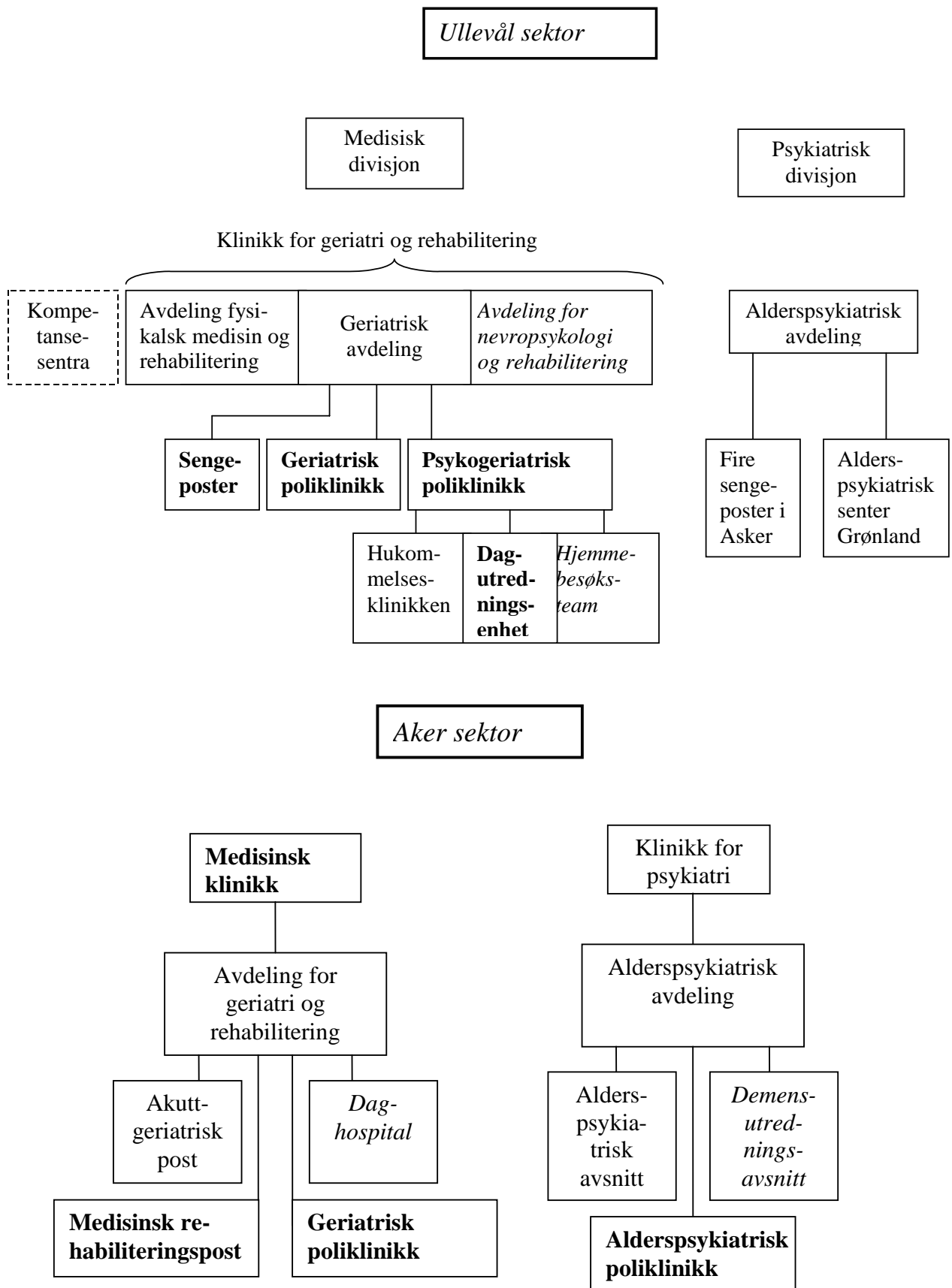
Stortingsmelding

Sverdrup, Sidsel M. (1997): *Evaluering. Faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget

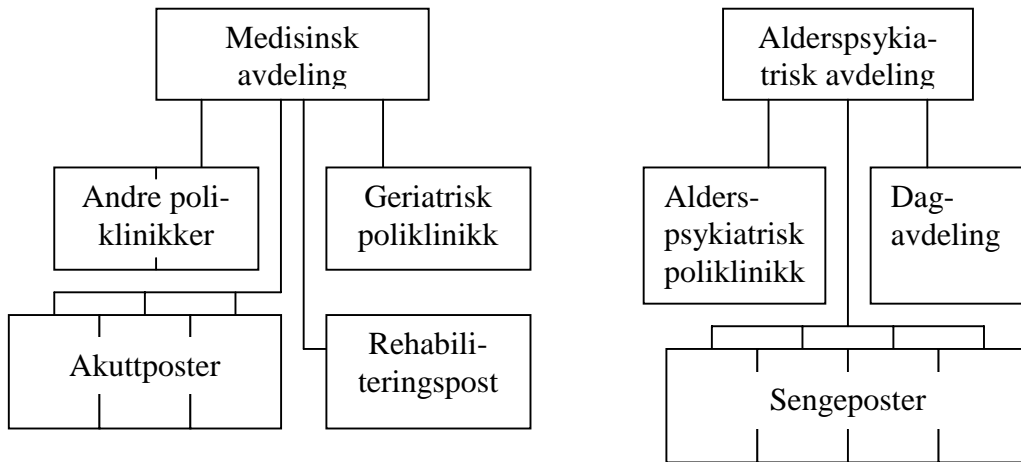
Wergeland, Liv Sørbye og Ann-Kristin Brenden (1999): *Evalueringsrapport*.

