

SAM-AKS III i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester

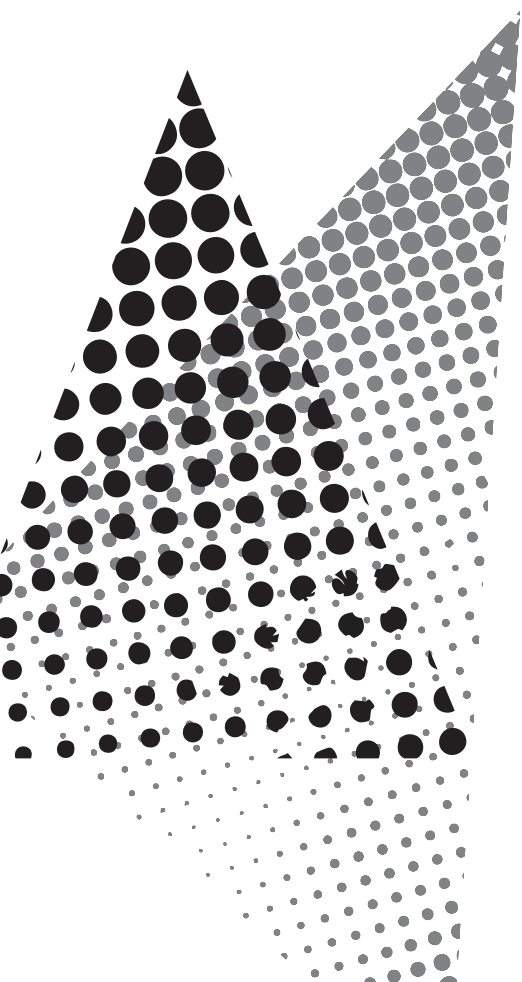
Evalueringsrapport



Nina Beate Andfossen

SAM-AKS III i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester

Evalueringsrapport



Nina Beate Andfossen

SAM-AKS III i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester

Evalueringsrapport

Senter for omsorgsforskning, øst

2020



Senter for
omsorgsforskning



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Gary Kramer

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 02/2020

Tittel: SAM-AKS III i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, evalueringsrapport

Forfatter: Nina Beate Andfossen

Rapporten er kvalitetssikret av: Førsteamanuensis Maren Raknes Sogstad, Senter for omsorgsforskning, øst

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-106-6

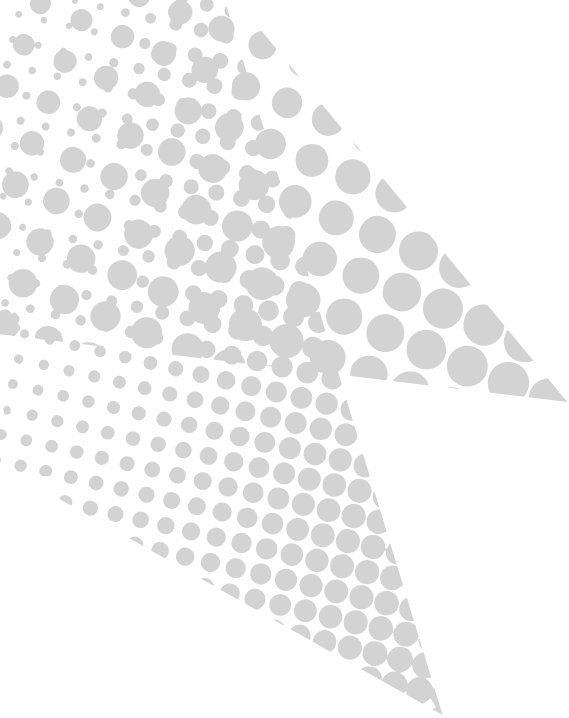
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-105-9

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

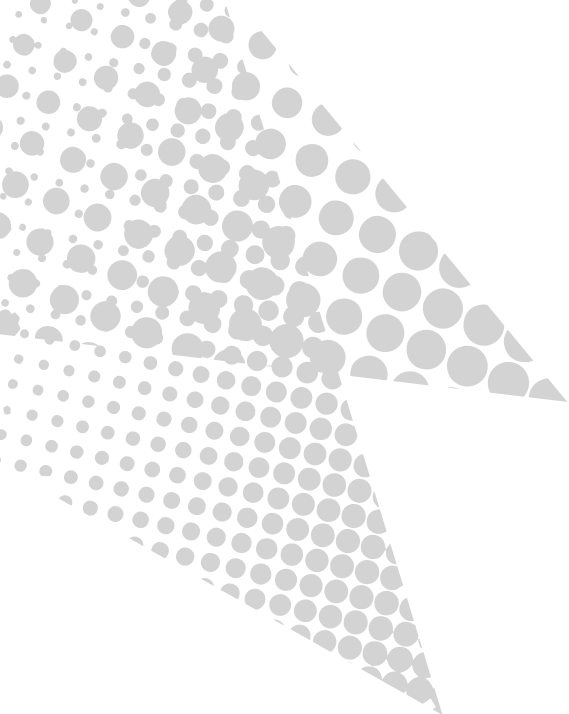
Senter for omsorgsforskning (SOF), øst har på oppdrag fra Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom (AFS) gjennomført en evaluering av et samhandlingsprosjekt mellom hjemmetjenester i seks kommuner i tidligere Oppland og Hedmark (nå Innlandet) og alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet (SI).

Vi ønsker å takke Ingvild Hjort Feiring, som i samarbeid med prosjektkommunene har rekruttert deltagere til evalueringen. Takk også til AFS, som stilte sine lokaler på Sanderud til disposisjon for fokusgruppeintervjuene og tilbød servering til deltagerne fra kommunene. En spesiell takk til forskningsleder Sverre Bergh ved AFS for praktisk tilrettelegging av fokusgruppeintervjuene og nyttige innspill og kommentarer under utarbeidelsen av rapporten. Guro Holm, masterstudenten som stødig ledet fokusgruppene vel i havn, takk til deg. Og naturligvis stor takk til deltagerne, som velvillig delte sine erfaringer fra prosjektet og gjorde evalueringen mulig.

Gjøvik, april 2020.