Hjemmetjenesten et reelt alternativ til sykehjem i Ullern bydel. Diakonhjemmets høgskolesenter. Arbeidsrapport desember 1999

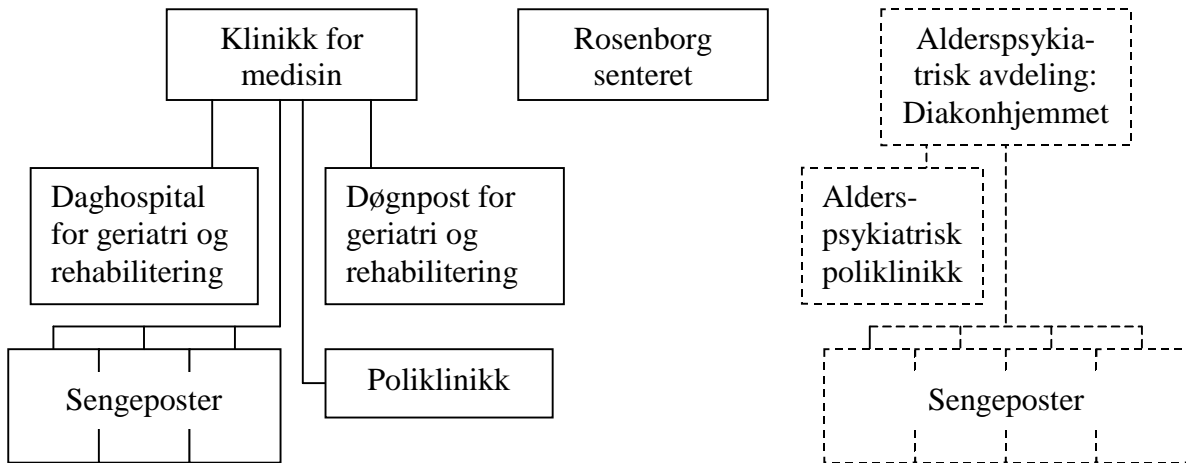
Vedlegg 1



Diakonhjemmet sektor



Lovisenberg sektor



Vedlegg 2

Oversikt over bydelenes tilbud til eldre, bydelenes utvikling og bydelenes organisering og tildeling av institusjonsplasser og tjenester

Vedlegget bygger på samtaler i bydelenes bestillerseksjoner, samt foreliggende materiale. Når det gjelder organisasjonsstruktur, plasser i institusjoner og bemanning, skjer det hele tiden mange endringer, og beskrivelsens data er innhentet i hovedsak senhøsten 2001. På noen punkter er det tatt inn noe informasjon vi har fått gjennom intervjuer med utførere.

Bydel St. Hanshaugen – Ullevål.¹⁸

1 Bydelens tilbud til de eldre

Bydelen har 30 eldreboliger, 13 aldershjemplasser og 15 forsterkede aldershjemplasser (Lindern eldrekollektiv). Bydelen har 11 omsorgsboliger ved Adamstuen omsorgssenter (tidligere plasser i en sykehjemsavdeling, som i 2001 er gjort om til boliger).

Bydelen har to private og et kommunalt sykehjem/omsorgssenter med til sammen 296 plasser, fordelt på somatisk sykehjem, skjermet avdeling og plasser for rehabilitering. De private institusjonene Kathinka Guldborg-senteret og St. Hanshaugen Omsorgssenter har henholdsvis 89 og 187 plasser, mens Adamstuen bo- og omsorgssenter har 20 plasser. Det samlede tilbudet utgjorde i 2002 185 sykehjemsplasser, 45 skjermede plasser, 32 korttidsplasser, ni korttidsplasser for demente, 10 plasser for alderspsykiatriske pasienter og 15 plasser for døve.

Bydelen har tre dagsentre med til sammen 64 plasser. Av disse er 13 tilrettelagt for demente og fire for døve. Det planlegges en betydelig økning i antall omsorgsboliger de nærmeste årene, blant annet er LHL Boligselskapet AS (eiet av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke) i gang med å bygge 24 boliger som skal ferdigstilles neste år.

2 Utviklingen i bydelen

Bydel Ullevål-St.Hanshaugen har betydelig høyere andel eldre i befolkningen enn Oslo sett under ett, men prognosene tilsier at andelen vil synke relativt raskt. Dette er en del av grunnlaget for at det satses bevisst på å redusere bruken av aldershjem og sykehjem. Fra 2001 til 2002 er antallet egendrevne sykehjemsplasser redusert med 35, i det 32 plasser er nedlagt mens 3 dobbeltrom er gjort om til enkeltrom ved Cathinka Guldborg-senteret.

3 Bydelens organisering av sine tjenester

Søknads- og informasjonskontoret

Det ble innført en bestiller-utførermodeell innen dette tjenesteområdet i 1998.

Bestillerenheten kalles her for "Søker og informasjonskontoret" (SIK). Enheten har 10, 5 stillinger, derav tre sykepleiere, to hjelpepleiere, en koordinator for demensomsorgen

¹⁸ Dette notatet bygger på intervju med Helga Katharina Haug og Reidun Strøm, samt notat/data av 26.09.2002 og Budsjett pr. kostnadssted for 2002. Pleie-, rehabiliterings- og omsorgsavdelingen, Bydel St. Hanshaugen-Ullevål.