Nina Beate Andfossen



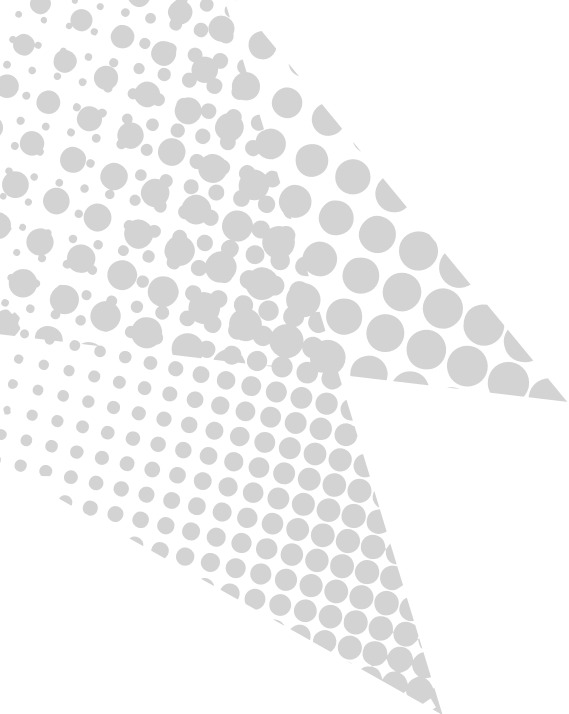


INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	1
BAKGRUNN	3
GJENNOMFØRING AV EVALUERINGEN	5
Rekruttering av deltagere	5
Fokusgruppeintervjuene	6
Analyse	6
Etiske hensyn	7
RESULTATER	9
Tema: Organisering av arbeidshverdagen i hjemmebaserte tjenester	9
Tema: Opplæring og bruk av kartleggingsverktøy	10
Vanskelig å gjennomføre på grunn av tid	11
Omfattende og komplisert	11
Gir et bredere bilde av pasienten	12
Utløsing av tjenester	12
Faglig styrke – får mer i ryggsekken	13
Viktig med oppfølging av opplæringen	13
Tema: Innføring av SAM-AKS-modellen i andre kommuner i fylket	14

Sluttkommentar	14
REFERANSER	17
VEDLEGG 1	19
VEDLEGG 2	21





SAMMENDRAG

Evalueringen er basert på erfaringer fra ansatte i kommuner i tidligere Oppland og Hedmark (nå Innlandet) som har deltatt i pilotprosjektet «SAM-AKS III i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester». Bruk av fokusgruppeintervjuer som datainnsamlingsmetode var på forhånd bestemt av oppdragsgiveren. Et forslag til intervjuguide ble overlevert fra AFS til SOF i starten av oppdraget. Den endelige intervjuguiden ble utformet av SOF i samråd med AFS. Etter ønske fra oppdragsgiveren skulle fokusgruppeintervjuene og evalueringen søke å besvare følgende hovedspørsmål:

- Hvilke erfaringer har ansatte i kommuner som har deltatt i SAM-AKS i hjemmetjenestene med innføring av dette prosjektet?
- Hvilke styrker og svakheter ser de ved SAM-AKS-modellen i hjemmetjenesten?

Resultatet fra evalueringen skal benyttes av AFS foran en eventuell utvidelse av prosjektet til hjemmetjenester i andre kommuner.

I fokusgruppeintervjuene benyttet vi en semistrukturert intervjuguide med tre hovedtemaer og underliggende spørsmål. Hovedtemaene var:

1. Kort om organisering av hjemmebasert pleie og omsorgstjeneste for å sette innføringen av SAM-AKS-modellen i en ramme.
2. Kartlegging av personer med kognitiv svikt og demens i hjemmet.
3. Opplæringen og veiledningen ansatte mottok i prosjektet SAM-AKS i hjemmebasert pleie og omsorgstjeneste.

Funnene knyttet til spørsmålene rapporteres under disse tre temaoverskriftene i rapporten: Organisering av arbeidshverdagen i hjemmebaserte tjenester, Opplæring og bruk av kartleggingsverktøy og Innføring av SAM-AKS-modellen i andre kommuner i fylket.

De ansatte som deltok i fokusgruppeintervjuene, var i sin arbeidshverdag i hjemmebaserte tjenester organisert i tre ulike modeller: *del av demensteam, egen tjeneste – ikke organisert sammen med hjemmetjenesten og arbeidslag*. Det kom ikke frem i fokusgruppeintervjuene om prosjektet hadde

hatt noen påvirkning på organiseringen av tjenestene og brukerne som ble kartlagt. Egenskapene ved de ulike modellene kunne imidlertid ha innvirkning på hvordan de ansatte opplevde tilrettelegging for kartleggingen av pasientene. Faste dager som kunne benyttes til kartlegging, ble oppfattet som positivt; da ble det enklere å planlegge. Arbeidslag var positivt, men kunne også fort bli for stort. Det å være en egen tjeneste, å kunne styre seg selv og dagen sin, ble også oppfattet som positivt. Demensteamene ble i flere kommuner benyttet i kartleggingsarbeidet.

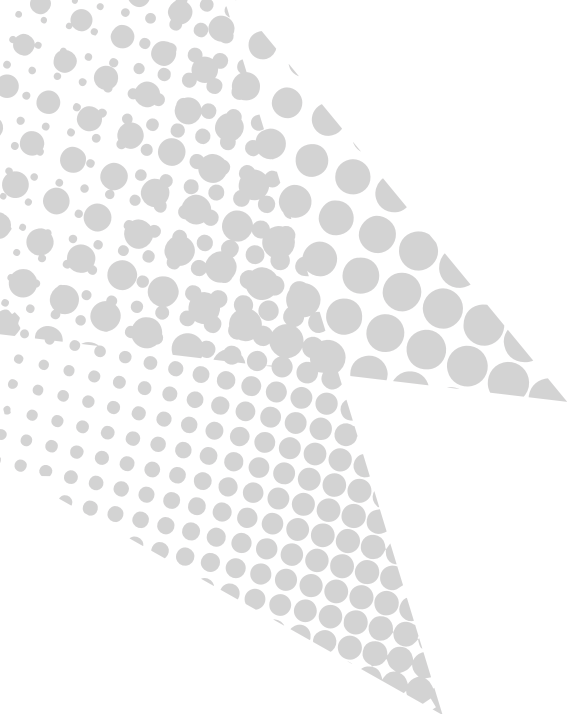
Når det gjaldt opplæring og bruk av kartleggingsverktøy, ble dataene analysert i seks hovedkategorier. De fem første kategoriene var knyttet til pasientkartleggingen og kartleggingsinstrumentene, mens den sjette kategorien omhandlet ansattopplæringen:

1. Vanskelig å gjennomføre på grunn av tid
2. Omfattende og komplisert
3. Gir et bredere bilde av pasienten
4. Utløsning av tjenester
5. Faglig styrke – får mer i ryggsekken
6. Viktig med oppfølging

De ansatte erfarte at kartleggingsinstrumentene var omfattende og kompliserte, samtidig som de mente at de ga et bredere bilde av pasienten. Resultatene fra kartleggingen kunne benyttes som dokumentasjon for utløsning av tjenester for pasientene. Siden kartleggingsinstrumentene var omfattende, erfarte de ansatte at de brukte lang tid på å bli kjent med skjemaene. De benyttet mye tid på kartleggingene ute hos pasientene i tillegg til administrativt arbeid i etterkant. Sammen med andre oppgaver de skulle gjennomføre i løpet av en arbeidsdag, var dette en kompliserende faktor for gjennomføringen av prosjektet. De mente at de kunne trengt mer øving på bruk av skjemaene før de «utsatte» pasientene for kartleggingen. De ansatte mente imidlertid at opplæringen var god og omfattende nok, og det ga dem en faglig styrke. Det var også en klar oppfatning om at dersom de trengte hjelp, var det bare å ringe til de prosjektansvarlige.

Noen av de ansatte hadde klare meninger om innføring av SAM-AKS-modellen i andre kommuner i fylket, mens andre ikke hadde tenkt på det i det hele tatt. Et av de viktigste elementene dersom dette skulle videreføres til andre kommuner, var tiden og avsatt tid/frikjøp til dette arbeidet. Dersom disse oppgavene skal «konkurrere» med nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten, vil det være vanskelig for kommunene å delta i slike prosjekter.

Rapporten viser at siden prosjektet i utgangspunktet er videreført fra sykehjem, må konteksten til hjemmetjenesten tas mer hensyn til i videre planlegging og videreføring. Det gjelder spesielt bruk av tid. Det tar tid å reise ut til pasientene samtidig som kartleggingen oppleves som omfattende og tidkrevende, spesielt de første gangene de utføres. Noen av de ansatte mente at frikjøp av tid for de som skal kartlegge pasientene, er helt nødvendig samtidig som mer «tørrtrening» på kartleggingsinstrumentene i forkant av pasientkartleggingene kunne vært ønskelig. Opplæringen i kartleggingsinstrumentene ble oppfattet som god, omfattende nok og folkelig. Oppfølgingen i etterkant ble omtalt som viktig for fremdriften av kartleggingen/prosjektet. De ansatte i kommunene fortalte at disse pasientene også tidligere ble kartlagt, men at kartleggingen i prosjektet ga mer systematikk og et bredere bilde av pasienten. Noen oppfattet imidlertid kartleggingen som for omfattende og komplisert og uttrykte et ønske om at omfanget ble redusert.



BAKGRUNN

Pilotprosjektet «SAM-AKS III i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester» ble testet ut i hjemmetjenesten i seks kommuner i Oppland og Hedmark (nå Innlandet) vinteren 2018–19. SAM-AKS, som er en forkortelse for «Samhandling mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem», startet i 2010 som en modell for klinisk samhandling mellom sykehjem i Hedmark/Oppland og alderspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet (SI). Hovedmålet var bedre undersøkelse og behandling av pasienter med demens / kognitiv svikt i sykehjem. SAM-AKS har vært i stadig utvikling, og nå deltar 59 sykehjem fra 34 kommuner i Innlandet. Vi viser for øvrig til dokumentasjonsrapporten *SAM-AKS. Rapport over den kliniske delen av prosjektet fra 2010 til 2016* (Fredheim, Lillesveen, Nordengen, Røen, & Bergh, 2017).

Et viktig premiss gjennom hele SAM-AKS-prosjektet er at spesialisthelsetjenesten har tilpasset sin tjeneste til det enkelte sykehjemmets behov. Dette premisset har blitt videreført til pilotprosjektet «SAM-AKS III i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester». Videre er følgende elementer benyttet i gjennomføringen: forutsigbar tilstedeværelse i kommunene av en sykepleier fra SAM-AKS, opplæring og veiledning av personalet, kartlegging av pasienter og direkte pasientkontakt med pasienter som får hjemmetjeneste. Personalet har deltatt på to dagers opplæring i kartlegging av symptomer ved demens med standardiserte kartleggingsverktøy. Kartleggingsskjemaet består av to deler på til sammen 22 sider. For pasienter som samtykker, blir data fra kartleggingene samlet inn, og pasienten inkluderes i forskningsprosjekter gjennom AFS. Pasienter med samtykkekompetanse samtykker på egne vegne, men ellers samtykker pårørende på vegne av pasienten. Både pasientene og pårørende blir intervjuet, og dataene i del 1 inkluderer opplysninger om pasientenes bruk av hjemmetjenester, bistandsvariabler i IPLOS-registrering (ADL-funksjon), medikamentbruk, somatisk sykdom, kognitiv funksjon, nevropsykiatriske symptomer og smerte. Del 2 er en utvidet kartlegging, der hvilke kartleggingsverktøy som benyttes, avhenger av scoringene på kartleggingsverktøy i del 1. I tillegg til utdypende informasjon om de samme temaene som i del 1 inneholder del 2 kartleggingsskjema om psykiske symptomer, livskvalitet, delir og diagnostisering av demens.

Målet med denne evalueringen er å gjøre en kvalitativ studie på innføringen av SAM-AKS-modellen i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester. Resultatet fra evalueringen vil benyttes for å kunne utvide prosjektet til hjemmetjenester i andre kommuner.





GJENNOMFØRING AV EVALUERINGEN

AFS hadde forut for evalueringen utarbeidet følgende hovedspørsmål de ønsket besvart fra pilotprosjektet:

- Hvilke erfaringer har ansatte i kommuner som har deltatt i SAM-AKS i hjemmetjenestene, med innføring av dette prosjektet?
- Hvilke styrker og svakheter ser de ved SAM-AKS-modellen i hjemmetjenesten?

Siden avdelingen var ute etter erfaringer fra deltagerne i prosjektet, ble fokusgruppeintervju benyttet som metode. Kvalitative tilnærminger, spesielt intervjuer, er særlig egnet for å få kunnskap om personer eller gruppers perspektiver, erfaringer og opplevelser om bestemte temaer (Kvale & Brinkmann, 2015).