(sykepleier), ½ stilling for ergoterapeut, sekretær, tre konsulenter (økonomi, PRO og IT). En av sykepleierne er leder for enheten.

Enheden har ansvaret for fordeling av alders- og sykehjemsplassene og for vedtak om tildeling av hjemmesykepleie. Videre skal søknader om dagsenterplass, trygdebolig, omsorgsbolig, korttidsplass, rehabiliteringsplass og avlastningsopphold behandles her. Enheden behandler også søknader om omsorgslønn, kontaktstønad, personlig assistent og støttekontakt.

Utførerenheten

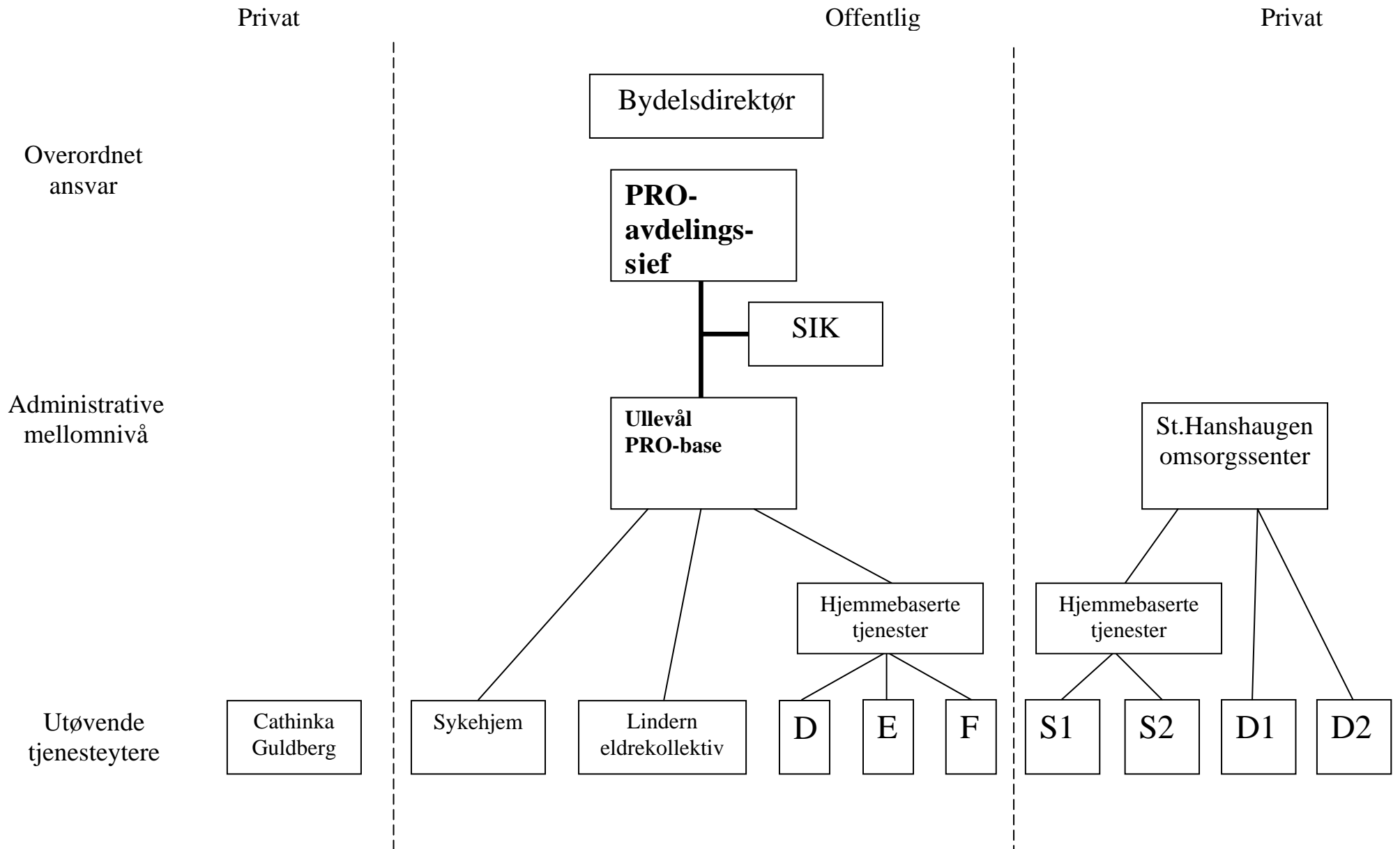
Av modellen går det fram at vi kan se bydelen som delt i tre utførerenheter, to private og en offentlig.

Den offentlige driften ligger under Ullevål PRO-base. Denne driver Adamstuen bo- og servicesenter (et sykehjem med noen aldershjemsplasser og tilknyttede omsorgsboliger), Lindern eldrekollektiv med aldershjemsplasser og dagsenter, samt hjemmebaserte tjenester. Tjenestene er organisert i tre grupper, D, E og F.

Kathinka Guldborg-senteret er eid av Stiftelsen Diakonissehuset. Hjemmet har sykehjemsplasser (herunder noen korttids- og rehabiliteringsplasser), aldershjemsplasser og et dagsenter.