REKRUTTERING AV DELTAGERE

AFS var behjelpelig med å rekruttere deltagere fra kommunene til evalueringen. AFS hadde selv skissert at de ønsket å rekruttere to–tre ansatte ved hjemmetjenestene i hver av de seks deltagende kommunene, til sammen 12–18 personer, gjerne fordelt på kjønn, alder og utdanning. Det var ønskelig for AFS at deltagerne ble intervjuet i to fokusgrupper på tvers av kommunene de jobbet i.

En prosjektmedarbeider ved AFS kontaktet SAM-AKS-sykepleierne i de seks kommunene som deltok i prosjektet. SAM-AKS-sykepleierne tok deretter kontakt med lederne av hjemmetjenestene i sine kommuner. Hver kommune ble bedt om å forespørre alle ansatte som hadde hatt en aktiv rolle i prosjektet. Alle kommunene mottok i tillegg en skriftlig invitasjon med spørsmål om deltagelse i fokusgruppeintervju. Invitasjonen inneholdt informasjon om hvorfor det var ønskelig med deltagelse, og kort informasjon om hvordan og hvor intervjuet skulle foregå (se vedlegg 1). Det ble tilrettelagt for to fokusgruppeintervjuer på samme dag, henholdsvis kl. 11:30 og 14:00, der deltagerne selv kunne velge tidspunkt.

Siden det var liten respons fra kommunene, tok AFS kontakt igjen ca. to uker etter den første henvendelsen. Fire kommuner meldte seg, og alle ønsket å delta på det første tidspunktet. På intervjudagen var det én kommune som trakk seg, og én kommune som ikke hadde mulighet til å komme. Det ble derfor lagt til rette for en ny dag med fokusgruppeintervjuer for kommunene. Tre kommuner ønsket å delta denne gangen. På den andre intervjudagen var det én kommune som ikke hadde mulighet til å delta. Dermed var det til slutt fire kommuner og til sammen seks personer som deltok i evalueringen. Én kommune deltok med tre ansatte, de resterende kommunene hadde én ansatt hver, se tabell 1. Intervjuene ble gjennomført i november 2019 og januar 2020.

Tabell 1. Oversikt over fokusgruppeintervjuene og deltagere i evalueringen

Fokusgruppeintervju 1	Kommune 1 -> 3 ansatte Kommune 2 -> 1 ansatt	Til sammen 4 ansatte
Fokusgruppeintervju 2	Kommune 3 -> 1 ansatt Kommune 4 -> 1 ansatt	Til sammen 2 ansatte
Til sammen	4 kommuner	6 ansatte

FOKUSGRUPPEINTERVJUENE

Vi satte av 1–1,5 time til fokusgruppeintervjuene. Intervjuene ble tatt opp med digital lydopptaker og transkribert til tekst i etterkant. I fokusgruppeintervjuene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide med tre hovedtemaer og underliggende spørsmål (se vedlegg 2). Hovedtemaene var:

1. Kort om organisering av hjemmebasert pleie og omsorgstjeneste for å sette innføringen av SAM-AKS-modellen i en ramme.
2. Kartlegging av personer med kognitiv svikt og demens i hjemmet.
3. Opplæringen og veiledningen ansatte mottok i SAM-AKS-prosjektet i hjemmebasert pleie og omsorgstjeneste.

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av masterstudent Guro Holm ved masterprogrammet klinisk sykepleie ved NTNU i Gjøvik sammen med universitetslektor og PhD-kandidat Nina Beate Andfossen ved Senter for omsorgsforskning, øst.

ANALYSE

Analysen tok utgangspunkt i Tjoras (2012) modell for Stegvis deduktiv-induktiv metode (SDI), noe som innebærer at man jobber induktivt med materialet, fra data til teori, for deretter å gjøre en deduktiv kobling tilbake fra teori til empirien.

Det ble avsatt tid til en halvdags workshop der en deltager fra AFS, masterstudenten og en deltager fra SOF deltok. For at analysen skulle få best mulig kvalitet, hadde alle i forkant hatt mulighet til å lese igjennom det ferdig transkriberte datamaterialet uavhengig av hverandre. Første steg var gjennomføring av en tekstnær koding av den transkriberte teksten, der meningsenheter (bestående av alt fra ett ord til større avsnitt) fikk en tekstnær kode, altså en merkelapp. I tråd med prinsippet om tekstnærhet i SDI bestrebet vi oss på å benytte begreper som allerede fantes i datamaterialet i kodingen, i stedet for koder hentet fra teori, forskningsspørsmål eller intervjuguide.

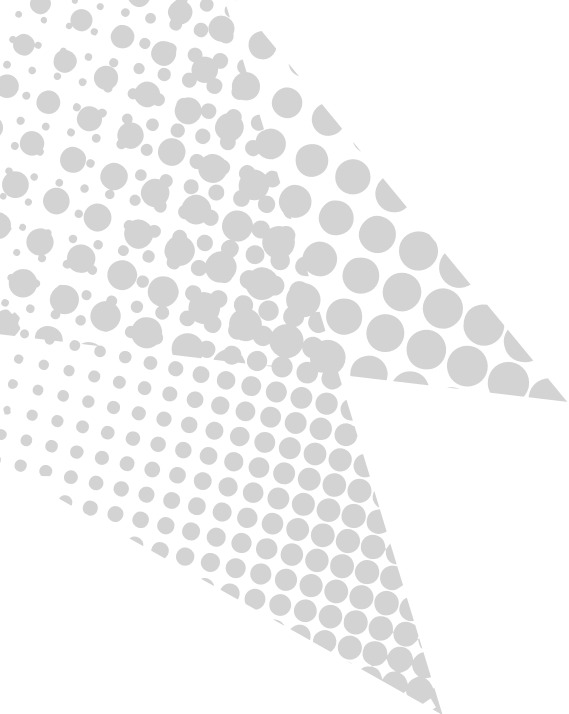
I analysen og rapporteringen av resultater har vi vektlagt interaksjonen i fokusgruppen (for eksempel enigheter, uenigheter, ulikheter, likheter) for å bedre illustrere sammenhengen mellom ulike utsagn og gi mer liv til datamaterialet (jf. Tjora, 2012). Dette er noe av styrken med å bruke fokusgrupper som datainnsamlingsmetode.

ETISKE HENSYN

I evalueringsprosjektet har vi fulgt anerkjente forskningsetiske normer. Personvernombudet i SI har vurdert saken og tilrådd at prosjektet gjennomføres.

Alle informantene ble informert om at deltagelse i studien var frivillig, og at de kunne trekke sitt samtykke på ethvert tidspunkt uten å måtte oppgi noen grunn. Gjennom rapporten har vi så langt som mulig forsøkt å ivareta informantenes anonymitet.





RESULTATER

Vi fikk et rikt datamateriale fra de to fokusgruppeintervjuene. Resultatene presenteres i samme rekkefølge som spørsmålene var organisert i intervjuguiden (se vedlegg 2).

TEMA: ORGANISERING AV ARBEIDSHVERDAGEN I HJEMMEBASERTE TJENESTER

Med spørsmål 1 ønsket vi å sette SAM-AKS-modellen i en ramme med utgangspunkt i hvordan prosjektkommunene organiserer arbeidshverdagen i hjemmebaserte tjenester, og da spesielt tjenester til hjemmeboende personer med kognitiv svikt og demens. I tillegg ønsket vi å finne ut av hvordan brukerne ble vurdert og kartlagt før tildeling av hjemmebaserte tjenester og ved endring av behov for tjenester før kommunene startet med SAM-AKS-modellen, samt samarbeidet med andre aktører rundt den enkelte pasient.

Kommunene hadde noe ulik organisering, og noen var også inne i en omorganiseringssprosess. Dette hadde innvirkning på hvordan de ansatte i kommunene opplevde arbeidshverdagen. De ulike organiseringene var:

- del av demensteam
- egen tjeneste – ikke organisert sammen med hjemmetjenesten
- arbeidslag

Det kom ikke frem i fokusgruppeintervjuet om prosjektet hadde hatt noen påvirkning på organiseringen av tjenestene og brukerne som ble kartlagt. Deltagerne meddelte at henvisninger kan komme fra lege og pårørende, og de samarbeider i tillegg med tildelingskontor og ulike institusjoner.

Flere av deltagerne trakk derimot frem egenskaper ved de ulike organiseringene og hvilke fordeler og ulemper det kunne ha for tilrettelegging av kartleggingen av brukerne. Det å ha en fast dag til oppdrag knyttet til kartlegging opplevde deltagerne som en fordel siden de da

kunne planlegge bedre. En ulempe ved omorganisering var at faste dager hadde blitt tatt vekk, slik at kartlegginger nå måtte tas «på sparket» innimellom andre oppdrag. Det ble imidlertid arbeidet med å få inn igjen faste dager. Arbeidslag var positivt, men kunne også fort bli for stort. Det å være en egen tjeneste, å kunne styre seg selv og dagen, ble også oppfattet som positivt. Demensteamene ble i flere kommuner benyttet til kartleggingsarbeidet, og demenskoordinatoren fordelte oppgaver. Som en deltager uttrykte det: «... hun har en finger med i spillet ved mye, i hvert fall».

TEMA: OPPLÆRING OG BRUK AV KARTLEGGINGSVERKTØY

Spørsmål 2 og 3 dreide seg om kartleggingen av personer med demens og kognitiv svikt i hjemmet og hvilke erfaringer de ansatte hadde hatt med kartleggingsverktøyene brukt i SAM-AKS. Hvilke utfordringer eller gevinster de knyttet til kartleggingsverktøyene som ble benyttet i prosjektet, og hvordan de benyttet opplysningene som ble innhentet i prosjektet om brukerne, var også interessant. Til sist etterspurte vi hvordan deltagerne vurderte sin egen og sine kollegaers kompetanse og mestring i bruk av kartleggingsskjemaene etter deltagelsen i prosjektet.

I workshopen ble teksten gjennomgått i fellesskap, og områder i teksten ble «gulet ut» som viktige og gitt merkelapper. Vi analyserte følgende kategorier og subkategorier, se tabell 2 nedenfor. Kategoriene og subkategoriene har tekstnær koding og er gjenkjennbare fra den transkriberte teksten.

Tabell 2. Tema, kategorier og subkategorier fra fokusgruppeintervjuene

Tema	Bruk av kartleggingsverktøy					Opplæring
Kategorier	Vanskelig å gjennomføre på grunn av tid	Omfattende og komplisert	Gir et bredere bilde av pasienten	Utløsning av tjenester	Faglig styrke – får mer i ryggsekken	Viktig med oppfølging
Sub-kategorier	Organisering av tjenestene	Må øve før en «utsetter» pasientene for kartlegging	Bekrefter det en tror	Kunnskap om instrumentene fra før	Flinkere til å kartlegge	Prosjektet tok initiativ – ble en «pusher»
	Frikjøp eller del av ordinære lister	Ingen hokus-pokus, men tar mye tid	Får en aha-opplevelse av pasientens tilstand	Blir til det beste for pasienten	Faglig skjønn	Kan bare ta en telefon

VANSKELIG Å GJENNOMFØRE PÅ GRUNN AV TID

Det viste seg at organiseringen i kommunene hadde betydning for gjennomføring av kartleggingen. Inndeling i arbeidslag, demensteam eller å være «fristilt» påvirket den praktiske gjennomføringen. Det å planlegge et besøk på en fast dag sto i kontrast til det å måtte ta det innimellom andre oppdrag knyttet til en liste av pasienter som man skulle besøke i løpet av en dag.

Det var viktig å avtale tidspunkt for kartleggingen, slik at pasientene var hjemme og hadde mulighet til å forberede seg. Som en sa: «*Det er veldig viktig å informere*». På den andre siden var det noen av pasientene som gruet seg veldig dersom de gjorde avtaler på forhånd, og hadde det bedre med at vi bare dukket opp og gjennomførte kartleggingen. Det betydde imidlertid ikke at de ikke hadde fått informasjon om kartleggingen på forhånd. For pårørende som sto i jobb, hadde de som var frikjøpt en mulighet å ta intervjuene på kveldstid. Begge deler kunne imidlertid skape «trøbbel» for gjennomføringen av kartleggingen, som en deltager sa: «*Vi har jo ei vi har holdt på siden mai og prøvd å få til første besøket på... fortsatt... nå i januar*» og «*vandrerne våre er ikke alltid hjemme, da*».

For de som måtte kjøre ordinære lister, var det vanskelig å få til kartleggingen. Tjenestene prioriterte «nødvendig helsehjelp», og andre oppgaver kom i neste rekke.