St. Hanshaugen omsorgssenter er en tidligere kommunal driftsenhet som har vært konkurranseutsatt og driver nå i egen regi. Hjemmet har sykehjemsplasser, plasser i skjermet avdeling, rehabilitering og et dagsenter. Under sykehjemmet ligger også to demensposter D1 og D2.

Her ligger også bydelens andre base for hjemmebaserte tjenester. Dette distriktet er delt i to grupper, S1 og S2.



4 Kriterier og prosesser ved tildeling av sykehjemsplasser og tjenester

4.1 Sykehjemsplasser

Kriterier

Det foreligger kriterier for inntak til sykehjem¹⁹ som omhandler ulike forhold, også krav til prosedyre og beslutningsprosess. Under kravene til prosedyre heter det at hver bydel selv organiserer sine vedtaksorgan og utarbeider egne prosedyrer innenfor rammen av disse kriteriene.

Bydelen har kriterier, men de arbeider nå videre med dette kriteriesettet. To forhold tillegges i praksis stor vekt, pasientens sikkerhet og problemer i relasjon til naboer og pårørende. Med sikkerhet tenker en her på ulike forhold, som at pasienten tar til seg mat, kan finne tilbake der han eller hun bor o.l.

Prosedyre

SIK får henvendelser til inntaksmøtet om brukere som en er bekymret for. Henvendelsen kan komme fra sykehus, pårørende eller leger. En saksbehandler, gjerne demenskoordinatoren i SIK, går ut på vurderingsbesøk. Er det en ukjent søker, går SIK alene. Er det en kjent bruker, kan det være at en fra utførerenheten er med på vurderingsbesøket.

Ved en sykehjemsvurdering ser de etter hva som foreligger av opplysninger. Normalt skal det ligge ved en legeerklæring, ikke eldre enn seks måneder. Det skal fylles ut et skjema som sier litt om pasientens historie, om funksjonsnivå, en faglig vurdering. Ofte vil det foreligge en sykepleierrapport. Her finnes det flere maler, men den skal si noe om status mht. grunnleggende behov, som ernæring, hygiene, sikkerhet o.l. Slike rapporter blir innhentet når en pasient har vært innlagt i sykehus eller vært på avlasting. Videre innhenter SIK informasjon fra familie og ev. fra utredningsinstitusjoner, som Rosenborgsenteret.

4.2 Utredning ved mistanke om begynnende senil demens

Ønsket eller behovet for utredning kan meldes inn for Søk- og informasjonskontoret (SIK). Anmodningen kan komme fra hjemmetjenesten, ved at eldresenteret tar kontakt eller pårørende eller naboer kan melde inn bekymring. SIK tar kontakt med pasientens primærlege.

Komplekse saker søkes inn for Rosenborgsenteret. I slike saker er det mye å ta stilling til og ofte aktive pårørende. I senterets nettverksmøte møter to fra bydelen, en fra bestiller- og en fra utførerenheten. Normalt vil primærkontakten fra utførerenheten møte. I vanskelige saker møter nestleder i gruppen. I utredningen av slike saker kobles demenskoordinator (SIK) inn i saken, ev. hjelpepleier (SIK) med spesiell kompetanse i relasjon til demens.

Når bydelen får utredning tilbake, går den både til utførerseksjonen og til SIK.

Rosenborgsenteret brukes også som rådgiver for de hjemmebaserte tjenestene i vanskelige saker, forutsatt at saken er utredet. Når de utførende sliter med brukersaker, vil de bli rådet til å ta kontakt med senteret. Det kan være dialog om enkeltproblemer utenom senterets systemmøter.

¹⁹ "Kriterier for inntak i sykehjem og andre heldøgns omsorgstilbud". Vedlegg 1

Bydel Grünerløkka – Sofienberg.²⁰

1 Bydelens tilbud til eldre

Bydelen har i 2001 bolig-, institusjons- og omsorgstjenestetilbud til eldre, samt en oppsøkende sosionomtjeneste (personer over 60 år).

Bydelen har 167 trygdeboliger, 52 omsorgsboliger og aldershjemsplasser tilsvarende en avdeling i et sykehjem, samt 11 serviceboliger.

Bydelen har to kommunale og ett privat sykehjem. Disse hjemmene har samlet 255 plasser, medregnet den avdelingen som har aldershjemsplasser. Ett av sykehjemmene har også en rehabiliteringsavdeling som dekker hele bydelen. Det er i bydelen god kapasitet på sykehjemsplasser. Ventelisten utgjør normalt 5-10 personer.

Bydelen har to eldresentre, som begge er private, med ca. 100 innskrevne brukere pr. år. Hvert senter kan ta 20-30 brukere pr. dag. Ett eies av Sanitetsforeningen og ett av Bymisjonen. Ved Bymisjonens eldresenter, Engelsborg, er det stasjonert fem sosionomer som spesielt skal yte tjenester til personer over 60 år. Denne sosionomtjenesten er en oppsøkende stilling, i tillegg til å yte vanlig sosionomhjelp. Dette fordi denne aldersgruppen skal stå i kø på sosialkontoret.

Bydelen driver også to eldresentre med ca. 20 innskrevne brukere pr. senter og pr. dag. Bydelen har ingen spesielle tilbud til demente, og det kan derfor i den enkelte avdelingen være en lett blanding av klare og mindre klare.

Hovinveien er eget tjenestested i utførerseksjonen og har åtte omsorgsboliger for psykisk utviklingshemmede/psykiatri.