OMFATTENDE OG KOMPLISERT

Kartleggings skjemaene ble oppfattet som omfattende av alle deltagerne, og tiden de brukte til kartlegging ble estimert til 2,5–3 timer. Ingen hadde greid det på under 1,5 time. For- og etterarbeid av kartleggingen ble også omtalt som omfattende. De opplyste om at kartleggingen inkluderte mer tid enn bare selve kartleggingen, og som en uttrykte det: «*... for det er jo ikke bare det der at vi skal kartlegge dem, men de er jo så glade for å få det besøket at, vi tar den tiden, ikke sant*». Og en annen fulgte opp: «*Jeg har jo vært der flere ganger i forkant og så, ja, men da kommer jeg da på mandag kl. da og da. Og da... ja, det stemmer. Ja, det var det som vi var igjennom sist, ja. Ja, men det er greit. Og da er det pådekket med duk på bordet, liksom... kaffe og kaker og... starter med det først. Og så...*».

Samtidig var det flere som erfarte at det å sette seg inn i og bruke kartleggingsverktøyene var tidkrevende. Siden det kunne gå lang tid mellom hver kartlegging, følte det som å starte på nytt mellom hver gang. Og som to uttrykte det: «*første gangen så ble det mye blainng*» og «*første gangen så var jeg helt svett, for jeg tenkte dette her... er rotete. Og tenkte egentlig at jeg burde ha gjort det flere ganger på ... noen annen som.. men det gikk greit, altså. Jeg tror ikke... jeg tror ikke det syntes hvor svett jeg egentlig var, men...*». Men de erfarte samtidig at øvelse gjør mester, og at de ble flinkere for hver gang de gjorde det.

I tillegg var det flere som hadde erfaring med lignende kartleggingsverktøy fra tidligere. De sammenlignet verktøyene og mente at det var noen rare/dårlige setninger i SAM-AKS-skjemaene, og at det var «*en vanskelig test*». Det var heller ikke mulig å sammenligne resultatene mellom hver test, noe de gjorde med kartleggingene de utførte med andre verktøy. Samtidig så de at siden testen var omfattende, fikk de også et bredere bilde av pasienten. SAM-AKS innebærer også inkludering av andre instrumenter enn de de har benyttet tidligere, slik som smertekartlegging og livskvalitetsmåling.

De ansatte var samtidig opptatt av at det er en sårbar gruppe som ble kartlagt. Pasientene ble slitne, og de ansatte var opptatt av om «*pasienten ble sittende igjen med en dårlig følelse*». Siden kartleggingen ble oppfattet som komplisert og omfattende, var de opptatt av at testen skulle være

riktig utført, og var redde for å gjøre noe galt. Testresultatet kunne også være vanskelig å formidle, men som de sa: «... avslutte, liksom litt konkludere», «... at det blir en god avslutning på besøket da, uansett hvor dårlig testen var».

GIR ET BREDERE BILDE AV PASIENTEN

Det å få et bredere bilde av pasienten ble også tatt med under kategorien omfattende og komplisert. Det representerer samtidig en egen kategori i og med at det gir konkret kunnskap om hver enkelt pasient.

De ansatte syntes det var veldig givende å gjennomføre kartleggingen. De hadde også erfart at det var *«læringsrikt for pårørende... plutselig har de sett ting på en annen måte»*.

Kartleggingen innebar en systematikk som ikke hadde vært der selv om de hadde spurt om de samme tingene i tidligere kartlegginger, men med andre verktøy. De opplevde å *«komme litt nærmere noen, kanskje. Pårørende og...»*. De erfarte også at eskalering av sykdommen ble tydeligere ved bruk av disse kartleggingsverktøyene, *«hvor mye det kan eskalere på et halvt år... han hadde blitt veldig mye dårligere. Og mye som kan skje på ei lita stund»*. Observasjoner de hadde gjort ved besøk hos pasienten ble mer synlig: *«... vi hadde jo sett det litt i det... ja, når vi har vært hos brukeren også, men når en fikk det på papiret, så var det liksom veldig mye. Ja. Fikk liksom bekreftet. Ja»*.

Vi fikk samtidig en opplevelse av at de jobbet mer etter svarene som de fikk, og de fikk også rett opp i noe som faktisk hadde vært feil. Endring i tiltak skjedde fordi tjenestene fikk informasjon om pasienten som de ikke hadde hatt tidligere. *«Man får enten bekreftet det man tror, eller man får en aha-opplevelse eller, noen av tiltakene er unødvendig for personen er mye mer oppegående enn det vi trodde»*.

UTLØSING AV TJENESTER

Deltagerne opplyste om at kartleggingen kunne være en inngangsbillett til andre og/eller en utvidelse av tjenester. I kommuner der kartleggingsverktøyene var benyttet i sykehjem tidligere, gjorde kunnskapen om scoringen/testresultatet det enklere å utløse andre tjenester.

«Men så har vi også brukt det opp mot tildeling med å fått hastet litt inn på [aktuell institusjon], brukt det opp mot helse... de scorer dårlig. Her er det tatt... dette er dårligere enn... kanskje hva journalene har sagt, eller hva du vil se ut av den vanlige journalen. Brukt det i vurderingsjournaler, score og sanne ting. Og det... sånn at det har blitt til det beste for pasienten. Men når det ikke funker lenger, og vi har noen verktøy som viser at dette ikke bare er noe vi synes, dette viser seg at stemmer, så har vi kunnet brukt det opp mot det og. Og det har jo vært en kjempestyrke».

Samtidig reflekterte deltagerne over om disse kartleggingsverktøyene utløste tjenester som bruk av andre kartleggingsverktøy ikke hadde gjort. Som de sa: *«Og om de ikke hadde gjort det hvis vi bare hadde brukt vanlig ... kartlegging, det... vet jeg ikke. Jeg tror vel ikke det. Jeg håper ikke det. At det er noen stor forskjell på det, da»*.

I én kommune erfarte de ansatte at alle brukerne hadde fått ett eller annet tiltak, det være seg dagtilbud, støttekontakt eller vedtak om «demenspakka». I tillegg var det aktuelle hjelpemidler som kalender, komfyrvakt, hjelp til å håndtere medisiner eller kostholdsveiledning som utløstes, eller tilbud om en kontaktperson som skulle ha kontakt med pasienten minimum én gang i måneden.