2 Utviklingen i bydelen

Den demografiske utviklingen i bydelen har ført til at det vil være en nedgang i bydelens overføringer innenfor funksjonsområdet, som tiltak for eldre sorterer under. Samtidig som en har fått store organisatoriske endringer i styringen av omsorgstjenester, har også andelen eldre og etterspørselen etter tjenester endret seg. Det har vært en svak nedgang i antallet brukere av de hjemmebaserte tjenestene av brukere over 67 år (Budsjett 2000). Samtidig har det vært en økning i antallet yngre, kostnadskrevende brukere og brukere med psykiatri/rusproblemer.

Fra 2000 til 2001 skjedde det en nedbemanning i de hjemmebaserte tjenestene med 20 stillinger. I overgangen har det vært en del uro, og noe gjennomtrekk av personell. Noen valgte å slutte i fjor. Det er i 2001 blitt roligere og avgangen er mindre. Men tjenestene sliter med et høyt sykefravær, spesielt landtidssykemeldte.

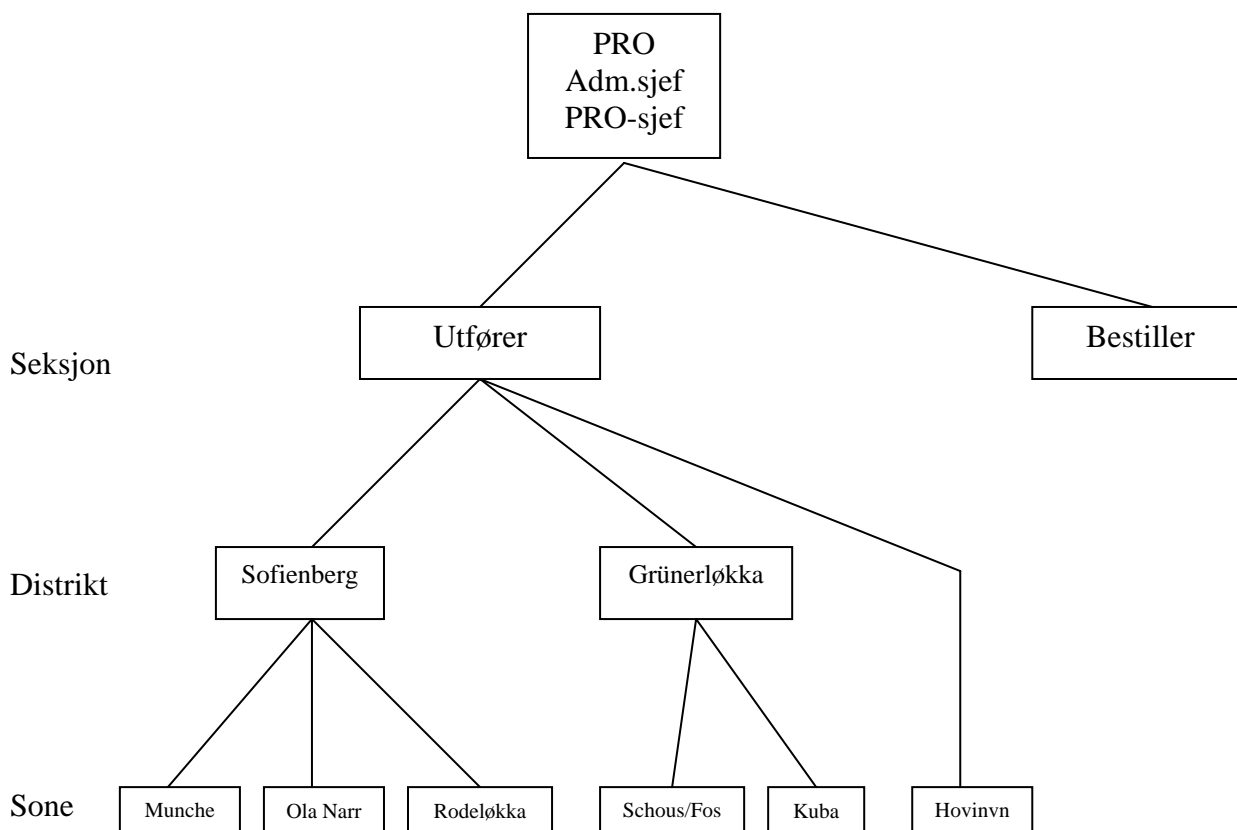
Bydelen selger sykehjemsplasser til andre bydeler. De har sjelden mange klienter i sykehjemskø, ca. 5-10 klienter. Samtidig er det en stor gruppe arbeidskrevende klienter i de hjemmebaserte tjenestene som ikke selv ønsker sykehjem.

²⁰ Dette notatet bygger på intervjuer med soneleder og sykepleier Åse Johansen og konsulent ved bestillerkontoret, Sissel Kvile og bydelens budsjett for år 2001, samt "Kriterier for inntak i sykehjem og andre heldøgnsinstitusjoner", samt "Forslag til felles kriterier" for distrikt 2, bydel 5.

3 Bydelens organisering av sine tjenester

Fra og med 2001 har bydelen organisert i bestiller-utførermodell, noe som endrer relasjonene mellom klient, hjelpere og beslutninger.

Bestiller-utførermodell



Bestillerenheten

Bestillerenheten har 10 stillinger, derav tre sykepleiere, tre sosionomer, en ergoterapeut, en miljøarbeider og to som tidligere har arbeidet som hjemmehjelpere. Sykepleierne har ansvaret for fordeling av alders- og sykehjempllassene og vedtak om tildeling av hjemmesykepleie. De tidligere hjemmehjelperne gjør vedtak om tildeling av hjemmehjelpertjenester. Her behandles også søknader om omsorgslønn, kontaktstønad, personlig assistent og støttekontakt. Og også søknader om dagsenterplass, trygdebolig, omsorgsbolig og servicebolig. Vedtak om korttids-plass, rehabiliteringsplass og avlastningsopphold tildeles i samarbeid med utførerensheten. Her foregår også klagebehandlingen.

Utførerensheten

Utførerseksjonen har to distrikter som organiserer de hjemmebaserte tjenestene, Sofienberg og Grünerløkka distrikter. Sofienberg distrikt er delt i tre soner og Grünerløkka i to soner. Hver sone har en soneleder som er sykepleier og en assisterende soneleder som er tidligere hjemmehjelpsleder. Sofienberg distrikt har pr. 15.10.01 75 ansatte og Grünerløkka distrikt 49 ansatte. Samlet hadde de hjemmebaserte tjenestene ca. 800 klienter.

De hjemmebaserte tjenestene er (foreløpig) ikke konkurranseutsatt og driftes av bydelen. Bydelsutvalget (BU) ønsker å vurdere å konkurranseutsette hele eller deler av de hjemmebaserte tjenestene. Denne saken er under arbeid.

4 Kriterier og prosessen ved tildeling av plasser/tjenester

4.1 Sykehjemsplass

Kriterier

Det foreligger kriterier for inntak til sykehjem²¹ som omhandler ulike forhold, også krav til prosedyre og beslutningsprosess. Under kravene til prosedyre heter det at hver bydel selv organiserer sine vedtaksorganer og utarbeider egne prosedyrer innenfor rammen av disse kriteriene.

Bydel 5 har utarbeidet forslag til felles kriterier²² knyttet til inntak for sykehjem. Bydelen legger vekt på at alle andre tilbud skal være prøvd før bydelen godkjenner sykehjemssøknad. Klienten skal ha trygghetsalarm, hatt tilbud om dagsenter/korttidsopphold/avlastning og rehabilitering, fått nødvendige hjelpemidler og tilrettelegging i boligen, og tilbud om hjemmebaserte tjenester inntil fem ganger i døgnet. Ved mental reduksjon skal denne utredes av Rosenborgsenteret med sikte på å finne riktig tilbud, så raskt som mulig.

Prosedyre

Ved søknad om syke-/aldershjemsplass går denne til bestillerenheten. Denne enheten innhenter en evaluering/sykepleier rapport, opptatt i hjemmet, informasjon fra lege og ev. Rosenborgsenterets vurdering.

Inntakstemaet består av sykepleier (som ofte har utarbeidet rapporten), bydelsoverlege og leder ved bestillerenheten. Fram til nå har det vært leder ved de hjemmebaserte tjenestene i klientens sone som har laget saksutredningen. Men fortsatt har soneleder mulighet til selv å legge fram søknaden for teamet.

I saker der det vil være aktuelt med utredning fra Rosenborgsenteret, vil det oftest være hjemmetjenesten som bestiller på systemmøtet, og rapporten fra Rosenborgsenteret går til dem og derfra til bestillerenheten. Primærlegen eller pårørende tar også ofte direkte kontakt med Rosenborgsenteret.

4.2 Hjemmesykepleie/hjemmehjelp

Ved søknad om hjemmesykepleie/hjemmehjelp skal søknaden sendes bestillerenheten. Dersom det er en ny bruker, foretar konsulenten ved bestillerenheten et vurderingsbesøk og fatter et vedtak på bakgrunn av observert behov. Ved førstegangsbesøk brukes et vurderings-skjema. Når brukerne er kjent, går bestillerkontoret til utfører og ber om en vurderingsrapport. Ved hastesaker kontaktes utfører enheten på telefon og nødvendig informasjon/data legges inn på data. Vanligvis vil søknader bli tatt opp på et ukentlig fellesmøte.

Her behandles også revurdering av vedtak. Utfører enheten lager tiltaksplan i forhold til behovet og melder via data endringer som vil kreve ev. ny vurdering innen vedtaksperioden.

²¹ "Kriterier for inntak i sykehjem og andre heldøgns omsorgstilbud". Vedlegg 1

²² Internt notat av 11.02.98

Vedtaksperioden kan variere fra fire uker til maksimum seks måneder. I hver sak oppnevnes det en primærkontakt så snart som mulig.

4.3 Korttidsplasser, rehabilitering og avlastingsplasser

Korttidsplasser, rehabilitering og avlastingsplasser tas opp på eget inntaksmøte, hvor representantene fra bestillerseksjonen samarbeider tett med soneleder på utførerrenheten.

Det kan være spesielle hastesaker, f.eks. ”vandrerer”. I slike saker er bydelen rask med å gi tilbud om korttidsplass, normalt tre uker, men den kan utvides. Rehabiliteringsopphold gis som oftest for fem til seks uker.

4.4 Annet

Sosionomtjenesten ved Engelsborg mottar søknader om trygghetsalarm og søknader om bolig (omsorgsbolig og trygdebolig) og innstiller overfor bestillerenheten.