Det kom frem fra en kommune at ingen pasienter hadde takket nei til å delta i forskningsprosjektet. Deltagerne diskuterte dette, og om «*det kan være det at det er vanskelig å si nei, fordi da tror de kanskje at vi ikke vil hjelpe dem. Jeg vet ikke*». «*Men så er det noen som synes at det er litt fint å være med på forskning, da, liksom*».

FAGLIG STYRKE – FÅR MER I RYGGSEKKEN

De ansatte erfarte å bli flinkere til å kartlegge og at mengdetrening var viktig. Det var litt forskjell på hvor «snill» man var i registreringene, det vil si at det ble benyttet faglig skjønn i testingen. «*Hvor mye hint gir man? Vi gir ikke hint, men... litt tolkningsforskjell er det jo. Men vi er forskjellig og vi ser forskjellig*». I intervjuene ble det derfor diskutert om det var viktig at det var samme person som fulgte opp kartleggingen av pasientene. De ansatte var samtidig opptatt av at en ikke skulle kartlegge for kartleggingens skyld, men at det var veien etter som var det viktigste. Det betød at ikke alle som ble kartlagt, ble innlemmet i prosjektet. De så at det forutsetter kommunikasjons- evner, noe ikke alle hadde.

Som ansatt ga deltagelse i prosjektet en kompetanseheving. Det kom samtidig frem at de faglige kvalifikasjonene de ansatte allerede hadde i kraft av sine profesjonsutdanninger, ble benyttet i kartleggingene. «*Det er jo viktig at du har en relasjon til ... eller altså, at du... de er trygg på deg, og at dette her ikke er... og at du har forklart hva du skal igjennom på forhånd*», «*du må komme inn i riktig lynne*».

I en kommune ble det i tillegg til registreringene i kartleggingene laget et sammendrag som ble sendt til legen. Legene ville ofte ha deres vurdering. Det hadde de bestandig fått, men etter at de ble med i prosjektet, hadde disse vurderingene blitt litt mer utfyllende. Dette ble oppfattet som at legene stolte på de faglige vurderingene som teamet gjorde.

VIKTIG MED OPPFØLGING AV OPPLÆRINGEN

Noen opplevde en litt bratt læringskurve og hadde en dårlig opplevelse fordi det ble mye blainng under den/de første kartleggingen(e). Men de ansatte opplevde at de hadde fått god og nok opplæring. Det de etterlyste, var mer «*tørrtrening før en utsatte pasientene for kartleggingen*».

«Opplæringen var såpass folkelig. Det ble sagt på en folkelig måte, litt sånn jeg setter pris på. For blir det fort for mange vanskelige, svevende ord, så... da er det opp med hånda og spør».

Det var satt av tid til oppfølging, og det var prosjektet som tok kontakt med kommunene. Dette ble oppfattet som en positiv «push» og var viktig for drivet og fremdriften i prosjektet. Ikke alle ansatte var til stede hver gang, men de prøvde å samle seg. Veiledningen var stort sett om det «*som de leverte fra seg*», men ikke hadde fått noen tilbakemeldinger på enda. Det var samtidig en klar oppfatning av at dersom det var noe de lurte på eller sto fast med, var det bare å ta en telefon til prosjektet. Da fikk de den hjelpen de trengte.

TEMA: INNFORING AV SAM-AKS-MODELLEN I ANDRE KOMMUNER I FYLKET

Noen av de ansatte hadde klare meninger om dette, mens andre ikke hadde tenkt på det i det hele tatt. Dersom dette skulle videreføres til andre kommuner, var et av de viktigste elementene tiden og avsatt tid / frikjøp til dette arbeidet. Dersom disse oppgavene skal «konkurrere» med nødvendig helsehjelp i hjemmetjenesten, vil det være vanskelig for kommunene å delta i slike prosjekter. Det ble også påpekt at *«alt det administrative vi gjør i tillegg rundt bare det å være hos pasienten. Det er... det er ikke så lett når du ikke er frikjøpt»*. *«... hvis det skal gjennomføres i flere kommuner, at da må det faktisk være satt av tid og [...] innenfor ei uke, kanskje da, en person, to personer, de skal bare... den uka så har vi ikke noe annet. Og da er det på'n hele tiden, kanskje to pasienter på en dag»*.

Det andre elementet de ansatte tok opp, var kompleksiteten i kartleggingsverktøyet. De som hadde kollegaer som tidligere hadde benyttet verktøyet i sykehjemstjenestene, beskrev en fordel ved at de kunne lene seg på erfaringen til disse personene. Samtidig hadde ikke kartleggingsverktøyet vært så omfattende i sykehjem.

«...hvis en skulle gjort noen endringer da, en sånn blanding av at det hadde blitt forenklet, som dere sier, og også kanskje noe slags tørrtrening...? Mer tørrtrening i forkant [...] kanskje må en nesten ha litt den erfaringen, at en blir svett og bla litt også, for det er da en på en måte skjønner hva... hva en lurer på også, da».

Skjemaene hadde *«tatt tid»*, *«det var tidkrevende»*, *«det er veldig omfattende»* og *«hvis en skal sammenligne med det vi har gjort tidligere, så er jo dette her et bredere... det er ikke kun det kognitive, men med livskvaliteten og smerter og... du får et bredere bilde av pasienten»*.

En av de ansatte som ikke kunne delta på intervjuet, hadde meninger om temaet: *«..hun synes at noen av de skjemaene om livskvalitet... så mange spørsmål som er vanskelige å svare på, og som på en måte kanskje ikke er så relevante. Og så gjentar det seg selv en del. Så nå ønsker hun et kortfattet, enkelt skjema med noen få spørsmål som går på livskvalitet»*.

SLUTTKOMMENTAR

Evalueringen skulle belyse hvilke erfaringer de ansatte i kommunene som deltok i SAM-AKS i hjemmetjenestene, hadde med innføringen av prosjektet samt hvilke styrker og svakheter de så ved modellen i hjemmetjenesten. Som vi ser av denne rapporten, delte de ansatte velvillig av sine erfaringer. Det var både like og ulike erfaringer mellom kommunene. Det den ene syntes var komplisert, syntes den andre ikke var noe hokus-pokus. Det er imidlertid noen synspunkter som bør tas i betraktning foran en eventuell videreføring av prosjektet til andre kommuner.