4.5 Utredning av begynnende demens

Mistanken om demens og utredning av tilstanden kan komme i stand på ulike måter. Ofte har klienten hjemmehjelp og situasjonen er blitt observert over lang tid. De kan også få henvendelse fra primærleger i forbindelse med at klienten har vært til legekontroll.

Også de pårørende kan henvende seg til hjemmetjenesten når det oppstår store endringer hos klienten. Ofte gjør bydelen sammen med de pårørende en vurdering, f.eks. å be om utredning ved Rosenborgsenteret, eller går veien om primærlegen, som henviser videre til Rosenborgsenteret

Alternativt kan psykiatrisk sykepleier gå inn og gjøre en vurdering, eller klienten blir tilbudt en korttidsplass i institusjon..

For klienter som er ukjente for de hjemmebaserte tjenestene, tar de pårørende ofte selv kontakt med Rosenborgsenteret.

Kontakten til Rosenborgsenteret går gjennom utførerseksjonen. Det er litt forskjellig hvem som møter i systemmøtene i Rosenborgsenteret, men det er vanlig at den som har primærkontakt med pasienten møter, ev. sammen med soneleder. Det vil bare være aktuelt for bestillerkontoret å møte i tilfeller der brukerne ikke tidligere er kjent for tjenesten. Bestillerkontoret ser det ikke som hensiktsmessig å gå inn i drøfting av tiltakene i detalj. De kan heller ikke love tiltak/ressurser i møtet, men må uansett fremme saksframlegg for vedtak i inntaksteamet.

Bydel Gamle Oslo.²³

1 Bydelens tilbud til de eldre

Bydelen har 32 eldreleiligheter og 142 trygdeleiligheter, samt 12 omsorgsboliger.

Bydelen har ett kommunalt og tre private sykehjem. Villa Enerhaugen er et kommunalt sykehjem med 41 plasser for rehabilitering. St. Halvardhjemmet, Kampen bo- og omsorgssenter og Vålerenga bo- og servicesenter er alle eid av Kirkens Bymisjon. Disse sykehjemmene hadde i 2000 213 plasser, samt 25 plasser i skjermet avdeling²⁴. Av disse plassene brukte bydelen 191 sykehjems plasser til egen befolkning²⁵. Gjennom året har det i gjennomsnitt vært ledig 20 plasser i bydelens sykehjem pga. manglende etterspørsel fra andre bydeler.²⁶

Bydelen har tre dagsentra: Villa Enerhaugen hadde i 2000 to avskilte dagsenter. Ett for senil demente med kapasitet til fem stykker pr. dag. Personene som fikk plass på dette dagsenteret skulle være utredet for demens. Det andre dagsenteret kan ta i mot 12 personer daglig. Videre hadde Vålerenga bo- og servicesenter dagsenter med 14 plasser.

Bydelen har fire eldresentra, derav ett flerkulturelt senter. Ett av dem var i privat eie og drift.

Hjemmetjenesten er organisert i tre enheter, hver enhet med en felles leder. Omtrent 300 brukere mottar praktisk bistand og ca. 100 brukere mottar hjemmesykepleie. 235 av disse brukerne mottar begge tjenestene²⁷.

2 Utviklingen i bydelen

Antallet eldre over 67 år i bydelen er avtagende, samtidig som det er en betydelig vekst i gruppen yngre funksjonshemmede med betydelig hjelpebehov. Ventelistene til trygde- og eldreboliger har gått ned, og bydelen forventer at behovet for eldreboliger er avtagende. Bydelen har på grunn av utviklingen i antallet eldre redusert sin driftsstøtte til eldresentrene. Den demografiske utviklingen vil føre til en viss reduksjon i antallet sykehjems plasser som bydelen benytter.

3 Bydelens organisering av sine tjenester

Bydelens hjemmebaserte tjenester ble omorganisert fra 01.01.2001. Tjenesten er organisert ut fra en variant av bestiller-utførermodellen. Bestillerfunksjonen ligger i egen enhet, kalt saksbehandlerstaben med leder og fem medarbeidere. Her legger de vekt på saksbehandlerkompetanse, som innebærer kompetanse i jus og offentlig forvaltning. Ved søknader utreder ikke saksbehandlerstaben selv, men bestiller faglige vurderinger fra enhetene. Det innebærer at drift av tjenester og bestillerfunksjonen ikke er helt atskilt.

²³ Dette notatet bygger på samtale med og data fra Ann Evelyn Bergli, konsulent ved helse-sosial-avdelingen, bestillerseksjonen og Budsjett for Bydel Gamle Oslo 2001.

²⁴ Kostnadstall for eldeomsorgsinstitusjoner 2000, 27.06.01 Byrådsavdeling for eldre og bydelene

²⁵ Budsjett for Bydel Gamle Oslo 2001, s. 43

²⁶ Budsjett for Bydel Gamle Oslo 2001, s. 43

²⁷ Budsjett for Bydel Gamle Oslo 2001, s. 46

I hjemmetjenesten er det opprettet tre enheter, Vålerenga, Grønland og Tøyen enhet. Her arbeider det personer med ulik faglig kompetanse, som sykepleier, psykiatrisk sykepleier, fysio- og ergoterapeut, aktivitør, omsorgsarbeider, hjelpepleier og hjemmehjelper.

Bydelen har også et oppsøkende fagteam innen psykiatri. Teamet er organisert i stab til seksjonsleder.