Egenarten ved organisering og drift av hjemmetjenestene kom tydelig frem, og siden prosjektet i utgangspunktet er videreført fra sykehjem, må konteksten til hjemmetjenesten tas mer hensyn til i videre planlegging og videreføring. Det gjelder spesielt bruk av tid. Det tar tid å reise ut til pasientene, og samtidig ble kartleggingen opplevd som omfattende og tidkrevende spesielt de første gangene det ble utført. Når det gjaldt disse områdene, mente noen at frikjøp av tid for de som skal kartlegge pasientene, er helt nødvendig samtidig som mer «tørrtrening» på kartleggingsinstrumentene i forkant av pasientkartleggingene kunne vært ønskelig. Opplæringen knyttet til kartleggingsinstrumentene ble oppfattet som god, omfattende nok og folkelig. Oppfølgingen i etterkant ble omtalt som viktig for fremdriften av kartleggingen/prosjektet. De

ansatte i kommunene fortalte at disse pasientene også tidligere ble kartlagt, men at kartleggingen i prosjektet ga mer systematikk og et bredere bilde av pasienten. Noen mente imidlertid at kartleggingen var for omfattende og komplisert, og uttrykte et ønske om at omfanget ble redusert.

Til slutt en kuriositet dersom prosjektet skal videreføres til andre kommuner: En av de ansatte uttalte følgende: «...men... at det står ... i utgangspunktet så er det for sykehjem. Denne S-en har vi tolket for 'sykehjem'. Og hvis det skal brukes i hjemmetjenesten, da er kanskje ikke SAM-AKS det rette?».





REFERANSER

- Fredheim, K. M., Lillesveen, B., Nordengen, W., Røen, I., & Bergh, S. (2017). *SAM-AKS. Rapport over den kliniske delen av prosjektet fra 2010 til 2016*. Avdeling for alderspsykiatri, Sykehuset Innlandet: Sykehuset Innlandet HF, Helse Sør-Øst.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

VEDLEGG 1

Til ansatte i hjemmetjenesten
i kommune

Ottestad 2019-11-01

SPØRSMÅL OM DELTAKELSE I FOKUSGRUPPEINTERVJU

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en fokusgruppe for å evaluere prosjektet «SAM-AKS i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester». Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS) ved Sykehuset Innlandet er ansvarlig for prosjektet, og prosjektleder er forskningsleder Sverre Bergh.

Din kommune har deltatt i pilotprosjektet «SAM-AKS i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester» det siste året, som har inneholdt en kombinasjon av opplæring av ansatte, veiledning av ansatte ift. pasientbehandling, og kartlegging av brukere i hjemmetjenesten. Brukerne i hjemmetjenesten skal følges opp med kartlegginger i et år, før pilotprosjektet avsluttes våren 2020.

AFS har søkt om penger for å fortsette prosjektet «SAM-AKS i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester», med en utvidelse til flere kommuner og inkludering av flere brukere. Men, før vi utvider SAM-AKS i hjemmetjenesten ønsker vi å høste mest mulig erfaringer med hvordan SAM-AKS modellen har fungert for dere.

Vi ønsker derfor å invitere deg til å delta i et fokusgruppeintervju for å dele dine erfaringer om SAM-AKS modellen i hjemmetjenesten. Ansvarlig for gjennomføring av fokusgruppene er Senter for Omsorgsforskning ved NTNU Gjøvik, og de ledes av Nina Beate Andfossen.

Deltagelse innebærer at du deltar i ett fokusgruppeintervju sammen med andre ansatte fra hjemmebaserte tjenester i din og nærliggende kommuner som har deltatt i prosjektet. Intervjuet vil ha en åpen tilnærming og vil vare ca. 1-1.5 time. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, og transkriberes til tekst. Lydfilene slettes når studien avsluttes. Data som kommer frem i intervjuet vil bli publisert i en vitenskapelig artikkel der deltakerne ikke kan identifiseres.

Vi vil arrangere to fokusgrupper på Sanderud sykehus utenfor Hamar, **onsdag den 27.11 kl. 11.30 og kl. 14.00.**

Prosjektet vil dekke reiseutgifter til deltakerne og lett bevertning ifm. fokusgruppene. Vi håper det passer for deg å delta på en av disse fokusgruppene, og ber deg gi tilbakemelding til prosjektleder Sverre Bergh på E-mail sverre.bergh@sykehuset-innlandet.no hvilket tidspunkt du kan møte.

Mvh.



Sverre Bergh

INTERVJUGUIDE

SAM-AKS i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester, 2019

HOVEDTEMA 1:

Kort om organisering av hjemmebasert pleie og omsorgstjeneste for å sette innføringen av SAM-AKS-modellen i en ramme:

- 1) Kan dere fortelle kort hvordan dere organiserer arbeidshverdagen i hjemmebaserte tjenester, og da spesielt tjenester til hjemmeboende personer med kognitiv svikt og demens?
- 2) Hvordan ble brukerne vurdert og kartlagt før tildeling av hjemmebaserte tjenester og ved endring av behov for tjenester før dere startet med SAM-AKS-modellen? Hvordan samarbeidet dere da med andre aktører rundt den enkelte pasient?

HOVEDTEMA 2:

Kartlegging av personer med kognitiv svikt og demens i hjemmet:

- 1) Hvilke erfaringer har dere hatt med kartleggingsverktøyene brukt i SAM-AKS i hjemmebasert pleie- og omsorgstjenester? Hvilke utfordringer eller gevinster opplevde dere knyttet til kartleggingsverktøyene benyttet i prosjektet?
- 2) Hvordan benyttet dere de opplysningene om brukerne som dere innhentet prosjektet? Kom gjerne med eksempler.
- 3) Hvordan vil dere vurdere egen og kollegaers kompetanse og mestring i bruk av kartleggingsskjema etter deltakelse i prosjektet?

HOVEDTEMA 3:

Opplæringen og veiledningen dere mottok i prosjektet SAM-AKS i hjemmebasert pleie og omsorgstjeneste:

- 1) Hvilke erfaringer har dere hatt med opplæringen og veiledningen dere mottok under prosjektet? Hvilke utfordringer eller gevinster opplevde dere knyttet til opplæring og veiledningen dere mottok under prosjektet?
- 2) Hvordan benyttet dere kunnskapen dere fikk gjennom opplæringen og veiledningen i SAM-AKS-prosjektet?
- 3) Har dere noen tanker om innføring av SAM-AKS-modellen i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester i andre kommuner i fylket? Hva kan fremme og hemme innføringen?
- 4) Hvordan har dere erfart samarbeidet med SI/AFS?
(forutsigbarhet/kontinuitet)



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no