4 Kriterier og prosesser ved tildeling av sykehjemsplasser og tjenester

4.1 Sykehjemsplasser

Kriterier

Det foreligger kriterier for inntak til sykehjem²⁸ som omhandler ulike forhold, også krav til prosedyre og beslutningsprosess. Under kravene til prosedyre heter det at hver bydel selv organiserer sine vedtaksorganer og utarbeider egne prosedyrer innenfor rammen av disse kriteriene.

Alternative tiltak må være utprøvd før en søker blir vurdert til sykehjem. For at vedtaket om inntak til fast plass i sykehjem skal kunne fattes, må gjennomgangen av søknaden kunne oppsummeres i følgende konklusjon: Søkerens permanente fysiske og/eller mentale funksjonstap tilsier at pleie- og omsorgsbehovet må ivaretas i sykehjem og at alternative tiltak ikke kan kompensere for et inntak i heldøgns pleie og omsorg.

Prosedyre

Ved søknad om sykehjemsplass, bestilles det en utredning fra den aktuelle enheten i de hjemmebaserte tjenestene (sykepleier rapport).

Sykehjemssøknader som skal til saksbehandling må inneholde søknad undertegnet av personen selv, ev. verge, likningsattest, legeopplysninger ikke eldre enn tre måneder, sykepleier rapport gjort av bydelen, hjemmetjenesten, og funksjonsvurdering.

For å sikre at sykehjem innvilges til de som trenger og ønsker det mest, skal hjemmehjelp, hjemmesykepleie, trygghetsalarm, ergo- og fysioterapi, tilpasset bolig/omsorgsbolig være vurdert eller utprøvd.

Rosenborgsenteret blir ikke nødvendigvis kontaktet for utredning når det gjelder ordinære sykehjemsplasser. Men når bydelen skal innvilge fast plass på skjermet enhet, så skal søker være utredet og diagnostisert senil dement. Ellers er utredningene fra Rosenborgsenteret en av flere faglige uttalelser som danner bakgrunn for vurdering av omsorgsnivå og tilbud av tjenester.

4.2 Hjemmesykepleie/hjemmehjelp

For å få innvilget hjelp til praktisk bistand må søker ha et *særlig* hjelpebehov på grunn av funksjonshemming eller sykdom. Søker må være ute av stand til å dra omsorg for seg selv, eller være helt avhengig av praktisk, eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål.

²⁸ "Kriterier for inntak i sykehjem og andre heldøgns omsorgstilbud". Vedlegg 1

Ved søknad om hjemmehjelp legger en vekt på at pasienten ikke lenger klarer praktiske ting, som matinnkjøp, vask og stell av tøy o.l. og/eller mangler pårørende som kan følge til lege/tannlege eller at de pårørende har tyngende omsorgsarbeid.

Når det gjelder hjemmesykepleie skal også søker ha et særlig hjelpebehov, og i tillegg må søker ha en akutt eller kronisk sykdom/funksjonshemming, som medfører behov for sykepleie i eget hjem/eller der hvor søker oppholder seg. For å få tildelt hjemmesykepleie, legges det vekt på forhold knyttet til nettverket og til pasienten. En vurderer avlastning for pårørende og pasientens mentale tilstand, at tjenesten kan opprettholde eller vedlikeholde pasientens funksjonsnivå slik at en forebygger innlegging i institusjon, behovet for hjelp til medisiner og behov for pleie og praktisk bistand.

Saksbehandlerstaben mottar søknader og fatter vedtak.

4.3 Korttidsplasser, rehabilitering og avlastingsplasser

For tildeling av rehabiliteringsplass må det foreligge medisinsk utredning, samt vurdering fra aktuelt helsepersonell. Aktuelt helsepersonell i denne sammenhengen kan være ansatte i hjemmetjenesten, ikke bare sykepleierne, men fysioterapeutene, ergoterapeutene eller andre, eller det kan være ansatte på Villa Enerhaugen som gjør den faglige vurderingen. Faglig vurdering kan også komme fra andre institusjoner, som for eksempel sykehusene. Det er opp til saksbehandlerne å være sikker på at de har et faglig godt nok grunnlag til å fatte vedtak. De kan i prinsippet bestille en faglig vurdering fra hvem de vil/finder hensiktsmessig.

4.4 Utredning ved mistanke om begynnende senil demens

Det settes i gang utredning ved mistanke om mental svikt.

Villa Enerhaugen via dagsenteret eller avdelingene setter i gang prosessen med utredning om de oppdager funksjonssvikt. Dette gjør de ved å kontakte pårørende, hjemmetjeneste eller fastlege. Det er som regel fastlegen som skriver søknad til Rosenborgsenteret, og da gjerne i samarbeid med nevnte aktører. Den samme framgangsmåten følges av hjemmetjenesten. De kontakter pårørende og fastlege, men kan også selv sende søknad. Eller det er pårørende selv som kontakter hjemmetjenesten, fastlegen eller Rosenborgsenteret direkte.

Overordnet ansvar

Bydelsdirektør

**Avdelingssjef
Helse og sosial**

Saksbehandler-
staben

Administrative mellomnivå

**Seksjon
Gamle Oslo
Hjemmetjenester**

Merkantil
stab

Oppsøkende
fagteam

Utøvende tjenesteytere

Vålerenga
enhet

Grønland
enhet

Tøyen
enhet

Enhet boliger
heldøgnspleie

Villa Enerhaugen:
2 dagsentre,
korttidsavdeling,
rehabilitering

